

**CONDADO DE BROWARD  
SOLICITUD PARA REFUGIO PARA  
PERSONAS CON NECESIDADES ESPECIALES Y  
ASISTENCIA DE TRANSPORTE PARA LA EVACUACIÓN**

**INFORMACIÓN E INSTRUCCIONES**

El programa de Asistencia en el Transporte de Evacuación y Refugio para Necesidades Especiales da transporte y refugio para los residentes que no tienen un lugar seguro durante el clima peligroso u otras emergencias, o que no tienen forma de llegar al refugio. **Los residentes en instalaciones residenciales (p. ej. instalaciones de vivienda asistida, hogares de ancianos, etc.) no califican para este programa, porque estas entidades comerciales deben tener sus propios planes de evacuación de emergencia para sus clientes.** Si es posible, organice la evacuación con familiares, amigos o a un alojamiento fuera de peligro como su “Plan A”. Un refugio debe ser su “Plan B”.

**Tenga en cuenta que el refugio es un lugar de amparo de último recurso ante clima peligroso u otras emergencias.** Aunque en los refugios se prestarán los servicios básicos como comida, electricidad y supervisión médica, los clientes y los cuidadores deben traer alimentos suplementarios y todos los medicamentos para entre tres (3) y cinco (5) días.

**Los refugios para la población en general** están en edificios con grandes espacios abiertos, como las escuelas, y son una buena opción para cualquier persona que sea autosuficiente y no necesite ayuda de otros para hacer las actividades de la vida diaria. Solo se le dará espacio en el piso, por lo tanto traiga todo lo que necesite para refugiarse, como saco de dormir, silla plegable, almohada, manta, ropa, etc. Se le dará comida y agua, pero es aconsejable que también traiga algo con usted. Habrá mucha gente en los refugios, y con una gran tormenta pueden llenarse rápidamente.

**Los refugios para personas con necesidades especiales** también están en las escuelas y son para personas con condiciones médicas que no pueden tratarse en un refugio para la población en general. Se proveerá electricidad para equipos médicos. Debe tener un acompañante o cuidador adulto que lo ayude por el tiempo que pase en el refugio. Debe traer su equipo médico, medicamentos, artículos personales, dinero, etc. Su acompañante o cuidador adulto debe traer las mismas cosas, además de algo para dormir, como un catre o una silla plegable. Planeamos tener catres para los registrados, pero en una tormenta catastrófica nuestros suministros se acabarán, así que traiga las cosas imprescindibles. Su animal de servicio puede refugiarse con usted. Debe traer jaula o bolso de transporte, correa y collar, comida, suministros de limpieza, registro de vacunas y cualquier otro artículo de comodidad para las mascotas.

**Los espacios para refugios de nivel de atención mayor** en las instalaciones de administración médica (p. ej., hospitales) se asignan a personas con problemas médicos que son inmanejables en un refugio para necesidades especiales. Los refugios estarán en pasillos, salas de reuniones u otros espacios grandes de congregación y no se prestará atención médica. **DEBE tener un acompañante o cuidador adulto que se esté con usted durante toda la estancia.** Debe traer su equipo médico, medicamentos, artículos personales, dinero, comida (la comida se puede comprar), etc. Su cuidador necesitará traer los mismos artículos y algo donde dormir. NO puede traer mascotas ni animales de apoyo emocional para refugiarse en el hospital (**SOLO animales de servicio**).

**El transporte** a los refugios se puede coordinar por adelantado completando esta solicitud.



**IR A LA PÁGINA  
SIGUIENTE**

**CONDADO DE BROWARD  
SOLICITUD PARA REFUGIO PARA  
PERSONAS CON NECESIDADES ESPECIALES Y  
ASISTENCIA DE TRANSPORTE PARA LA EVACUACIÓN**

---

Tenga en cuenta que se espera que todos los residentes del condado de Broward hagan sus propios planes para evacuar con sus familias y mascotas. Es importante que todos sean responsables de su propia seguridad y planeen adónde ir, a quién contactar, qué llevar y cómo llegar. Sin embargo, el Condado tiene en cuenta que algunas personas pueden necesitar ayuda. Las personas en alguna de las siguientes categorías son elegibles para recibir asistencia del Condado:

- Aquellos que necesiten transporte especial o no tengan transporte; o
- Aquellos cuyas necesidades médicas les impidan evacuar por su cuenta.

