

NECESIDADES MEDICAS ESPECIALES DEL REFUGIO

Parte del Programa de Necesidades Especiales del Condado de Manatee

Lea y conserve toda la información sobre el albergue para necesidades médicas especiales antes de completar esta solicitud. El llenar esta solicitud no garantiza el acceso al refugio para necesidades médicas especiales.

Devuelva este formulario a Manatee County Emergency Management, PO Box 1000, Bradenton, Florida 34206

INFORMACIÓN PARA LA PERSONA QUE SOLICITA TRANSPORTE

Nombre de pila _____ MI _____ Apellido _____

Fecha de nacimiento (mm/dd/yyyy) _____ Masculino Hembra

Dirección de correo electrónico _____

Dirección física (incluya apartamento / lote #) _____

Subdivisión _____ Ciudad _____ Código postal _____

Teléfono Principal _____ Teléfono secundario o TTY / TDD _____

Tipo de residencia [marcar una casilla]:

Casa de una sola familia Casa multifamiliar Apartamento Casa móvil

Dirección de correo: (Ingrese ÚNICAMENTE si es diferente a su Dirección física)

Dirección de envío _____ Ciudad _____ Código postal _____

INFORMACIÓN PARA EL CUIDADOR: DEBE PRESENTAR UN CUIDADO A TIEMPO COMPLETO AL REFUGIO

Nombre de pila _____ MI _____ Apellido _____

Dirección física (incluya apartamento / lote #) _____

Estado de la Ciudad _____ Código postal _____

Teléfono Principal _____ Teléfono secundario o TTY / TDD _____

Marcar esta casilla permite compartir información médica con este contacto de emergencia.

OTRA INFORMACIÓN DE CONTACTO

NOMBRE DEL CONTACTO DE EMERGENCIA _____

Dirección física (incluya apartamento / lote #) _____

Estado de la Ciudad _____ Código postal _____

Teléfono Principal _____ Relación _____

Marcar esta casilla permite compartir información médica con este contacto de emergencia.

INFORMACIÓN DE CONTACTO ADICIONAL

Nombre del medico _____ Número de teléfono _____

Salud en el hogar _____ Número de teléfono _____

Farmacia _____ Número de teléfono _____

INFORMACIÓN DE ASISTENCIA DE EVACUACIÓN

¿NECESITA ASISTENCIA DE TRANSPORTE PARA EL REFUGIO DE NECESIDADES ESPECIALES MÉDICAS?

- Sí, necesito asistencia de transporte (autobús o autobús práctico)
 NO, no necesito ayuda de transporte. Tengo mi propio transporte.

¿TIENE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ceguera / baja visión | <input type="checkbox"/> Catéteres |
| <input type="checkbox"/> Sordos / problemas de audición | <input type="checkbox"/> Colostomía |
| <input type="checkbox"/> Impedimento en el habla | <input type="checkbox"/> Tubo de alimentación |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad física (por favor explique) _____ | <input type="checkbox"/> No resucitar (DNR) |
| <input type="checkbox"/> Postrado en cama | <input type="checkbox"/> Hospicio |
| <input type="checkbox"/> No se puede subir o bajar de una cuna | <input type="checkbox"/> Necesita ayuda para caminar |
| <input type="checkbox"/> Mentalmente / memoria deteriorada | <input type="checkbox"/> Utiliza un andador o bastón |
| <input type="checkbox"/> Demencia / Alzheimer | <input type="checkbox"/> Utiliza una silla de ruedas estándar |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad o trastorno obsesivo compulsivo | <input type="checkbox"/> Utiliza una silla de ruedas motorizada |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Utiliza un scooter motorizado |
| <input type="checkbox"/> Diálisis | <input type="checkbox"/> Dependiente de oxígeno: Marque todos los que correspondan y suministre información detallada (tipo O2, litros, flujo, O2 compañía e información de contacto) |
| <input type="checkbox"/> Requiere atención de enfermería especializada constante (por ejemplo, heridas abiertas o cambios de apósito) | <input type="checkbox"/> 24 horas _____ |
| <input type="checkbox"/> I.V.s | <input type="checkbox"/> Solo una noche _____ |
| <input type="checkbox"/> Línea venosa central | <input type="checkbox"/> Nebulizador _____ |
| <input type="checkbox"/> Asistencia con medicamentos | <input type="checkbox"/> CPAP _____ |
| <input type="checkbox"/> Asistencia necesaria con insulina | <input type="checkbox"/> Ventilador _____ |
| <input type="checkbox"/> Requiere medicamentos refrigerados | <input type="checkbox"/> Otro, por favor liste _____ |
| <input type="checkbox"/> Autismo | |
| <input type="checkbox"/> Máquina de succión | |

¿TIENES UN ANIMAL DE SERVICIO?

- Sí Tipo de animal _____ Tipo de servicio prestado _____
 NO

INFORMACIÓN ADICIONAL

¿Cuántas personas se refugiarán contigo? _____

¿Puedes subir a un autobús usando los pasos? Sí NO

¿Se puede subir a un autobús usando el ascensor? Sí NO

Por favor incluya cualquier información adicional que pueda ser útil:

Autorizo al personal de respuesta a emergencias a ingresar a mi hogar para las operaciones de búsqueda y rescate.

FIRMA DE ASISTENCIA INDIVIDUAL SOLICITANTE (O TUTOR LEGAL)

FECHA

NOMBRE DE LA PERSONA QUE LLENA ESTE FORMULARIO (si no es el individuo)

TELÉFONO