

Condado de Hendry

Registro Para Personas Con Necesidades Especiales

Este programa esta diseñado para las personas que tienen necesidades físicas y/o medicos' y requieren asistencia del gobierno para evacuar y/o refugio in caso de una emergencia. Porfavor complete el registro y envíe ala 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 tambien manda que toda información se mantenga confidencial y estar extento de revelación solamente para las agencias respondientes de emergencias.

Datos Personal La fecha de hoy: _____

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) _____ | | |

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

⇒ West Glades School “Special Needs Shelter”

⇒ Clewiston N.H. ⇒ HRMC

Review Date: _____

**Envie: Hendry County Emergency Management
P. O. Box 2340
Labelle, FL 33975**
