



Registro de Necessidades Especiais da Flórida Informações de registro – Condado de Broward

Instruções: Preencha este formulário e envie-o por fax ou pelo correio ao Condado de Broward para registrar uma pessoa no Registro de Necessidades Especiais da Florida. Este formulário não é necessário se você já se registrou on-line. Os campos obrigatórios são indicados com um asterisco (*).

Correio: Broward County Special Needs Registry
ATTN: Special Needs Shelter Coordinator
201 NW 84th Ave
Plantation, FL 33324

Fax: (888) 888-8888

INFORMAÇÕES PESSOAIS SOBRE O INSCRITO	
*Nome	
Nome do meio	
*Sobrenome	
Sufixo	
*Data de nascimento	
*Gênero (selecione apenas um)	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Transgênero <input type="checkbox"/> Não-binário <input type="checkbox"/> Prefiro Não Informar
*Altura	Pés: Polegadas:
*Peso (libras)	
*Situação de moradia (selecione apenas uma)	<input type="checkbox"/> Sozinho(a) <input type="checkbox"/> Com Parente ou Cuidador <input type="checkbox"/> Outra Situação de Moradia
*Idioma principal	
Idioma secundário	
Veterano de Guerra	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Últimos 4 dígitos do Número da Previdência Social (Social Security Number)	
Endereço de e-mail	
Você está preenchendo este formulário em nome do inscrito? Se esse for o caso, explique seu vínculo com o inscrito (selecione apenas um)	<input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Cuidador <input type="checkbox"/> Vizinho <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Provedor de Serviços de Saúde <input type="checkbox"/> Equipe de Gestão de Emergências do Condado <input type="checkbox"/> Equipe do Departamento de Saúde do Condado <input type="checkbox"/> Equipe do Health Department estadual

ENDEREÇO DO INSCRITO (um endereço físico é obrigatório)	
*Endereço (não pode ser apenas uma caixa postal)	
Apto, unidade, prédio, suite, etc.	
*Cidade	
*Estado	FL
*CEP	
Nome do Complexo, Subdivisão ou Parque de Trailers	
A residência nesse endereço é um trailer?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
A residência neste endereço é um edifício ou uma casa com vários andares?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Essa residência tem escadas?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não



Registro de Necessidades Especiais da Flórida

Informações de registro – Condado de Broward

ENDEREÇO DO INSCRITO (um endereço físico é obrigatório)	
É necessário inserir um código para entrar?	
Você mora nesse endereço o ano todo?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Em caso negativo, do mês: _____ ao mês: _____
Endereço para correspondência (se diferente do informado acima)	
Cidade de Correspondência	
Estado de Correspondência	
CEP de Correspondência	
Informações Adicionais do Condado	
Qual é o código do Portão?	

NÚMEROS DE TELEFONE DO INSCRITO (é necessário um número de telefone principal e pelo menos um outro número de telefone)				
*Número de telefone	Extensão	*Tipo de telefone (selecione apenas um)	Principal	Possui tecnologia de acessibilidade
() -		<input type="checkbox"/> Residencial <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Celular	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
() -		<input type="checkbox"/> Residencial <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Celular	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
() -		<input type="checkbox"/> Residencial <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Celular	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

CONTATO DE EMERGÊNCIA PRINCIPAL DO INSCRITO (OBRIGATÓRIO)	
*Nome do Contato de Emergência Principal	
Endereço do Contato	
Cidade do Contato	
Estado do Contato	
CEP do Contato	
*Número de Telefone Principal do Contato	() - Extensão:
Este telefone possui tecnologia de acessibilidade?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Número de Telefone do Contato Secundário	() - Extensão:
Este telefone possui tecnologia de acessibilidade?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Endereço de e-mail do contato	

CONTATOS ADICIONAIS DO INSCRITO (preenchimento opcional)	
*Nome do contato adicional	
*Tipo de contato (selecione apenas um)	<input type="checkbox"/> Contato de Emergência Secundário <input type="checkbox"/> Cuidador <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Vizinho <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Farmacêutico <input type="checkbox"/> Prestador de Assistência Médica Domiciliar <input type="checkbox"/> Provedor de Equipamento Médico Domiciliar <input type="checkbox"/> Provedor de Cuidados Paliativos <input type="checkbox"/> Provedor de Oxigênio <input type="checkbox"/> Clínica de Diálise <input type="checkbox"/> Outro Provedor de Serviços Médicos <input type="checkbox"/> Contato Fora da Área <input type="checkbox"/> Contato de Arranjo de Moradia Alternativo



