



**CONDADO DE BROWARD – SOLICITUD PARA REFUGIO PARA PERSONAS CON NECESIDADES  
MÉDICAS ESPECIALES**

**Y ASISTENCIA DE TRANSPORTE PARA LA EVACUACIÓN**

**INSTRUCCIONES**

1. Para solicitar u obtener una copia impresa de la presente solicitud, los residentes pueden llamar al Departamento de Servicios Humanos del Condado de Broward al: 954-357-6385 o a la línea TTY para personas con problemas auditivos: 954-357-5608. También puede descargar la solicitud directamente desde el sitio web en: [www.broward.org/atrisk](http://www.broward.org/atrisk) bajo la sección “Special Medical Needs (Necesidades médicas especiales)’.
2. A través de este programa, usted puede solicitar dos servicios:
  - La consideración para recibir acogida en un Refugio para Personas con Necesidades Médicas Especiales durante una emergencia (que puede incluir el transporte hacia y desde el refugio a su hogar)
  - Únicamente el servicio de transporte (hacia y desde cualquier lugar determinado previamente dentro del Condado de Broward, hasta su hogar)
3. La SOLICITUD PARA REFUGIO PARA PERSONAS CON NECESIDADES MÉDICAS ESPECIALES Y ASISTENCIA PARA EL TRANSPORTE DE EVACUACIÓN DEL CONDADO DE BROWARD consiste de tres páginas. Una vez que usted reciba o descargue la solicitud, por favor complétela tal como se indica a continuación:
  - En la Página 1, Sección 1, por favor complete la INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL CLIENTE
  - En la Página 1, Sección 2, por favor complete el espacio de ASISTENCIA PARA EL TRANSPORTE DE EVACUACIÓN
  - En la Página 2 se encuentra su HISTORIAL MÉDICO. Su médico o proveedor de salud debe completar, firmar y fechar esta página. Usted NO necesita completar esta página si solamente va a solicitar transporte de emergencia.
  - Asegúrese de que su médico o proveedor de salud haya firmado y fechado la parte inferior de la página 2.
  - Complete la sección que aparece en la Página 3, Sección 3 en caso de corresponder
  - En la Página 3, Sección 4, por favor lea la DECLARACIÓN DE ENTENDIMIENTO Y FIRMA, y complete lo siguiente: Indique su nombre claramente en letra imprenta en el lugar señalado, y firme y feche la página. Si no puede indicar su nombre en letra de imprenta o firmar, puede nombrar a una persona para que complete la solicitud por usted. Esa persona también debe indicar su nombre en letra de imprenta y firmar la solicitud.
4. Una vez que complete toda la solicitud, por favor envíela por correo a:

**Departamento de Servicios Humanos  
A la atención de: Preparación para Desastres  
115 South Andrews Ave – Room 303  
Ft. Lauderdale, Florida 33301**
5. Bríndenos aproximadamente cuatro semanas para completar el procesamiento de su solicitud. Lo contactaremos por correo postal una vez que se haya completado el procesamiento.



Condado de Broward – Solicitud para Refugio para Personas con Necesidades Médicas Especiales y Asistencia para el Transporte de Evacuación

Sección 1. INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL CLIENTE

A completar por cada solicitante

Formulario de contacto del cliente con campos para: APELLIDO, NOMBRE DE PILA, INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE, DIRECCIÓN, Edificio Nro., Apart./Lote Nro., Nombre del complejo o subdivisión, Ciudad, CÓDIGO POSTAL, TIPO DE RESIDENCIA, DIRECCIÓN POSTAL, TELÉFONO PARTICULAR, TELÉFONO ALTERNATIVO, COMPOSICIÓN DEL HOGAR, IDIOMA PRINCIPAL, Fecha nac., EDAD, Hombre/Mujer, Altura, Peso, CONTACTOS DE EMERGENCIA, and RELACIÓN.

Sección 2. ASISTENCIA PARA EL TRANSPORTE DE EVACUACIÓN

A completar si usted necesita transporte hasta un refugio u otro sitio

Formulario de asistencia para el transporte de evacuación con campos para: ¿Necesita usted transporte hasta el refugio u otro sitio?, MOVILIDAD (Puede caminar sin ayuda, Andador, Bastón, Muletas, Silla de ruedas, Silla de ruedas eléctrica, Carrito motorizado, Pérdida de la visión, Pérdida de la audición, Animal de servicio, Confinado a la cama), ¿Cantidad total de personas a transportar desde esta dirección?, and ¿Cantidad total de personas que necesitan una silla de ruedas?.

## HISTORIAL MÉDICO

A completar por su médico o proveedor de salud – Marque todas las que correspondan:

No completar si usted SÓLO necesita servicio de transporte.

