

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 ASISTENCIA

Nombre de pila _____ MI _____ Apellido _____

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

Dirección de correo electrónico _____ ¿Cuánto mide? _____ ¿cuánto pesa? _____

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

Compañía eléctrica [marcar una casilla]: ☐ FPL ☐ PRECO ☐ Otro: _____

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?

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