

INSCRIPCIÓN PARA LA ATENCIÓN DE NECESIDADES ESPECÍFICAS Y LA ASISTENCIA DURANTE EVACUACIONES DEL CONDADO DE PINELLAS

Inscripción para: Refugio para la atención de necesidades específicas Asistencias de movilidad Ambos

Una vez completado este formulario de inscripción, el departamento de bomberos de su localidad se comunicará con usted

APELLIDO: _____ PRIMER NOMBRE: _____ MASCULINO FEMENINO

DOMICILIO: _____ DPTO. N.º _____ LOTE N.º _____

CIUDAD: _____ CÓDIGO POSTAL _____ TELÉFONO: _____

FECHA DE NAC.: ____/____/____ CORREO ELEC.: _____ SITUACIÓN FAMILIAR: SOLO CON FAMILIARES OTRO

RESIDENCIA UNIFAMILIAR CASA RODANTE NOMBRE DEL COMPLEJO DE DPTOS./CONDOS/PARQUE: _____

¿TIENE MASCOTAS?: SÍ NO Preparativos para las mascotas listos. **De lo contrario**, llame al 727-582-2600 para solicitar asistencia.

CANTIDAD DE PERROS ____ Peso aprox. ____ CANTIDAD DE GATOS ____ CANTIDAD DE PÁJAROS ____ ANIMALES EN TOTAL ____

PRINCIPAL IDIOMA HABLADO _____

RESIDENCIA: PERMANENTE TEMPORARIA De ser temporaria, especificar FECHA DE COMIENZO ____ FECHA DE TÉRMINO ____

¿Qué tipo de asistencia necesita? MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN

Para caminar
 Para pararme
 Para trasladarme a la cama
 Para comunicarme

Para bañarme y ducharme
 Para vestirme
 Para ir al baño
 Para comer

Cuidado de heridas
 Ostomía
 Catéter
 Incontinencia/Pañales

Enumere cualquier otro tipo de asistencia necesaria

EVALUACIÓN DE MOVILIDAD

¿Soy ambulatorio, capaz de moverme por mí mismo?
 Sí No

Estoy confinado a la cama
 Uso silla de ruedas
 Puedo pararme con ayuda
 No puedo pararme con ayuda

Peso más de 400 libras
 Sí No

De ser así, especificar peso aprox. _____

ELECTRO-DEPENDIENTE

PPCVR/PPBVR
 Oxígeno: _____ l/min
_____ cantidad de horas diarias

Ventilador
 Concentrador
 Nebulizador
 Bomba para alimentación
 Bomba para succión
 Monitor cardíaco
 ¿Precisan frío los medicamentos?
De ser así,
¿de qué tipo?

 Diálisis

EVALUACIÓN COGNITIVA

Alzheimer/Demencia
 Trastorno psiquiátrico
 Obsesión compulsiva
 Depresión
 Se lastima a sí mismo o es un peligro para los demás

ENUMERE OTRAS CUESTIONES COGNITIVAS O NECESIDADES ESPECÍFICAS

ATENCIÓN ESPECÍFICA

Sonda para alimentación
 Incapaz de tragar
 Alimentación las 24 horas
 Solo para medicamentos
 Solo para alimentación intravenosa

El cliente debe traer al refugio todos los suministros necesarios para poder atenderlo

Diabetes
 Insulinodependiente
 Medicación oral (pastillas)

¿Tiene una orden de **NO RESUCITAR**?
 Sí (**Traiga la orden de N. R.**)
 No

¿Tiene alguna pregunta? Llame al Departamento de Salud al 727-824-6932

¿Se ha PREPARADO CON ANTELACIÓN para ir a un:

Hospital Hogar de convalecencia Apartamentos tutelados Otro: _____

Nombre del centro YA ACORDADO al que se dirigirá en caso de evacuación _____

DIRECCIÓN _____ Teléfono _____

NOMBRE DEL MÉDICO _____ TELÉFONO _____

¿Recibe CUIDADOS PALIATIVOS?: NOMBRE _____ ID DEL EQUIPO _____ TELÉFONO _____

¿Recibe ATENCIÓN DOMICILIARIA?: NOMBRE _____ TELÉFONO _____

Contacto en caso de emergencia

NOMBRE _____ RELACIÓN _____ TELÉFONO _____

Certifico que al menos un cuidador o acompañante estará conmigo SÍ ¿CUÁNTOS? _____

NOMBRE _____ RELACIÓN _____ TELÉFONO _____

¿Se encuentra el cuidador registrado en la base de datos de necesidades específicas? Sí No

Formulario completado por (LETRA IMPRENTA PROLIJA) RELACIÓN: _____ N.º DE TELÉFONO _____

De no ser completado por el solicitante, ¿tiene un poder notarial otorgado por este? Sí No

Firma del solicitante

Mediante la firma del presente formulario, autorizo a que la información médica consignada en él se comparta con el departamento de salud del condado, el área de manejo de emergencias, los distritos locales de control de incendios y los centros receptores a fin de que puedan evaluar mis necesidades y brindarme un servicio de traslado de emergencia y refugio. Los registros usados para la inscripción de ciudadanos discapacitados se encuentran exentos de las disposiciones del capítulo 119, artículo 07, inciso 1 del Código Legislativo del Estado de Florida, Ley de Registros Públicos (F.S. 119.07(1)). La información incluida en el presente documento será considerada confidencial.

Firma

Fecha

Enviar formulario completo por correo a: Pinellas County Emergency Management, 10750 Ulmerton Rd. Building 1, Suite 267, Largo, FL 33778 o por fax al 727-464-4024. Para más información, comuníquese al 727-464-3800. Rev. 2017