***Tenga en cuenta que al procesar su solicitud, un representante de la División de manejo de emergencias de Broward (Broward Emergency Management Division, BEMD) o del Departamento de Salud (Department of Health, DOH) de Broward se comunicará con usted si necesita más información.***

---

**Lo que debe saber para estar listo para la evacuación**

- **NO** espere una orden de evacuación para pedir que lo agreguen al registro.
    - *Los recursos son limitados y los clientes registrados previamente tendrán prioridad en caso de emergencia.*
  - Los refugios para necesidades especiales no dan el mismo nivel de atención que los centros de atención médica.
  - Debe tener un acompañante o cuidador que lo ayude por el tiempo que pase el refugio.
  - Debe traer su equipo médico, medicamentos, artículos personales, dinero, etc.
  - Si tiene una dieta especial, lleve consigo la comida necesaria para garantizar el máximo nivel de comodidad.
- 

**DEBE COMPLETAR TODAS LAS SECCIONES DE ESTA SOLICITUD.**

**LOS SOLICITANTES QUE CUMPLAN LOS CRITERIOS DE MAYOR NIVEL DE ATENCIÓN DEBEN ENVIAR UNA NUEVA SOLICITUD CADA AÑO.**

Si más de una persona en su grupo familiar necesita asistencia médica durante las evacuaciones, cada persona debe completar una solicitud por separado. Se le enviarán instrucciones especiales cuando se haya aprobado su solicitud.

Si tiene alguna pregunta, llame al BEMD al 954-831-3902.

Guarde una copia de la solicitud completada y envíe el original por correo a:

**Broward Emergency Management Division  
ATTN: Special Needs Shelter and Evacuation Transportation Assistance Program  
201 NW 84<sup>th</sup> Avenue, Plantation, FL 33324**



**IR A LA PÁGINA  
SIGUIENTE**



**CONDADO DE BROWARD  
SOLICITUD PARA REFUGIO PARA  
PERSONAS CON NECESIDADES ESPECIALES Y  
ASISTENCIA DE TRANSPORTE PARA LA EVACUACIÓN**

**INSTRUCCIONES:**

Complete este formulario y envíelo por correo al condado de Broward para registrar a una persona en el Registro de necesidades especiales de Florida (Florida Special Needs Registry). Este formulario no es necesario si ya se registró en línea. Los campos obligatorios se indican con un asterisco (\*).

**ESCRIBA CLARAMENTE EN LETRA DE MOLDE**

**Correo:** Broward Emergency Management Division  
ATTN: Special Needs Shelter and Evacuation Transportation Assistance Program  
201 NW 84th Avenue  
Plantation, FL 33324

**INFORMACIÓN PERSONAL SOBRE EL REGISTRANTE**

*Nombre	
Segundo nombre	
*Apellido	
Sufijo	
*Fecha de nacimiento	
*Género (seleccione solo uno)	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> No binario <input type="checkbox"/> Prefiero no decir
*Estatura	Pies:                      Pulgadas:
*Peso (libras)	
Situación de vivienda (seleccione solo una)	<input type="checkbox"/> Vivo solo <input type="checkbox"/> Vivo con un familiar o cuidador <input type="checkbox"/> Otra situación de vivienda
*Primer idioma	
Segundo idioma	
Veterano	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Últimos 4 dígitos del número de Seguro Social (SSN)	
Dirección de correo electrónico	
¿Está completando este formulario en nombre del registrante? Si es así, indique su relación con el registrante (seleccione solo una)	<input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Cuidador <input type="checkbox"/> Vecino <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Proveedor de atención médica domiciliaria <input type="checkbox"/> Personal de manejo de emergencias del Condado <input type="checkbox"/> Personal del Departamento de salud del Condado <input type="checkbox"/> Personal estatal del Departamento de salud (DOH)

