

Condado de Glades

Registro Para Personas Con Necesidades Especiales 2019

Este programa esta diseñado para las personas que tienen necesidades físicas y/o médicos y requieren asistencia del gobierno para evacuar y/o refugio en caso de una emergencia. Porfavor complete el registro y envíe a la dirección escrito en la segunda pagina de este formulario. La información revelada en este registro en acuerdo con el Estado de Florida, Sección 252.355, que también manda que toda información se mantenga confidencial y estar extento de revelación solamente para las agencias respondientes de emergencias.

Datos Personal

Nombre: _____
Apellido Primer Nombre Inicial de Segundo Nombre

DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ CODIGO POSTAL: _____

TELÉFONO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ EDAD: _____ GENERO: M ó F

Nombre de **Cuidador** que lo acompañara al refugio: _____

Dirección de Cuidador: _____ Numero de Teléfono de su Cuidador: _____

(Marque) Tipo de Residencia: ⇒ Casa / Casa de dos Viviendas ⇒ Casa Movil ⇒
Apartamento/Condominio

(Marque) Situacion de Vivienda: ⇒ Vive solo(a) ⇒ Con esposo(a) ⇒ Con esposo(a) y hijos

 ⇒ Con Hijos ⇒ Con sus padres ⇒ Otros Familiares ⇒ Con personas no familiares

Contactos de Emergencia

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____
(Local)

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____
(Nombre de Contacto Fuera de la area local)

Persona completando la forma _____

Nombre de Agencia Asistente Domiciliaria ó otra Agencia Asistente: _____

Nombre de Doctor: _____ Teléfono: _____

Farmacia: _____ Teléfono: _____

Información Medico:

Problemas Medicos: _____

Medicamentos: _____

Alergias: _____

Necesidades Medicos Especiales (Marque todo lo que Aplique)

- | | | |
|---------------------------------------|------------------------------|----------------------------------|
| ⇒ Medicamento depende de Electricidad | ⇒ Impedimento de Memoria | ⇒ Ansiedad/Depresión |
| ⇒ Impedimento de Salud Mental | ⇒ Insuficiencia Respiratorio | ⇒ Dependiente de Diálisis |
| ⇒ Depende de Insulina | ⇒ Impedimento de Habla | ⇒ Equipo de Alerta de Emergencia |
| ⇒ Uso de Baston | ⇒ Postrado en Cama | ⇒ Impedimento de Movilidad |
| ⇒ Silla de Ruedas | ⇒ Incontinencia | ⇒ Ataque de Apoplejia |
| ⇒ Alimento Especial | ⇒ Impedimento de Visión | ⇒ Audioimpedida |
| ⇒ Depende de Oxígeno | ⇒ Ostomía | ⇒ Estimulador Cardíaco |
| ⇒ Historia Cardíaco | ⇒ Heridas Severas y Abiertas | ⇒ Artritis/Osteoporosis |
| ⇒ Aparato Cardíaco | | |
| ⇒ Otro (especifique) | | |

¿Tiene usted una orden de No resucitar? ⇒ **Sí** ⇒ **No**

¿Tiene usted designado un poder notarial? ⇒ **Sí** ⇒ **No**

¿Si usted a contestado si a alguna de estas preguntas, por favor de proveer una copia para mantener en nuestros archivos.

Asistencia Requerida:

¿Necesita transporte al refugio? : ⇒ **Sí** ⇒ **No**

Marque todo lo que aplique: ⇒ **Ambulancia** ⇒ **Silla de Ruedas** ⇒ **Camilla**

Uso de Oficina de Manejos de Emergencia

Priority Code: ⇒ High ⇒ Medium ⇒ Low ⇒ None

⇒ Staying @ Home With Relatives, Friends, Other

⇒ Public Shelter- Needs Can Be Met In Non-Medical Facility

⇒ "Special Needs Shelter"

⇒ Clewiston N.H. ⇒ HRMC

Review Date: _____

**Envie: Glades County Emergency Management
1097 Health Park Drive
Moore Haven, FL 33471**
