

Condado de Broward - Solicitação de Abrigo de Cuidados Especiais e de Assistência com Transporte para Evacuação

Obrigado pelo seu interesse no Abrigo de Cuidados Especiais para Adultos do Condado de Broward. Esclarecemos que o abrigo é um local de refúgio de última instância para casos de condições climáticas perigosas ou outras emergências. Embora os serviços básicos como alimentação, eletricidade e supervisão médica sejam fornecidos, os clientes e cuidadores devem fornecer alimentação suplementar e todos os medicamentos durante os 3 (três) primeiros dias. Lembre-se: leitos serão disponibilizados para clientes. Os leitos podem não estar disponíveis para os cuidadores.

INFORMAÇÕES DE CONTATO DO CLIENTE

Sobrenome: _____ Nome: _____ Inm: _____

Endereço Físico: _____ Prédio nº: _____ Apto/casa: _____

Complexo/Subdivisão: _____ Cidade: _____ Cep: _____

Tipo De Residência: Unifamiliar Apartamento/Em qual piso? _____ Condomínio/Em qual piso? _____
Móvel/Fabricado Veículo recreativo Barco

Endereço De Correspondência (se for diferente do acima fornecido): _____

Situação De Moradia: Sozinho(a) Com parente(s) Outra _____

Nasc. (Obrigatório) ___/___/___ Idade: _____ Sexo: Masculino: Feminino Outro Sem resposta

Você Pesa Mais Que (205 Kgs / 450 Lbs)? Sim Não

Telefone Principal N°: _____ Telefone Alternativo N°: _____ E-Mail _____

O Seu Telefone Principal É Tty/Ttd (Teletipo)? Sim Não

Qual É Seu Principal Idioma? _____ Origem Étnica _____

INFORMAÇÕES DE CONTATO DE EMERGÊNCIA

1. Nome: _____ Relacionamento _____

Telefone Principal N° _____ Telefone Alternativo N° _____ E-Mail _____

Se Você Marcar Esta Opção, Permitirá Que As Informações Clínicas Sejam Compartilhadas Com Este Indivíduo

2. Nome: _____ Relacionamento _____

Telefone Principal N° _____ Telefone Alternativo N° _____ E-Mail _____

Se Você Marcar Esta Opção, Permitirá Que As Informações Clínicas Sejam Compartilhadas Com Este Indivíduo

Ao Menos Um Contato De Emergência Deve Ser Fornecido

ASSISTÊNCIA COM TRANSPORTE

Você está registrado no TOPS? Sim () Não (), Se sim, qual é o seu número PIN? _____

1. Você precisa de transporte para um abrigo? Sim () Não ()
2. **Auxílio De Locomoção:** **Tanpri make yon kwa pou TOUT bon repons yo:**
() Consigo andar sem apoio () Bengala () Muleta () Andador () Triciclo elétrico
() Cadeira de rodas manual () Cadeira de rodas elétrica () Confinado a uma cama
() Leito hospitalar em casa () Utilizo um elevador especial para sair da cama
3. Você precisa de ajuda ao caminhar? Sim () Não ()
4. Caso utilize uma Cadeira de rodas, necessita de ajuda na transferência? Sim () Não ()
5. Marque a opção que se aplica a você:
 - a. ___ Eu não consigo sair de casa
 - b. ___ Eu consigo chegar até a calçada da minha casa
6. Você é cego ou tem perda de visão? Sim () Não ()
7. Você tem cão-de-serviço? Sim () Não (), Se sim, de qual raça? _____
8. Você consegue dormir em um leito médico portátil (veja informações abaixo)? () Sim () Não



- a. 45 centímetros de altura (altura da cadeira de rodas)
- b. 81 centímetros de largura x 2 metros de comprimento

9. Alguém virá como seu acompanhante para o abrigo? () Sim () Não
 - a. Se sim, nome/relacionamento: _____
 - b. Total de pessoas a serem recolhidas neste endereço: _____
 - c. Número de pessoas que precisam de cadeira de rodas: _____

INFORMAÇÃO MÉDICA		
Médico Principal: _____	Tel.: _____	
Agência De Saúde Residencial: _____	Tel.: _____	
Provedor De Cuidados Paliativos: _____	Tel.: _____	
Provedor De Equipamento Médico Residencial: _____	Tel.: _____	
Centro De Diálise: _____	Tel.: _____	
Fornecedor De Oxigênio: _____	Tel.: _____	