Registro de Necessidades Especiais da Flórida

Informações de registro – Condado de Broward

CONTATOS ADICIONAIS DO INSCRITO (preenchimento opcional)	
Endereço do contato	
Cidade do Contato	
Estado do Contato	
CEP do Contato	
*Número de telefone principal do contato	() - Extensão:
Este telefone possui tecnologia de acessibilidade?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Número de telefone do contato secundário	() - Extensão:
Este telefone possui tecnologia de acessibilidade?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Endereço de e-mail do contato	
*Nome do contato adicional	
*Tipo de contato (selecione apenas um)	<input type="checkbox"/> Contato de Emergência Secundário <input type="checkbox"/> Cuidador <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Vizinho <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Farmacêutico <input type="checkbox"/> Prestador de Assistência Médica Domiciliar <input type="checkbox"/> Provedor de Equipamento Médico Domiciliar <input type="checkbox"/> Provedor de Cuidados Paliativos <input type="checkbox"/> Provedor de Oxigênio <input type="checkbox"/> Clínica de Diálise <input type="checkbox"/> Outro Provedor de Serviços Médicos <input type="checkbox"/> Contato Fora da Área <input type="checkbox"/> Contato de Arranjo de Moradia Alternativo
Endereço do contato	
Cidade do Contato	
Estado do Contato	
CEP do Contato	
*Número de telefone principal do contato	() - Extensão:
Este telefone possui tecnologia de acessibilidade?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Número de telefone do contato secundário	() - Extensão:
Este telefone possui tecnologia de acessibilidade?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Endereço de e-mail do contato	
Informações adicionais do condado	
*Haverá o acompanhamento de um cuidador até o abrigo?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

ANIMAIS DE SERVIÇO DO INSCRITO		
*Tipo de animal (selecione apenas um)	*Obrigatório devido à incapacidade	*Trabalho ou tarefa que o animal foi treinado para realizar
<input type="checkbox"/> Cão <input type="checkbox"/> Cavalo em miniatura	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
<input type="checkbox"/> Cão <input type="checkbox"/> Cavalo em miniatura	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
<input type="checkbox"/> Cão <input type="checkbox"/> Cavalo em miniatura	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	



