

Emergency Management (Manejo de Emergencias) del Condado de Alachua

Necesidades especiales – Formulario de inscripción

Complete la totalidad del presente formulario:

Ahorre tiempo y dinero utilizando el portal de inscripción del sitio web AlachuaCounty.US/SpecialNeeds

INFORMACIÓN PERSONAL: (Escribir con letra legible)			
Apellido:	Nombre:	Fecha de nacimiento.:	
Tipo de solicitud: <input type="checkbox"/> Solicitud nueva <input type="checkbox"/> Actualización de la inscripción <input type="checkbox"/> No sabe			
Dirección:	Ciudad:	Código postal:	
Situación de vivienda: <input type="checkbox"/> Vive solo/a <input type="checkbox"/> Con un familiar o compañero/a de habitación <input type="checkbox"/> Con un cuidador/a <input type="checkbox"/> Otro:			
¿Quién se quedará con usted en el albergue?			
Teléfono:	Celular:	Correo electrónico:	
Género:	Altura:	Peso:	Idioma principal:
INFORMACIÓN DE CONTACTOS DE EMERGENCIA: LOCAL Y NO-LOCAL			
(L) Nombre:	Apellido:	Relación:	Teléfono:
(NL) Nombre:	Apellido:	Relación:	Teléfono:
INFORMACIÓN SOBRE ANIMAL DE SERVICIO: (marque las respuestas que correspondan)			
¿Tiene un animal de servicio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>*Haga los arreglos correspondientes para su mascota (si no es un animal de servicio) con un veterinario o perrera o traiga a su mascota al refugio y Animal Services del Condado de Alachua se hará cargo de la custodia/cuidado de su mascota. Para más información llame al (352) 264-6870.*</i>			
Página siguiente			

INFORMACIÓN MÉDICA: (revise y marque los elementos que se correspondan con su condición médica)
--

<p>¿Requiere equipo de soporte vital?</p> <p><input type="checkbox"/> Equipo de presión positiva de aire continuo (CPAP)</p> <p><input type="checkbox"/> Tipo de oxígeno: <input type="checkbox"/> Líquido <input type="checkbox"/> Gaseoso <input type="checkbox"/> Concentrador de oxígeno</p> <p>Ratio: _____(litros/min)</p> <p>¿Cuán a menudo?:</p> <p><input type="checkbox"/> Continuo <input type="checkbox"/> Según sea necesario</p> <p>Modo de administración: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Respirador (Ventilador)</p> <p><input type="checkbox"/> Nebulizador</p> <p><input type="checkbox"/> Bomba de alimentación</p> <p><input type="checkbox"/> Ninguno</p> <p><input type="checkbox"/> Otro equipo:</p>	<p>Evaluación de movilidad</p> <p><input type="checkbox"/> Silla de ruedas</p> <p><input type="checkbox"/> Postrado/a</p> <p><input type="checkbox"/> Ninguno</p> <p><input type="checkbox"/> Otro:</p> <p>Obstáculos para la comunicación</p> <p><input type="checkbox"/> Trastorno de la audición</p> <p><input type="checkbox"/> Trastorno de la vista</p> <p><input type="checkbox"/> Trastorno del habla</p> <p><input type="checkbox"/> Ninguno</p>
<p>Marque los problemas de salud que apliquen para su persona:</p> <p><input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Derrame <input type="checkbox"/> Enfermedad cardiovascular</p> <p><input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Fragilidad <input type="checkbox"/> Diálisis</p> <p><input type="checkbox"/> Trastornos psiquiátricos/de la personalidad</p> <p><input type="checkbox"/> Medicamentos que requieren refrigeración</p> <p>Otros problemas de salud (mencionar todos):</p>	<p>Cuidados especiales</p> <p><input type="checkbox"/> Orden de no resucitar (DNR, adjuntar)</p> <p><input type="checkbox"/> Necesidades especiales de dieta (explicar):</p> <p><input type="checkbox"/> Alergias (lista):</p>
<p>En caso de que mi solicitud para el Registro de Necesidades Especiales sea aprobada, acepto que se agregue mi nombre al Registro de Necesidades Especiales y al sistema de notificaciones de emergencia <i>AlertAlachua</i>. Brindo a <i>Emergency Management</i> del Condado de Alachua autorización para compartir esta información con otras agencias locales de ayuda en el caso de una evacuación de emergencia. Asimismo, doy permiso al personal de respuesta frente a emergencias para que, de ser necesario, ingresen a mi hogar durante las operaciones de búsqueda y rescate posteriores a un evento de desastre para garantizar mi seguridad y bienestar. (Rev. 11/2020)</p> <p>Firma del paciente: _____ Fecha: _____</p> <p>Firma de la persona autorizada: _____ Fecha: _____</p> <p>Relación: _____</p>	