CUIDADOS ESPECIAIS (marque todos os que se aplicam)		
<p style="text-align: center;">Equipamentos elétricos</p> <p><input type="checkbox"/> Monitor de apneia</p> <p><input type="checkbox"/> Máquina BIPAP ou CPAP</p> <p><input type="checkbox"/> Monitor cardíaco (coração)</p> <p><input type="checkbox"/> Bomba de sonda nasogástrica</p> <p><input type="checkbox"/> Medicação intravenosa: Especifique: _____</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> Medicação que exige refrigeração</p> <p><input type="checkbox"/> Nebulizador</p> <p><input type="checkbox"/> Dependente de oxigênio:</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 24 horas</p> <p style="padding-left: 40px;">Durante a noite</p> <p style="padding-left: 40px;">Concentrador</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Tanque portátil</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Fluxo em litros por minuto _____</p> <p>Bomba de sucção</p> <p>Ventilador/respirador (Máquina que envia e retira o ar dos pulmões pois você não consegue realizar a respiração sozinho)</p>	<p style="text-align: center;">Assistência com cuidados diários</p> <p><input type="checkbox"/> Ir ao banheiro</p> <p><input type="checkbox"/> Tomar medicação</p> <p><input type="checkbox"/> Alimentação</p> <p><input type="checkbox"/> Caminhar mais do que 50 pés.</p> <p><input type="checkbox"/> Sair da cama</p> <p><input type="checkbox"/> Vestir-se</p>	<p style="text-align: center;">Equipamento especial:</p> <p><input type="checkbox"/> Sonda nasogástrica</p> <p><input type="checkbox"/> Sonda de Foley para urina</p> <p><input type="checkbox"/> Equipamento intravenoso</p> <p><input type="checkbox"/> Tubo de traqueostomia</p> <p><input type="checkbox"/> Outros _____</p> <p>_____</p>

Sobrenome: _____

Nome: _____

Iniciais dos nomes do meio _____

Condições psicológicas	Neurológico/Sensorial	Cuidados especiais
<input type="checkbox"/> Alzheimer/demência (necessita de cuidador) <input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Autismo <input type="checkbox"/> Transtorno de conduta <input type="checkbox"/> Depressão <input type="checkbox"/> Transtorno obsessivo compulsivo <input type="checkbox"/> Psicose controlada por medicamento <input type="checkbox"/> Psicose não controlada por medicamento <input type="checkbox"/> Outros diagnósticos psiquiátricos: _____ _____	<input type="checkbox"/> Cegueira/deficiência visual <input type="checkbox"/> Surdez/deficiência auditiva <input type="checkbox"/> Dificuldade de deglutir alimentos ou líquidos <input type="checkbox"/> Convulsão controlada por medicamento <input type="checkbox"/> Convulsão não controlada por medicamento	<input type="checkbox"/> Cateter de Foley <input type="checkbox"/> Feridas abertas/escaras <input type="checkbox"/> Tratamento de feridas por pressão negativa <input type="checkbox"/> Incontinência Urinária Fecal <input type="checkbox"/> Ostomia <input type="checkbox"/> Fralda Adulta <input type="checkbox"/> Traqueostomia <input type="checkbox"/> Diálise: n° _____ dias por semana Hemodiálise () Diálise peritoneal () <input type="checkbox"/> Dieta especial _____

DIAGNÓSTICO (marque todos os que se aplicam)

Doença crônica estável	<input type="checkbox"/> Afasia (dificuldade para se comunicar) <input type="checkbox"/> Asma controlada por medicamentos <input type="checkbox"/> não controlada por medicamentos <input type="checkbox"/> Doença cardíaca controlada por medicamentos <input type="checkbox"/> não controlada por medicamentos <input type="checkbox"/> Câncer Especifique: _____ <input type="checkbox"/> Doença contagiosa Especifique: _____ Diabetes/nível elevado de açúcar no sangue <input type="checkbox"/> Dependente de insulina <input type="checkbox"/> Fraturas (cuidado de pinos/troca de curativos) <input type="checkbox"/> Hemofilia <input type="checkbox"/> Infecção Especifique: _____ <input type="checkbox"/> Doença pulmonar (DPOC / enfisema / bronquite) <input type="checkbox"/> SARM Déficit neurológico Especifique: _____ <input type="checkbox"/> Doença renal (rins) <input type="checkbox"/> Anemia falciforme <input type="checkbox"/> Erupção cutânea Especifique: _____ AVC
Doença crônica estável com deficiência de mobilidade	<input type="checkbox"/> Paralisia cerebral <input type="checkbox"/> Fragilidade/idade avançada <input type="checkbox"/> Cadeirante com doença crônica (Tal como: ELA, Acidente vascular cerebral (AVC), esclerose múltipla, distrofia muscular, etc.)
Dependente de eletricidade	Equipamento médico elétrico