Registro de Necessidades Especiais da Flórida

Informações de registro – Condado de Broward

EQUIPAMENTO DO INSCRITO													
Indique o equipamento clinicamente necessário que o inscrito utiliza e que precise de energia elétrica para funcionar: (selecione todas as opções aplicáveis)	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Monitor de Apneia</td> <td><input type="checkbox"/> Monitor Cardíaco</td> <td><input type="checkbox"/> CPAP / BiPAP</td> <td><input type="checkbox"/> Cateter de Diálise</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sonda Nasogástrica</td> <td><input type="checkbox"/> Medicação Que Requer Refrigeração</td> <td><input type="checkbox"/> Nebulizador</td> <td><input type="checkbox"/> Concentrador de Oxigênio</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Bomba de Sucção</td> <td><input type="checkbox"/> Respirador</td> <td><input type="checkbox"/> Terapia de Feridas por Pressão Negativa</td> <td></td> </tr> </table> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px;">Outro:</div>	<input type="checkbox"/> Monitor de Apneia	<input type="checkbox"/> Monitor Cardíaco	<input type="checkbox"/> CPAP / BiPAP	<input type="checkbox"/> Cateter de Diálise	<input type="checkbox"/> Sonda Nasogástrica	<input type="checkbox"/> Medicação Que Requer Refrigeração	<input type="checkbox"/> Nebulizador	<input type="checkbox"/> Concentrador de Oxigênio	<input type="checkbox"/> Bomba de Sucção	<input type="checkbox"/> Respirador	<input type="checkbox"/> Terapia de Feridas por Pressão Negativa	
<input type="checkbox"/> Monitor de Apneia	<input type="checkbox"/> Monitor Cardíaco	<input type="checkbox"/> CPAP / BiPAP	<input type="checkbox"/> Cateter de Diálise										
<input type="checkbox"/> Sonda Nasogástrica	<input type="checkbox"/> Medicação Que Requer Refrigeração	<input type="checkbox"/> Nebulizador	<input type="checkbox"/> Concentrador de Oxigênio										
<input type="checkbox"/> Bomba de Sucção	<input type="checkbox"/> Respirador	<input type="checkbox"/> Terapia de Feridas por Pressão Negativa											
Indique qualquer equipamento clinicamente necessário para o inscrito que NÃO precise de energia elétrica para funcionar: (selecione todas as opções aplicáveis)	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> EpiPen</td> <td><input type="checkbox"/> Cateter Urinário de Demora (Foley)</td> <td><input type="checkbox"/> Bomba de Insulina</td> <td><input type="checkbox"/> Linha Intravenosa Periférica</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cateter PICC</td> <td><input type="checkbox"/> Cateter Port-a-Cath</td> <td><input type="checkbox"/> Oxímetro de Pulso</td> <td><input type="checkbox"/> Traqueostomia</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> EpiPen	<input type="checkbox"/> Cateter Urinário de Demora (Foley)	<input type="checkbox"/> Bomba de Insulina	<input type="checkbox"/> Linha Intravenosa Periférica	<input type="checkbox"/> Cateter PICC	<input type="checkbox"/> Cateter Port-a-Cath	<input type="checkbox"/> Oxímetro de Pulso	<input type="checkbox"/> Traqueostomia				
<input type="checkbox"/> EpiPen	<input type="checkbox"/> Cateter Urinário de Demora (Foley)	<input type="checkbox"/> Bomba de Insulina	<input type="checkbox"/> Linha Intravenosa Periférica										
<input type="checkbox"/> Cateter PICC	<input type="checkbox"/> Cateter Port-a-Cath	<input type="checkbox"/> Oxímetro de Pulso	<input type="checkbox"/> Traqueostomia										
Informações adicionais do condado													
Que tipo de respirador é usado?													
Quais são os ajustes do respirador?													
Indique qualquer outro equipamento clinicamente necessário para o inscrito que NÃO precise de energia elétrica para funcionar													