**Información adicional del Condado**

*Nombre de la persona que completa este formulario en nombre del registrante	
Número de teléfono de la persona que completa este formulario en nombre del registrante	
*Si se seleccionó Otra situación de vida, describa	

**DIRECCIÓN DEL REGISTRANTE (se requiere dirección física)**

*Dirección física (no puede ser un apartado postal)	
*Ciudad física	
*Estado físico	FL
*Código postal físico	
Nombre del complejo, subdivisión o parque de casas móviles	
¿La casa en esta dirección es una casa móvil?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No



## Registro de personas con necesidades especiales de Florida Información de registro - Condado de Broward

DIRECCIÓN DEL REGISTRANTE (se requiere dirección física)	
¿La casa en esta dirección es un rascacielos o una casa de varios pisos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Esta casa tiene escaleras?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Hay una puerta que requiera un código para entrar?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Vive en esta dirección todo el año?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No      Si la respuesta es No, desde el mes: _____ Al mes: _____
Dirección de envío postal (si es diferente de la que se indicó arriba)	
Ciudad de envío postal	
Estado de envío postal	
Código postal de envío postal	
Información adicional del Condado	
*¿Cuál es el código de la puerta?	

NÚMEROS DE TELÉFONO DEL REGISTRANTE (se requiere un número de teléfono principal y al menos otro)				
*Número de teléfono	Extensión	*Tipo de teléfono (seleccione solo uno)	Primario	Compatible con TTY/TDD
(    ) -		<input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Número de celular	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
(    ) -		<input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Número de celular	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
(    ) -		<input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Número de celular	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

CONTACTO PRINCIPAL DE EMERGENCIA PARA EL REGISTRANTE (Exigido)	
*Nombre del contacto principal de emergencia	
Dirección del contacto	
Ciudad del contacto	
Estado del contacto	
Código postal del contacto	
*Número de teléfono del contacto principal	(    ) -      Extensión:
¿Este teléfono es compatible con TTY/TDD?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Número de teléfono secundario del contacto	(    ) -      Extensión:
¿Este teléfono es compatible con TTY/TDD?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Email del contacto	

OTROS CONTACTOS DEL REGISTRANTE (requerido)	
*Otro nombre de contacto	
*Tipo de contacto (seleccione solo uno)	<input type="checkbox"/> Contacto secundario de emergencia <input type="checkbox"/> Cuidador <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Vecino <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Farmacia <input type="checkbox"/> Proveedor de atención médica domiciliaria <input type="checkbox"/> Proveedor de equipo médico domiciliario <input type="checkbox"/> Proveedor de atención para enfermos terminales <input type="checkbox"/> Proveedor de oxígeno <input type="checkbox"/> Clínica de diálisis <input type="checkbox"/> Otro proveedor médico <input type="checkbox"/> Contacto fuera del área
Dirección del contacto	

## Registro de personas con necesidades especiales de Florida Información de registro - Condado de Broward

### OTROS CONTACTOS DEL REGISTRANTE (opcional)

Ciudad del contacto			
Estado del contacto			
Código postal del contacto			
*Número de teléfono del contacto principal	(    ) -	Extensión:	
¿Este teléfono es compatible con TTY/TDD?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
Número de teléfono secundario del contacto	(    ) -	Extensión:	
¿Este teléfono es compatible con TTY/TDD?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
Email del contacto			
*Otro nombre de contacto			
*Tipo de contacto (seleccione solo uno)	<input type="checkbox"/> Contacto secundario de emergencia <input type="checkbox"/> Cuidador <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Vecino <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Farmacia <input type="checkbox"/> Proveedor de atención médica domiciliaria <input type="checkbox"/> Proveedor de equipo médico domiciliario <input type="checkbox"/> Proveedor de atención para enfermos terminales <input type="checkbox"/> Proveedor de oxígeno <input type="checkbox"/> Clínica de diálisis <input type="checkbox"/> Otro proveedor médico <input type="checkbox"/> Contacto fuera del área		
Dirección del contacto			
Ciudad del contacto			
Estado del contacto			
Código postal del contacto			
*Número de teléfono principal del contacto	(    ) -	Extensión:	
¿Este teléfono es compatible con TTY/TDD?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
Número de teléfono secundario del contacto	(    ) -	Extensión:	
¿Este teléfono es compatible con TTY/TDD?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
Email del contacto			

