

MÉDICOS ESPECIALES NECESIDADES DE REFUGIO

Parte del Programa Especial del Condado de Manatee Necesidades

Lea y conserve toda la información sobre el médico refugio de necesidades especiales antes de llenar esta solicitud.
Llenar esta solicitud no garantiza el acceso a la vivienda necesidades especiales médica.

Envía el formulario al: Manatee County Emergency Management, PO Box 1000, Bradenton, Florida 34206

INFORMACIÓN PARA LA AYUDA PERSONA QUE NECESITA

Nombre de pila _____ MI _____ Apellido _____

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

Altura _____ Peso _____

Dirección física (incluya el apartamento / lot #) _____

Subdivisión _____ Ciudad _____ Código postal _____

Teléfono Principal _____ Teléfono secundaria o TTY / TDD _____

Tipo de residencia [marque una casilla]:

Casa de una sola familia Vivienda multifamiliar Apartamento Casa móvil

Dirección postal: (Por favor, introduzca sólo si es diferente a su dirección física)

Dirección de envío _____ Ciudad _____ Código postal _____

INFORMACIÓN DEL CUIDADOR: USTED DEBE TRAER UNA CUIDADOR DE TIEMPO COMPLETO AL REFUGIO

Nombre de pila _____ MI _____ Apellido _____

Dirección física (incluya el apartamento / lot #) _____

Ciudad _____ Código postal _____

Teléfono Principal _____ Teléfono secundaria o TTY / TDD _____

OTRA INFORMACIÓN DE CONTACTO

NOMBRE DEL CONTACTO DE EMERGENCIA _____

Dirección: _____

Ciudad _____ Código postal _____

Relación: _____

Teléfono Principal: _____

Al marcar esta casilla permite que la información médica para ser compartida con este contacto de emergencia

INFORMACIÓN DE CONTACTO ADICIONAL

Nombre del médico _____ Número de teléfono _____

Prestadores de Salud _____ Número de teléfono _____

Nombre de la farmacia _____ Número de teléfono _____

INFORMACIÓN DE EVACUACIÓN ASISTENCIA

¿NECESITA AYUDA PARA EL TRANSPORTE A LOS USOS MEDICINALES ESPECIALES NECESIDADES DE REFUGIO?

- Sí, necesito ayuda con el transporte (autobús o autobús práctico).
- No, no necesito ayuda con el transporte. Tengo mi propio medio de transporte.

¿TIENE ALGUNA DE LAS CONDICIONES?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ciegos / Baja Visión | <input type="checkbox"/> Los catéteres |
| <input type="checkbox"/> Sordos / con problemas de audición | <input type="checkbox"/> Colostomía |
| <input type="checkbox"/> Impedimento en el habla | <input type="checkbox"/> Tubo de alimentación |
| <input type="checkbox"/> La 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 obtener arriba / abajo de una cuna | <input type="checkbox"/> Necesita ayuda para caminar |
| <input type="checkbox"/> Mental / deterioro de la memoria | <input type="checkbox"/> Utilizar un andador o un bastón |
| <input type="checkbox"/> Demencia / Alzheimer | <input type="checkbox"/> Utiliza una silla de ruedas estándar |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad o el trastorno obsesivo compulsivo | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas motorizada |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Scooter motorizado |
| <input type="checkbox"/> Diálisis | <input type="checkbox"/> El oxígeno dependiente: marque lo que corresponda y el suministro de información detallada (O2 Tipo, Flujo Litros, O2 de la empresa e información de contacto) |
| <input type="checkbox"/> Requiere atención de enfermería especializada constante (por ejemplo, heridas abiertas o los cambios de apósito) | <input type="checkbox"/> 24 horas |
| <input type="checkbox"/> I.V.s | <input type="checkbox"/> Sólo la noche |
| <input type="checkbox"/> Línea venosa central | <input type="checkbox"/> Nebulizador |
| <input type="checkbox"/> Asistencia con los 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"/> Otros, por favor escriba _____ |
| <input type="checkbox"/> Autismo | |
| <input type="checkbox"/> Máquina de succión | |

¿TIENE UN ANIMAL DE SERVICIO?

- Sí: Tipo de animal _____ Tipo de servicio proporcionado _____
- NO

COMENTARIOS ADICIONALES / INFORMACIÓN:

¿Cuántas personas se refugio con usted? _____

¿Es capaz de subir a un autobús que utiliza los pasos? SÍ NO

¿Es capaz de subir a un autobús con el ascensor? SÍ NO

Por favor, incluya cualquier información adicional que pueda ser útil:

Autorizo al personal de respuesta de emergencia para entrar en mi casa para las operaciones de búsqueda y rescate.

Firma del individuo que solicita asistencia (o tutor legal)

Fecha

Nombre de la persona que completa este formulario (si no el individuo)

Teléfono