TRANSPORTE E MOBILIDADE													
O inscrito tem as seguintes necessidades de transporte: (selecione todas as opções válidas)	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Precisa de Transporte para um Abrigo</td> <td><input type="checkbox"/> Pode Ser Transportado em um Carro</td> <td><input type="checkbox"/> Pode Ser Transportado em um Ônibus</td> <td><input type="checkbox"/> Precisa Ser Transportado em um Veículo Acessível para Cadeirantes</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Precisa Ser Transportado de Maca em Uma Van</td> <td><input type="checkbox"/> Usa Cadeira de Rodas, Mas Pode Ser Transferido para um Assento de Van</td> <td><input type="checkbox"/> Requer Transporte Especial Devido ao Peso</td> <td><input type="checkbox"/> Precisa de Oxigênio Contínuo Durante o Transporte</td> </tr> </table> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px;">Cuidador(es) precisa(m) de transporte:</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 2px;">Outra(s) pessoa(s) precisa(m) de transporte para o abrigo:</div>	<input type="checkbox"/> Precisa de Transporte para um Abrigo	<input type="checkbox"/> Pode Ser Transportado em um Carro	<input type="checkbox"/> Pode Ser Transportado em um Ônibus	<input type="checkbox"/> Precisa Ser Transportado em um Veículo Acessível para Cadeirantes	<input type="checkbox"/> Precisa Ser Transportado de Maca em Uma Van	<input type="checkbox"/> Usa Cadeira de Rodas, Mas Pode Ser Transferido para um Assento de Van	<input type="checkbox"/> Requer Transporte Especial Devido ao Peso	<input type="checkbox"/> Precisa de Oxigênio Contínuo Durante o Transporte				
<input type="checkbox"/> Precisa de Transporte para um Abrigo	<input type="checkbox"/> Pode Ser Transportado em um Carro	<input type="checkbox"/> Pode Ser Transportado em um Ônibus	<input type="checkbox"/> Precisa Ser Transportado em um Veículo Acessível para Cadeirantes										
<input type="checkbox"/> Precisa Ser Transportado de Maca em Uma Van	<input type="checkbox"/> Usa Cadeira de Rodas, Mas Pode Ser Transferido para um Assento de Van	<input type="checkbox"/> Requer Transporte Especial Devido ao Peso	<input type="checkbox"/> Precisa de Oxigênio Contínuo Durante o Transporte										
O inscrito tem as seguintes dificuldades de mobilidade: (selecione todas as opções válidas)	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Precisa de Ajuda para Caminhar</td> <td><input type="checkbox"/> Precisa de Ajuda para Ser Transferido de/para a Cama e/ou Dispositivo de Mobilidade</td> <td><input type="checkbox"/> Usa um Elevador Hoyer para Sair de Uma Cama</td> <td><input type="checkbox"/> Está Acamado</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Paraplégico</td> <td><input type="checkbox"/> Quadriplégico</td> <td><input type="checkbox"/> Usa um Andador</td> <td><input type="checkbox"/> Usa Uma Bengala</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Usa Uma Cadeira de Rodas</td> <td><input type="checkbox"/> Usa uma Cadeira de Rodas Motorizada/ Scooter</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px;">Outro:</div>	<input type="checkbox"/> Precisa de Ajuda para Caminhar	<input type="checkbox"/> Precisa de Ajuda para Ser Transferido de/para a Cama e/ou Dispositivo de Mobilidade	<input type="checkbox"/> Usa um Elevador Hoyer para Sair de Uma Cama	<input type="checkbox"/> Está Acamado	<input type="checkbox"/> Paraplégico	<input type="checkbox"/> Quadriplégico	<input type="checkbox"/> Usa um Andador	<input type="checkbox"/> Usa Uma Bengala	<input type="checkbox"/> Usa Uma Cadeira de Rodas	<input type="checkbox"/> Usa uma Cadeira de Rodas Motorizada/ Scooter		
<input type="checkbox"/> Precisa de Ajuda para Caminhar	<input type="checkbox"/> Precisa de Ajuda para Ser Transferido de/para a Cama e/ou Dispositivo de Mobilidade	<input type="checkbox"/> Usa um Elevador Hoyer para Sair de Uma Cama	<input type="checkbox"/> Está Acamado										
<input type="checkbox"/> Paraplégico	<input type="checkbox"/> Quadriplégico	<input type="checkbox"/> Usa um Andador	<input type="checkbox"/> Usa Uma Bengala										
<input type="checkbox"/> Usa Uma Cadeira de Rodas	<input type="checkbox"/> Usa uma Cadeira de Rodas Motorizada/ Scooter												
Informações adicionais do condado													
*Você está registrado no Broward County Paratransit (TOPS)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não												
Se sim, qual é o seu número de identificação de cliente TOPS?													
*Você consegue chegar ao meio-fio do lado de fora de sua residência sozinho ou usando seu auxílio/dispositivo de mobilidade?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não												



Registro de Necessidades Especiais da Flórida

Informações de registro – Condado de Broward

TRANSPORTE E MOBILIDADE

*O inscrito precisa de transporte para um abrigo?

Sim Não

Se você utiliza uma cadeira de rodas, precisa de ajuda na transferência?

Sim Não

INFORMAÇÕES MÉDICAS E OUTRAS

Comportamental: (selecione todas as opções válidas)

Ansiedade Autismo Bipolar Agressivo/Violento
 Transtorno de Conduta Risco de Fuga Obsessivo/Compulsivo Transtorno de Personalidade
 Psicose Esquizofrenia Pode Representar Perigo para si Mesmo e/ou Outras Pessoas Abuso de Substâncias

Outro:

Memória: (selecione todas as opções válidas)

Alzheimer e Outras Doenças Relacionadas Demência Memória Prejudicada

Diálise: (selecione todas as opções válidas)

Hemodiálise (Hospitalar/Residencial) Diálise peritoneal

Nome da seguradora principal:

Frequência de diálise: (selecione apenas uma)

1 vez por semana 2 vezes por semana 3 vezes por semana 4 vezes por semana
 5 vezes por semana 6 vezes por semana 7 vezes por semana (diariamente)

Número de identificação do seguro:

Tipo de oxigênio: (selecione apenas um)

Gasoso Líquido

Você tem uma ordem de Não Reanimar (DNR)? IMPORTANTE: Em caso afirmativo, lembre-se de levar a cópia original amarela com você para o abrigo de necessidades especiais.