### ANIMALES DE SERVICIO DEL REGISTRANTE

*Tipo de animal (seleccione solo uno)	*Requerido por discapacidad			*Trabajo o tarea para los que se entrenó al animal
<input type="checkbox"/> Perro <input type="checkbox"/> Caballo miniatura	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
<input type="checkbox"/> Perro <input type="checkbox"/> Caballo miniatura	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
<input type="checkbox"/> Perro <input type="checkbox"/> Caballo miniatura	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

### EQUIPO DEL REGISTRANTE

Indique el equipo médico necesario para este registrante que dependa de la electricidad: (seleccione todos los que correspondan)	<input type="checkbox"/> Monitor de apnea <input type="checkbox"/> Bomba de alimentación <input type="checkbox"/> Bomba de succión	<input type="checkbox"/> Monitor cardíaco <input type="checkbox"/> Medicamentos que requieren refrigeración <input type="checkbox"/> Ventilador	<input type="checkbox"/> CPAP/BiPAP <input type="checkbox"/> Nebulizador <input type="checkbox"/> Drenaje al vacío	<input type="checkbox"/> Catéter de diálisis <input type="checkbox"/> Concentrador de oxígeno
Otro:				

## Registro de personas con necesidades especiales de Florida Información de registro - Condado de Broward

EQUIPO DEL REGISTRANTE	
Indique cualquier equipo médico necesario para este registrante que NO dependa de la electricidad: (seleccione todas las opciones que correspondan)	<input type="checkbox"/> Catéter urinario permanente <input type="checkbox"/> Bomba de insulina <input type="checkbox"/> Vía intravenosa periférica <input type="checkbox"/> Vía periférica <input type="checkbox"/> Oxímetro de pulso <input type="checkbox"/> Traqueostomía <input type="checkbox"/> Port-a-Cath
Información adicional del Condado	
*Tipo de respirador	
*Configuración del respirador	
*OTRO equipo médico necesario para este registrante que NO dependa de la electricidad, especifique	

TRANSPORTE Y MOVILIDAD	
El registrante tiene las siguientes necesidades de transporte: (seleccione todo lo que corresponda)	<input type="checkbox"/> Puede transportarse en auto <input type="checkbox"/> Puede transportarse en autobús <input type="checkbox"/> Debe transportarse en un vehículo accesible para sillas de ruedas <input type="checkbox"/> Debe transportarse en camilla <input type="checkbox"/> Usa silla de ruedas pero puede trasladarse a un asiento de camioneta <input type="checkbox"/> Su peso requiere un transporte especial <input type="checkbox"/> Necesita oxígeno continuo durante el transporte <input type="checkbox"/> Solo necesita transporte a un refugio
El registrante tiene los siguientes problemas de movilidad: (seleccione todo lo que corresponda)	<input type="checkbox"/> Necesita ayuda para caminar <input type="checkbox"/> Necesita ayuda para subir y bajar de un catre <input type="checkbox"/> Usa una polea para levantarse de un catre <input type="checkbox"/> Está paralizado (total o parcialmente) <input type="checkbox"/> Usa andador <input type="checkbox"/> Usa un bastón <input type="checkbox"/> Usa una silla de ruedas motorizada/scooter <input type="checkbox"/> Está confinado a una cama <input type="checkbox"/> Usa una silla de ruedas
	Otra:

Información adicional del Condado	
*OTROS El registrante tiene las siguientes necesidades de transporte, especifique	
*¿Está registrado en el Paratransit del Condado de Broward (TOPS)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
*En caso afirmativo, ¿cuál es su número de identificación de cliente de TOPS?	
*Si usa una silla de ruedas, ¿necesita ayuda para trasladarse?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
*¿Puede llegar al bordillo fuera de su casa sin ayuda?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