<p><b>MOVILIDAD</b></p> <p>( ) Camina sin ayuda ( ) Silla de ruedas eléctrica          ( ) Andador ( ) Confinado en cama          ( ) Bastón ( ) Discapacidad auditiva          ( ) Silla de ruedas ( ) Discapacidad visual          ( ) Carrito motorizado ( ) Animal de servicio          ( ) Usa un dispositivo para salir de la cama</p>	<p><b>EVALUACIÓN COGNITIVA</b> ( ) N/D</p> <p>( ) Enfermedad de Alzheimer          ___temprana ___ moderada ___ avanzada          ( ) Depresión ( ) Autismo ( ) Trastorno de conducta          ( ) Trastorno obsesivo compulsivo ( ) Ansiedad          ( ) Otro diagnóstico psiquiátrico: _____          ( ) Convulsiones ___ controladas ___ no controladas          ( ) Demencia: ___temprana ___moderada ___avanzada</p>
<p><b>DEPENDIENTE DEL OXÍGENO</b> ( ) N/D</p> <p>( ) Las 24 horas ( ) En forma intermitente / Cantidad de horas al día: _____ ( ) Concentrador          ( ) Durante la noche ( ) Tanque portátil          Modo de administración: ( ) Cánula nasal ( ) Mascarilla Flujo en litros/Minuto _____</p>	
<p><b>DEPENDIENTE DEL SUMINISTRO ELÉCTRICO</b> ( ) N/D</p> <p>( ) Nebulizador ( ) Bomba de alimentación          ( ) CPAP ( ) Bomba de succión          ( ) BPAP ( ) Monitor de apnea          ( ) Respirador ( ) Monitor cardíaco          ( ) Ventilador ( ) I.V.          ( ) Medicamento que necesita refrigeración          ( ) Otro _____</p>	<p><b>ATENCIÓN ESPECIAL</b> ( ) N/D</p> <p>( ) Cuidado de heridas ( ) Catéter ( ) Ostomía          ( ) Incontinencia ___intestinal ___urinaria          ( ) Diálisis _____ Cuántas veces por semana          ( ) Ayuda para la administración de medicamentos          ( ) Ayuda para alimentarse          ( ) Ayuda para ingresar o salir de la cama          ( ) Actualmente recibe atención de hospicio</p>
<p><b>DIETA ESPECIAL</b> ( ) N/D</p> <p>_____          _____</p> <p><b>ALERGIAS:</b> _____          _____</p>	<p><b>OTROS PROBLEMAS DE SALUD</b> ( ) N/D</p> <p>( ) EPOC ( ) Paciente cardíaco ___estable ___inestable          ( ) Diabético ___insulinodependiente ___no insulinodependiente          ( ) ELA ( ) Enfermedad de Parkinson ( ) Cáncer:          _____          ( ) Otro: _____</p>
<p><b>INFORMACIÓN MÉDICA</b></p> <p>Médico de cabecera: _____ Teléfono: _____          Dirección: _____ FAX: _____          Apartamento / Ciudad / Estado / Código postal: _____          Afiliaciones a hospitales: _____          Agencia de atención domiciliaria: _____ Farmacia: _____          Medicamentos que toma en forma rutinaria (recetados y de venta libre): (adjunte página separada si fuese necesario)          _____          _____          Mencione cualquier afección médica no indicada anteriormente: _____          _____</p> <p><b>A mi leal saber y entender, los datos proporcionados más arriba son correctos y están completos.</b></p> <p>Nombre del médico en letra imprenta: _____          Firma del médico: _____ FECHA: _____</p>	



# Condado de Broward – Solicitud para Refugio para Personas con Necesidades Médicas Especiales y Asistencia para el Transporte de Evacuación

## DECLARACIÓN DE ENTENDIMIENTO Y FIRMA

A mi leal saber y entender, la información aquí presentada es veraz y correcta. Comprendo que en caso de aceptar, la asistencia se proporcionará únicamente durante el período en que se extienda la situación de emergencia, y que debería realizar gestiones alternativas en forma anticipada en caso de que no pueda regresar a mi hogar.

Comprendo que en base a esta solicitud y a los datos que he proporcionado, el Departamento de Salud del Condado de Broward, junto con el Departamento de Servicios Humanos del Condado de Broward, determinará qué tipo de asistencia para evacuación de emergencia podría proporcionar este programa, en caso de que corresponda.

Comprendo que el presente registro es de carácter voluntario y solicito por este acto la inscripción en el Programa de Refugio para Personas con Necesidades Médicas Especiales y Asistencia de Transporte para la Evacuación del Condado de Broward.

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 Departamento de Salud del Condado de Broward, el Memorial Health Care System, Broward County Transit, los Servicios Médicos Infantiles del Estado de la Florida, la División de Manejo de Emergencias del Condado de Broward y los centros receptores, a los fines de evaluar mis necesidades y proporcionarme transporte y refugio.

Los archivos relacionados con el registro de personas que necesitan ayuda para cubrir sus necesidades funcionales 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.

Nombre del solicitante (IMPRESA) \_\_\_\_\_

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona que completa la solicitud, si no es el solicitante.

Relación con el solicitante: \_\_\_\_\_

Firma de la persona que completa la solicitud, si no es el solicitante.

\_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

Envíe el formulario completo por correo a:

**Departamento de Servicios Humanos**  
**A la atención de: Preparación para Desastres**  
**115 South Andrews Ave – Room 303**  
**Ft. Lauderdale, FL 33301**