



SOLICITUD PARA REFUGIO PARA PERSONAS CON NECESIDADES MÉDICAS ESPECIALES Y TRANSPORTE PARA EVACUACIÓN

Apellido: _____ Nombre de pila: _____ Segundo nombre: _____

Tipo de residencia: Móvil/Prefabricada Unifamiliar Apartamento/Condominio Otro: _____

Calle: _____

Apartamento Nro.: _____ Edificio Nro. _____ Nombre del complejo o subdivisión _____

Ciudad: _____ Código Postal: _____

Dirección postal (si difiere de la mencionada anteriormente): _____

Teléfono: _____ Teléfono alternativo: _____

Idioma nativo: _____

Composición del hogar: Vive solo(a) Con un familiar Con un cuidador Otro _____

Contactos de emergencia: Local: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

No local: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

ASISTENCIA PARA EL TRANSPORTE DE EVACUACIÓN

Necesito asistencia para el transporte: Sí No

Necesidades de transporte: Ambulatorio Silla de ruedas Otro transporte (especificar): _____

Información adicional (Incl. equipos): _____

Nro. de personas a transportar desde esta residencia: __ Nro. total de personas que necesitan transporte en silla de ruedas: __

<input type="checkbox"/> Problemas de salud mental: _____ <input type="checkbox"/> Incapacidad cognitiva: _____ (por ej., enfermedad de Alzheimer, demencia) Especificar: _____ _____	Cite cualesquiera dispositivos asistenciales, tales como anteojos, bastón para no videntes, audífonos: _____ <input type="checkbox"/> Pérdida de la visión/Incapacidad visual _____ <input type="checkbox"/> Pérdida de la audición/Incapacidad auditiva _____ <input type="checkbox"/> ASL <input type="checkbox"/> Incapacidad del habla _____
<input type="checkbox"/> Incapacidad motriz <input type="checkbox"/> Andador <input type="checkbox"/> Bastón <input type="checkbox"/> Silla de ruedas <input type="checkbox"/> Muletas <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Animal(es) asistente(s) Número y tipo de animal: _____ 1. ¿El cliente padece una incapacidad? (S/N) _____ 2. ¿El animal está adiestrado (S/N)? _____ 3. ¿De qué manera ayuda el animal al cliente? _____

EXISTEN FORMATOS ALTERNATIVOS DEL PRESENTE FORMULARIO DISPONIBLES A SOLICITUD

SI EL FORMULARIO ES ÚNICAMENTE PARA SOLICITAR ASISTENCIA PARA EL TRANSPORTE DE EVACUACIÓN, USTED NO ESTÁ OBLIGADO A COMPLETAR LA INFORMACIÓN DE LA PÁGINA 2—SÍRVASE CONTINUAR EN LA PÁGINA 3.

SOLICITUD PARA REFUGIO PARA PERSONAS CON NECESIDADES MÉDICAS ESPECIALES Y TRANSPORTE PARA EVACUACIÓN

NECESIDADES MÉDICAS ESPECIALES DEL SOLICITANTE (A completar por el médico, enfermero(a) registrado(a) o el administrador de caso)

F. de nac: _____ Edad: _____ (años) Sexo: Hombre Mujer

Peso: _____ (lbs) Altura: _____ (pies) _____ (pulgadas)

¿Lo acompañarán al refugio? Sí No

Si escoge la opción "Sí", indique el número de cuidadores/familiares que lo acompañarán al refugio: _____

<p>Dependiente del suministro eléctrico por razones médicas:</p> <p><input type="checkbox"/> Concentrador de O2 <input type="checkbox"/> Bomba de alimentación</p> <p><input type="checkbox"/> Succión</p> <p><input type="checkbox"/> Medicamentos que requieren de refrigeración</p> <p><input type="checkbox"/> Otro: _____</p>	<p>Dependiente del oxígeno:</p> <p><input type="checkbox"/> Las 24 horas <input type="checkbox"/> Sólo durante la noche</p> <p><input type="checkbox"/> En forma intermitente</p> <p>Tipo de oxígeno: _____</p> <p>Modo de administración: <input type="checkbox"/> Cánula nasal <input type="checkbox"/> Mascarilla</p> <p>Flujo en litros: _____ L /Minuto _____</p>
<p><input type="checkbox"/> Asistencia para la administración de medicamentos</p> <p><input type="checkbox"/> Insulinodependiente</p> <p><input type="checkbox"/> Necesita asistencia para el cuidado de heridas.</p> <p>Especificar: _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Incontinencia <input type="checkbox"/> Dependiente de diálisis</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Intestinal <input type="checkbox"/> Peritoneal (DP)</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Urinaria <input type="checkbox"/> Hemodiálisis</p> <p style="padding-left: 100px;">Plan: _____</p>
<p><input type="checkbox"/> Dieta especial (explicar):</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p><input type="checkbox"/> Otros impedimentos de salud:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

Información médica:

Médico de cabecera: _____ Teléfono: _____

Agencia de atención domiciliaria: _____ Teléfono: _____

Proveedor de equipos médicos domiciliarios (HME): _____ Teléfono: _____

Empresa proveedora de oxígeno (si es distinta del HME): _____ Teléfono: _____

Centro de diálisis: _____ Teléfono: _____

Farmacia: _____ Teléfono: _____

Nombre del centro de cuidados paliativos: _____ Teléfono: _____

Cite los medicamentos que toma en forma rutinaria (tanto recetados como de venta libre):

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Cite todas las afecciones médicas y alergias:

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

A mi leal saber y entender, los datos incluidos en la sección de información médica presentada anteriormente son correctos y están completos.

Nombre del médico o proveedor de atención médica en letra impresa: _____

Firma del médico o proveedor de atención médica: _____ Fecha de firma: _____



SOLICITUD PARA REFUGIO PARA PERSONAS CON NECESIDADES MÉDICAS ESPECIALES Y TRANSPORTE PARA EVACUACIÓN

Al firmar el presente formulario otorgo mi autorización para la divulgación de la información médica contenida en el presente al Departamento de Servicios Humanos del Condado de Broward, el Departamento de Salud del Estado de la Florida, el Broward Health, el Memorial Health Care System, el Memorial Health Care System, los Servicios Médicos Infantiles del Estado de la Florida, los centros de manejo de emergencias y centros receptores, a los fines de evaluar mis necesidades y proporcionarme transporte y refugio. Los archivos relacionados con el registro de personas incapacitadas no están sujetos a las disposiciones del artículo 119.07 (1) de la Ley de Registros Públicos de la Florida. Excepto disposición en contrario establecida en la presente autorización, la información que usted proporcione se mantendrá en estado confidencial.

Firma (Solicitante o persona responsable por el solicitante): _____

Nombre en imprenta: _____ Fecha: _____

NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA—EXCLUSIVO PARA USO INTERNO

Tipo de refugio: _____ Nombre del refugio: _____ Base de datos/Nro. de Registro: _____

Actualización de la solicitud: Mes/Año: _____ Mes/Año: _____ Mes/Año: _____

PLANIFICACIÓN DEL TRANSPORTE

NECESIDADES DE TRANSPORTE VERIFICADAS: Sí No

Tipo de transporte asignado: Ambulatorio Silla de ruedas ESF-8