INFORMACIÓN MÉDICA Y OTROS	
Comportamiento: (seleccione todo lo que corresponda)	<input type="checkbox"/> Autismo <input type="checkbox"/> Bipolar <input type="checkbox"/> Combativo/violento <input type="checkbox"/> Trastorno de conducta <input type="checkbox"/> Obsesivo compulsivo <input type="checkbox"/> Trastorno de personalidad <input type="checkbox"/> Psicosis <input type="checkbox"/> Esquizofrenia <input type="checkbox"/> Conducta autodestructiva o peligro para otros <input type="checkbox"/> Abuso de sustancias
	Otra:
Memoria: (seleccione todas las que correspondan)	<input type="checkbox"/> Alzheimer y demencias relacionadas <input type="checkbox"/> Demencia <input type="checkbox"/> Memoria deteriorada
Diálisis: (seleccione todas las que correspondan)	<input type="checkbox"/> Hemodiálisis (centro/casa) <input type="checkbox"/> Diálisis peritoneal

## Registro de personas con necesidades especiales de Florida Información de registro - Condado de Broward

INFORMACIÓN MÉDICA Y OTROS																																																				
Frecuencia de diálisis: (seleccione solo uno)	<input type="checkbox"/> 1 vez a la semana <input type="checkbox"/> 2 veces a la semana <input type="checkbox"/> 3 veces a la semana <input type="checkbox"/> 4 veces a la semana <input type="checkbox"/> 5 veces a la semana <input type="checkbox"/> 6 veces por semana <input type="checkbox"/> 7 veces a la semana (diariamente)																																																			
Tipo de oxígeno: (seleccione solo uno)	<input type="checkbox"/> Gaseoso <input type="checkbox"/> Líquido																																																			
Flujo/cantidad de litros de oxígeno: (seleccione solo uno)	<input type="checkbox"/> 1.0 <input type="checkbox"/> 1.5 <input type="checkbox"/> 2.0 <input type="checkbox"/> 2.5 <input type="checkbox"/> 3.0 <input type="checkbox"/> 3.5 <input type="checkbox"/> 4.0 <input type="checkbox"/> 4.5 <input type="checkbox"/> 5.0 <input type="checkbox"/> 5.5 <input type="checkbox"/> 6.0 <input type="checkbox"/> 6.5 <input type="checkbox"/> 7.0																																																			
Modo de administración de oxígeno: (seleccione solo uno)	<input type="checkbox"/> Enmascarar <input type="checkbox"/> Cánula nasal <input type="checkbox"/> Collar de traqueostomía																																																			
Alergias y reacciones a medicamentos (enumerar todos)																																																				
¿Necesita ayuda con la administración de sus medicamentos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																																																			
Otro: (seleccione todo lo que corresponda)	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 25%; border: none;"><input type="checkbox"/> Discapacidad visual</td> <td style="width: 25%; border: none;"><input type="checkbox"/> Parcialmente ciego</td> <td style="width: 25%; border: none;"><input type="checkbox"/> Legalmente ciego</td> <td style="width: 25%; border: none;"><input type="checkbox"/> Discapacidad auditiva</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Sordo</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> ALS</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Artritis/osteoporosis</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Ansiedad</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Angina</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Asma</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Escaras (úlceras de decúbito)</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Cáncer</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Parálisis cerebral</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD)</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Fibrosis quística</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Diabetes</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Incontinencia</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Bomba IV</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Riesgo de fuga</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> No verbal</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Dificultad para entender las instrucciones verbales</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Enfisema</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Presión arterial alta</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Enfermedad renal</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> EM</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Ostomía (colostomía, ileostomía, urostomía)</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Marcapasos/AICD</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Parkinsons</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Bomba de diálisis peritoneal</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> convulsiones</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="border: none;"><input