Sim Não

Fluxo de litro de oxigênio/quantidade: (selecione apenas um)

0,5 1,0 1,5 2,0
 2,5 3,0 3,5 4,0
 4,5 5,0 5,5 6,0
 6,5 7,0 > 7,0

Modo de administração do oxigênio: (selecione apenas um)

Máscara Cânula nasal Máscara de Oxigênio de Traqueostomia

Número do Medicare:

Número do Medicaid:

Alergias e reações a medicamentos (liste todos)

Você precisa de ajuda para administrar seus medicamentos?

Sim Não

Outro: (selecione todas as opções válidas)

Deficiência Visual Parcialmente Cego Cego Deficiência Auditiva
 Surdo ELA (ALS) Artrite/Osteoporose Angina
 Asma Câncer Paralisia Cerebral Insuficiência Cardíaca



Registro de Necessidades Especiais da Flórida

Informações de registro – Condado de Broward

INFORMAÇÕES MÉDICAS E OUTRAS

	<input type="checkbox"/> DPOC (COPD)	<input type="checkbox"/> Fibrose Cística	<input type="checkbox"/> Diabetes (Tipo 1)	<input type="checkbox"/> Diabetes (Tipo 2)
	<input type="checkbox"/> Incontinência	<input type="checkbox"/> Sonda IV	<input type="checkbox"/> Não fala	<input type="checkbox"/> Dificuldade em Entender Instruções Verbais
	<input type="checkbox"/> Dificuldade de Fala	<input type="checkbox"/> Enfisema	<input type="checkbox"/> Doença Cardíaca	<input type="checkbox"/> Hipertensão (Pressão Alta)
	<input type="checkbox"/> Hipotensão (Pressão Baixa)	<input type="checkbox"/> Doença Renal	<input type="checkbox"/> EM (MS)	<input type="checkbox"/> Distrofia Muscular
	<input type="checkbox"/> Colostomia	<input type="checkbox"/> Ileostomia	<input type="checkbox"/> Urostomia	<input type="checkbox"/> Marcapasso/AICD
	<input type="checkbox"/> Parkinson	<input type="checkbox"/> Sonda de Diálise Peritoneal	<input type="checkbox"/> AVC	
Escaras (úlceras de decúbito):				
Doença contagiosa:				
Alergias e reações a alimentos:				
Convulsões:				
Outro:				

MEDICAMENTOS DO INSCRITO (use outra folha se precisar de mais espaço)

*Nome da medicação	Dosagem	Via	Requer refrigeração
		<input type="checkbox"/> Autoinjeter <input type="checkbox"/> Injeção <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Subcutâneo <input type="checkbox"/> Sublingual <input type="checkbox"/> Transdermal <input type="checkbox"/> Inalação	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		<input type="checkbox"/> Autoinjeter <input type="checkbox"/> Injeção <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Subcutâneo <input type="checkbox"/> Sublingual <input type="checkbox"/> Transdermal <input type="checkbox"/> Inalação	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		<input type="checkbox"/> Autoinjeter <input type="checkbox"/> Injeção <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Subcutâneo <input type="checkbox"/> Sublingual <input type="checkbox"/> Transdermal <input type="checkbox"/> Inalação	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		<input type="checkbox"/> Autoinjeter <input type="checkbox"/> Injeção <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Subcutâneo <input type="checkbox"/> Sublingual <input type="checkbox"/> Transdermal <input type="checkbox"/> Inalação	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		<input type="checkbox"/> Autoinjeter <input type="checkbox"/> Injeção <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Subcutâneo <input type="checkbox"/> Sublingual <input type="checkbox"/> Transdermal <input type="checkbox"/> Inalação	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

