

Manejo de Emergencias del Condado de Collier

NECESIDADES ESPECIALES

FORMULARIO DE REGISTRO

(Por favor imprima o escriba la información y completar todas las páginas. Un nuevo formulario de inscripción debe ser completado anualmente.)

Esta información también se puede introducir en el Condado de Collier necesidades especiales registro visitando CollierEM.org

Información Personal Para el Individuo con la Necesidad

Nombre: _____

(Nombre, Mi. Apellido)

Dirección física: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Tipo de Residencia: - Casa de una sola familia - casa de varios familiares - casa móvil
 - Apartamento

Dirección de Envío: _____

(Por favor, introduzca si es diferente a su dirección física)

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Email: _____

Teléfono Principal: (_____) _____ - _____ Es el teléfono principal TTY/TTD? -

Teléfono Secundario : (_____) _____ - _____ - no tengo teléfono

Fecha de Nacimiento (mm/dd/yyyy) ____/____/____ Altura : _____

Género: _____ Color de los ojos: _____ Peso: _____

Información Personal de Contacto de Emergencia

Nombre del contacto principal _____

(Nombre, Mi. Apellido)

Dirección: _____ Ciudad _____ Estado _____

Relación: - Ninguna - Amigo - Familia - Vecino - Cuidador

Correo Electronico: _____

Teléfono Principal: (_____) _____ Teléfono Secundario: (_____) _____

Secundaria / Fuera de la Zona de Contacto Nombre _____

(Nombre, Mi. Apellido)

Dirección: _____ Ciudad _____ Estado _____

Relación: Ninguna Amigo Familia Vecino Cuidador

Correo Electronico: _____

Teléfono Principal: (_____) _____ Teléfono Secundario: (_____) _____

Manejo de Emergencias del Condado de Collier

Necesidades Especiales Formulario de Registro

Información de Contacto Adicional

Información del Médico

Nombre: _____ Teléfono: (_____) _____

Información Cuidador

Nombre: _____ Teléfono: (_____) _____

Información de Cuidado de la Salud

Nombre: _____ Teléfono: (_____) _____

Pharmacy Information

Información de la Farmacia: _____ Teléfono: (_____) _____

Información de Asistencia de Evacuación

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ciegos / Baja Visión | <input type="checkbox"/> Demencia Leve / Alzheimer | <input type="checkbox"/> Asistencia Necesaria con Insulina |
| <input type="checkbox"/> Sordos / con problemas de audición | <input type="checkbox"/> Demencia moderada / Alzheimer | <input type="checkbox"/> Requiere Refrigerados Meds |
| <input type="checkbox"/> Problemas de Salud del Comportamiento | <input type="checkbox"/> Demencia Severa / Alzheimer | <input type="checkbox"/> Autismo |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Contagiosa | <input type="checkbox"/> Después Fondo Hemodlysis | <input type="checkbox"/> Necesidades Dietéticas Especiales / Restricciones |
| <input type="checkbox"/> Frágil / Ancianos | <input type="checkbox"/> Hemodlysis en el Hogar | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad Física | <input type="checkbox"/> Diálisis Peritoneal | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Postrado en Cama | <input type="checkbox"/> Requiere Constante de Atención de Enfermería Especializada | _____ |
| <input type="checkbox"/> Mental / Deterioro de la Memoria | <input type="checkbox"/> Asistencia con Medicamentos | _____ |
| | | _____ |

Las Necesidades de Transporte

- Coche
- Autobús
- Van Silla de Ruedas
- Ambulancia

Limitaciones de Comunicación

- No Tiene Radio
- No Tiene Televisión
- No Tiene Teléfono, TTY, VRI
- No Tiene Acceso a Internet
- No Habla Inglés

Tiene Dificultad Para Caminar y

Requiere

- Walker / Caña
- Estándar Para Sillas de Ruedas
- Scooter Motorizado
- Encargado de Ayudar a Recorrer
- Requiere Camilla de Transporte

El Oxígeno Dependiente

- 24 horas
- Sólo la Noche
- Nebulizador
- CPAP
- Otros (Tipo / Litros)

Requiere un Equipo Médico que no Sea Fácilmente Transportable

- Ventilador
- Máquina de Succión
- Los Catéteres
- Tubo de Alimentación
- Concentrador de Oxígeno
- El Otro Equipo

Manejo de Emergencias del Condado de Collier

Necesidades Especiales Formulario de Registro

AVISO IMPORTANTE Y DECLARACIÓN DE ENTENDIMIENTO

- La información contenida en este documento es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento. He leído y comprendido la información en este formulario, así como la evacuación adjunta y necesidades especiales Hoja de información a cubierto.
- Yo entiendo que: El registro es voluntario y por la presente solicitud de registro en el "Programa de necesidades especiales".
- Los refugios de emergencia se ponen a disposición para proporcionar protección durante un período de peligro inmediato.
- Soy responsable de proporcionar un cuidador, mientras que en el refugio si soy incapaz de cuidar de mis propias necesidades básicas y especiales.
- Tengo una copia de las Directrices de preparación y tomará las cosas que necesito conmigo.
- Me aseguraré de que una jaula o caja y elementos necesarios están disponibles para mi mascota se están tomando para o ir al albergue de animales.
- Limitada de enfermería voluntario y la asistencia médica en el especial las necesidades de alojamiento estará disponible para mí y / o mi cuidador ayudar.
- Entiendo que necesitaré para hacer planes alternativos en el caso de que yo soy incapaz de volver a mi casa después de la tormenta.
- Seré responsable de los cargos y los costos asociados con la hospitalización u otro centro médico incluyendo la atención médica y el transporte, si debe convertirse en necesario.
- Transporte: se me podría ordenar o recomendado para evacuar mi residencia. Se harán todos los intentos para dar aviso anticipado por teléfono de la fecha y la hora prevista para ser recogidos para su transporte al refugio de necesidades especiales. Monitor de TV gobierno (Canal 97), las estaciones locales de televisión o emisoras de radio locales para obtener información actualizada de huracanes. Si rechazo transporte cuando llegue el transportista, se me requerirá que firme un "Formulario de rechazo". Yo entiendo que la razón del rechazo del transporte, no puede tener otra oportunidad de solicitar este servicio.

Doy permiso a los proveedores de atención médica, agencias de transporte, y otros que sean necesarios para proporcionar atención y revelar cualquier información que sea necesaria para responder a mis necesidades.

(Sí or No)

Firma del Solicitante / cuidador / la persona que completa el formulario

Fecha

Por favor complete y forma de volver a:

Collier County Emergency Management
8075 Lely Cultural Pkwy Suite 445
Naples, FL 34113