type="checkbox"/> Derrame cerebral</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="border: none;">Enfermedad contagiosa:</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="border: none;">Alergias y reacciones a la comida:</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="border: none;">Otra:</td> </tr> </table>				<input type="checkbox"/> Discapacidad visual	<input type="checkbox"/> Parcialmente ciego	<input type="checkbox"/> Legalmente ciego	<input type="checkbox"/> Discapacidad auditiva	<input type="checkbox"/> Sordo	<input type="checkbox"/> ALS	<input type="checkbox"/> Artritis/osteoporosis	<input type="checkbox"/> Ansiedad	<input type="checkbox"/> Angina	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Escaras (úlceras de decúbito)	<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Parálisis cerebral	<input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva	<input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD)	<input type="checkbox"/> Fibrosis quística	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Incontinencia	<input type="checkbox"/> Bomba IV	<input type="checkbox"/> Riesgo de fuga	<input type="checkbox"/> No verbal	<input type="checkbox"/> Dificultad para entender las instrucciones verbales	<input type="checkbox"/> Enfisema	<input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/> Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> Enfermedad renal	<input type="checkbox"/> EM	<input type="checkbox"/> Ostomía (colostomía, ileostomía, urostomía)	<input type="checkbox"/> Marcapasos/AICD	<input type="checkbox"/> Parkinsons	<input type="checkbox"/> Bomba de diálisis peritoneal	<input type="checkbox"/> convulsiones	<input type="checkbox"/> Derrame cerebral				Enfermedad contagiosa:				Alergias y reacciones a la comida:				Otra:			
<input type="checkbox"/> Discapacidad visual	<input type="checkbox"/> Parcialmente ciego	<input type="checkbox"/> Legalmente ciego	<input type="checkbox"/> Discapacidad auditiva																																																	
<input type="checkbox"/> Sordo	<input type="checkbox"/> ALS	<input type="checkbox"/> Artritis/osteoporosis	<input type="checkbox"/> Ansiedad																																																	
<input type="checkbox"/> Angina	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Escaras (úlceras de decúbito)	<input type="checkbox"/> Cáncer																																																	
<input type="checkbox"/> Parálisis cerebral	<input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva	<input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD)	<input type="checkbox"/> Fibrosis quística																																																	
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Incontinencia	<input type="checkbox"/> Bomba IV	<input type="checkbox"/> Riesgo de fuga																																																	
<input type="checkbox"/> No verbal	<input type="checkbox"/> Dificultad para entender las instrucciones verbales	<input type="checkbox"/> Enfisema	<input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca																																																	
<input type="checkbox"/> Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> Enfermedad renal	<input type="checkbox"/> EM	<input type="checkbox"/> Ostomía (colostomía, ileostomía, urostomía)																																																	
<input type="checkbox"/> Marcapasos/AICD	<input type="checkbox"/> Parkinsons	<input type="checkbox"/> Bomba de diálisis peritoneal	<input type="checkbox"/> convulsiones																																																	
<input type="checkbox"/> Derrame cerebral																																																				
Enfermedad contagiosa:																																																				
Alergias y reacciones a la comida:																																																				
Otra:																																																				
Nombre de la compañía principal de seguros:																																																				
Número de identificación del seguro:																																																				
N.º de Medicare:																																																				
N.º de Medicaid:																																																				
Información adicional del Condado																																																				
Orden de diálisis																																																				
Flujo/cantidad de litros de oxígeno, SI SE NECESITAN OTROS																																																				

MEDICAMENTOS DEL REGISTRANTE (Use papel adicional si necesita más espacio)				
*Nombre del medicamento	Dosis	Vía		Requiere refrigeración
		<input type="checkbox"/> Inyector automático <input type="checkbox"/> Inyección <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> Boca <input type="checkbox"/> Subcutáneo <input type="checkbox"/> Sublingual <input type="checkbox"/> Transdérmico		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No