Sobrenome: _____

Nome: _____

Iniciais dos
nomes do meio _____

Relacione outros problemas médicos:	_____

Alergia a medicamentos ou alimentos: Sim ou NÃO. Se sim, especifique:

MEDICAMENTO SOB PRESCRIÇÃO (anexe uma lista, se necessário)

Nome do medicamento:	Dose:	Vezes ao dia:
1. _____	1. _____	1. _____
2. _____	2. _____	2. _____
3. _____	3. _____	3. _____
4. _____	4. _____	4. _____
5. _____	5. _____	5. _____
6. _____	6. _____	6. _____
7. _____	7. _____	7. _____
8. _____	8. _____	8. _____
9. _____	9. _____	9. _____
10. _____	10. _____	10. _____

Sobrenome: _____

Nome: _____

Iniciais dos
nomes do meio _____



Condado de Broward - Solicitação de Abrigo de Cuidados Especiais e de Assistência com Transporte para Evacuação
Declaração De Entendimento E Assinatura De Autorização Para Uso E Divulgação De Informações De Saúde Protegidas (Phi)

As informações contidas neste documento são verdadeiras e corretas, de acordo com o meu conhecimento. Entendo que, se aceita, a assistência será fornecida somente durante a situação de emergência, e que outros arranjos devem ser providenciados antecipadamente, caso eu não possa retornar para casa.

Entendo que, com base nesta solicitação e nos dados por mim fornecidos, o Departamento de Saúde da Flórida no Condado de Broward, juntamente com a Divisão de Gestão de Emergências do Condado de Broward (Broward County Emergency Management Division), determinará o abrigo e assistência de evacuação de emergência, se existir, que este programa pode proporcionar.

Entendo que este cadastro é voluntário, e solicito, pelo presente documento, o cadastro no Condado de Broward - Solicitação de Abrigo de Cuidados Especiais e de Assistência com Transporte para Evacuação (Broward County Special Needs Shelter and Evacuation Transportation Assistance Program).

Ao assinar este formulário, autorizo a divulgação das informações médicas aqui contidas para o Departamento de Serviço Social do Condado de Broward (Broward County Human Services Department), o Departamento de Saúde da Flórida no Condado de Broward (Florida Health in Broward County), o sistema do Memorial Health Care, o Holy Cross Hospital, a Secretaria da Saúde de Broward (Broward Health) e outros hospitais e instituições e servidores médicos, para a Divisão de Transporte do Condado de Broward (Broward County Transit Division) e para a Divisão de Tratamento de Emergências do Condado de Broward (Broward County Emergency Management Division), com o objetivo de avaliar minhas necessidades e fornecer transporte e abrigo. Dou minha autorização para que o Condado de Broward reenvie anualmente a página 2 da minha solicitação para o médico relacionado para fins de atualização. Entendo que alterações nas informações enviadas exigem o preenchimento de uma nova solicitação e novo envio dela. Além disso, entendo que, se o Condado de Broward solicitar informações atualizadas e não puder entrar em contato comigo devido a alterações das minhas informações, eu posso ser removido dos registros. Esta autorização permanecerá em vigor durante 12 meses a partir da data da assinatura.

Com exceção dos endereços de email, os registros referentes ao cadastro de pessoas que exigem apoio para necessidades especiais estão isentas das disposições da Lei de Registros Públicos, F. S. 119.07 (1). Exceto se de outra forma disposto por esta autorização, as informações que você fornecer serão mantidas em confidencialidade.

Nome oficial completo do solicitante/paciente

(Letra De Forma): _____

Assinatura do solicitante/paciente: _____ Data: _____

Se esta autorização for assinada por um representante do indivíduo ou profissional de saúde, em nome do indivíduo, preencha os campos a seguir:

Nome oficial completo do representante

(Letra De Forma): _____ Relacionamento _____

Informações de contato (incluir telefone) _____

Assinatura do representante: _____ Data: _____

As solicitações preenchidas devem ser enviadas para:

Broward Emergency Management Division
Attn: Special Needs Registry
201 NW 84th Avenue Plantation, FL 33324
954/831-3902

Em caso de dúvidas sobre esta autorização ou para revogá-la antes da data ou evento de expiração, você deve enviar uma solicitação por escrito para o endereço acima.