### Registro de personas con necesidades especiales de Florida Información de registro - Condado de Broward

MEDICAMENTOS DEL REGISTRANTE (Use papel adicional si necesita más espacio)				
*Nombre del medicamento	Dosis	Vía		Requiere refrigeración
		<input type="checkbox"/> Inyector automático	<input type="checkbox"/> Inyección	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> Boca	
		<input type="checkbox"/> Subcutáneo	<input type="checkbox"/> Sublingual	
		<input type="checkbox"/> Transdérmico		
		<input type="checkbox"/> Inyector automático	<input type="checkbox"/> Inyección	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> Boca	
		<input type="checkbox"/> Subcutáneo	<input type="checkbox"/> Sublingual	
		<input type="checkbox"/> Transdérmico		
		<input type="checkbox"/> Inyector automático	<input type="checkbox"/> Inyección	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> Boca	
		<input type="checkbox"/> Subcutáneo	<input type="checkbox"/> Sublingual	
		<input type="checkbox"/> Transdérmico		
		<input type="checkbox"/> Inyector automático	<input type="checkbox"/> Inyección	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> Boca	
		<input type="checkbox"/> Subcutáneo	<input type="checkbox"/> Sublingual	
		<input type="checkbox"/> Transdérmico		

OTRAS NOTAS SOBRE EL REGISTRANTE





**CONDADO DE BROWARD  
SOLICITUD PARA REFUGIO PARA  
PERSONAS CON NECESIDADES ESPECIALES Y  
ASISTENCIA DE TRANSPORTE PARA LA EVACUACIÓN**

**AVISO IMPORTANTE Y DECLARACIÓN DE ENTENDIMIENTO**

1. La información que se incluye en el presente es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Comprendo que en caso de aceptar, se brindará asistencia únicamente mientras dure la emergencia, y que debo hacer otros preparativos en caso de que no pueda regresar al mi hogar.
2. Entiendo que, en base a esta solicitud y a los datos que di, el Departamento de Salud de Florida en el Condado de Broward, junto a la División de Manejo de Emergencias del Condado de Broward, determinarán qué asistencia de evacuación de emergencia y refugio, si corresponde, podrá dar este programa.
3. Entiendo que el registro es voluntario y, por la presente, pido registrarme en el programa de Asistencia en el Transporte de Evacuación y Refugio para Necesidades Especiales.
4. Los refugios de emergencia, incluidos los refugios para necesidades especiales, están disponibles para darme protección y deben considerarse un **refugio de último recurso** (si no hay otras opciones disponibles).
5. Debo traer un cuidador mientras estoy en el refugio.
6. En los refugios para necesidades especiales habrá servicios de enfermería, asistencia médica, suministros y equipo limitados disponibles para ayudarme a mí o a mi cuidador.
7. Seré responsable de cualquier cargo y costo asociado con la hospitalización u otras instalaciones médicas, incluida la atención y el transporte médico si fuera necesario.
8. **Transporte:** Es posible que me pidan que evacue mi residencia. Se hará todo lo posible para avisar con antelación por teléfono la fecha y hora en que se espera que me recojan para transportarme a un refugio. Entiendo que, si rechazo el transporte cuando llegue el transportista, es posible que no tenga otra oportunidad de pedir este servicio.
9. Al firmar este formulario, autorizo que la información médica incluida aquí se comparta con el Departamento de Servicios Humanos del Condado de Broward (Broward County Human Services Department), Departamento de Salud de Florida en el Condado de Broward, Memorial Health Care System, Holy Cross Hospital, Broward Health, Cleveland Clinic y otros hospitales, los centros médicos y proveedores, la División de Tránsito del Condado de Broward (Broward County Transit Division) y la División de Manejo de Emergencias del Condado de Broward (Broward County Emergency Management Division), para evaluar mis necesidades y darme transporte y refugio. Los registros relacionados con el registro de ciudadanos discapacitados están exentos de las disposiciones de F.S. 119.07 (1), Ley de Registros Públicos. Salvo que se disponga lo contrario en la presente autorización, la información que proporcione se mantendrá en estado confidencial.

---

**Firma del solicitante/Tutor/Cuidador autorizado/  
Persona que completa la solicitud**

---

**Fecha**

---

**Nombre en letra de molde**

---

**Número de teléfono**

**Las solicitudes completas deben enviarse por correo a:**

Broward Emergency Management Division  
ATTN: Special Needs Shelter and Evacuation Transportation Assistance Program  
201 NW 84<sup>th</sup> Avenue, Plantation, FL 33324