



Condado de Broward – Solicitud para refugio para personas con necesidades especiales y asistencia de transporte para la evacuación

Gracias por su interés en el Refugio para adultos con necesidades especiales del condado de Broward. Es importante que entienda que el refugio es un lugar de amparo de último recurso ante clima peligroso u otras emergencias. Aun cuando se proporcionarán servicios básicos como alimentos, electricidad y supervisión médica, los clientes y cuidadores deben proporcionar alimentos complementarios y todos los medicamentos durante los primeros cinco (5) días. Recuerde: Se proporcionan camas para los clientes. Es posible que no haya camas disponibles para los cuidadores

INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL CLIENTE

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Inicial 2do Nombre: _____

Dirección Física: _____ Edificio #: _____ Apt/Lot #: _____

Desarrollo/Subdivisión: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Tipo De Residencia: Unifamiliar Apartamento/¿Qué piso? _____ Condominio/¿Qué piso? _____
 Móvil/prefabricada Casa rodante Barco

Dirección Postal (si fuera diferente de la anterior): _____

Situación En La Que Vive: Solo Familiar Otro

Fecha De Nacimiento (Obligatorio) ___/___/___ Edad: _____ Género Masculino Femenino Otro Sin respuesta

¿Excede 450 Libras? Sí No

No. De Teléfono Primario: _____ No. De Teléfono Secundario: _____ Correo Electrónico _____

Su Número De Teléfono Primario Es TTY/TTD (Teletipo): Sí No

¿Cuál Es Su Idioma Primario? _____ Raza/Etnia _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

1. Nombre: _____ Relación _____

No. De Teléfono Primario: _____ No. De Teléfono Secundario: _____ Correo Electrónico _____

Si Marca Esta Casilla, Permite Que La Información Médica Se Comparta Con Esta Persona

2. Nombre: _____ Relación _____

No. De Teléfono Primario: _____ No. De Teléfono Secundario: _____ Correo Electrónico _____

Si Marca Esta Casilla, Permite Que La Información Médica Se Comparta Con Esta Persona

Se Debe Proporcionar Como Mínimo Un Contacto De Emergencia

Apellido:

Primer nombre:

Inicial del segundo nombre

ASISTENCIA DE TRANSPORTE PARA LA EVACUACIÓN

¿Está registrado con TOPS? Sí () No (), si la respuesta es sí, ¿cuál es su número de identificación personal (Personal Identification Number, PIN)? _____

1. ¿Necesita transporte para un refugio? () Sí () NO
2. **Ayuda Con Movilidad:** Marque TODAS las opciones que correspondan a su situación:
() Puede caminar () Bastón () Muletas () Andador () Vehículos de movilidad sin ayuda
() Silla de ruedas manual () Silla de ruedas eléctrica () Confinado a una cama
() Duerme en una cama de hospital en su casa () Utiliza un elevador especial para salir de la cama
3. ¿Necesita ayuda para caminar? Sí () No ()
4. Si utiliza una silla de ruedas, ¿necesita ayuda para transferirse? Yes () No ()
5. Marque la opción que corresponda a su situación:
a. ___ No puedo salir de mi casa
b. ___ Puedo llegar hasta la acera frente a mi casa
6. ¿Ciego o pérdida de visión? Sí () No ()
7. ¿Tiene un animal de servicio? Sí () No (), si la respuesta es sí ¿de qué tipo?
8. ¿Puede dormir en un catre médico portátil (consulte la información a continuación)? () Sí () No



- a. 18 pulgadas de altura (altura de la silla de ruedas)
- b. 32 pulgadas de ancho X 80 pulgadas de largo

9. ¿Va a acompañarlo alguien al refugio? Sí () No ()
a. Si la respuesta es sí, nombre/relación _____
b. ¿Cantidad total de personas que deben recogerse de esta dirección? _____
c. Cantidad de personas que necesitan una silla de ruedas _____

Apellido:

Primer
nombre:

Inicial del
segundo nombre

INFORMACIÓN SOBRE ASISTENCIA MÉDICA

Médico De Cabecera: _____ Teléfono: _____
Agencia De Atención Domiciliaria: _____ Teléfono: _____
Proveedor De Atención Para Enfermos Terminales _____ Teléfono: _____
Proveedor De Equipo Médico Domiciliario _____ Teléfono: _____
Centro De Diálisis _____ Teléfono: _____
Proveedor De Oxígeno _____ Teléfono: _____

NECESIDADES ESPECIALES (marque todas las que correspondan)

Necesidades eléctricas	Asistencia con la vida diaria	Equipo especializado
<input type="checkbox"/> Monitor de apnea <input type="checkbox"/> Máquina Bi-Pap o C-Pap <input type="checkbox"/> Monitor cardíaco (del corazón) <input type="checkbox"/> Bomba de tubo de alimentación <input type="checkbox"/> Medicación intravenosa: Especifique:	<input type="checkbox"/> Ir al baño <input type="checkbox"/> Tomar medicamentos <input type="checkbox"/> Alimentación/Comer	<input type="checkbox"/> Tubo de alimentación <input type="checkbox"/> Catéter de Foley para orina <input type="checkbox"/> Equipo intravenoso
<input type="checkbox"/> Medicamento que requiere refrigeración <input type="checkbox"/> Nebulizador <input type="checkbox"/> Dependiente del oxígeno: <input type="checkbox"/> 24 horas Durante la noche Concentrador <input type="checkbox"/> Tanque portátil <input type="checkbox"/> Flujo de litro por minuto _____ Bomba de succión Ventilador/Respirador (una máquina que mueve el aire hacia dentro y hacia fuera de sus pulmones porque no puede respirar por sus propios medios)	<input type="checkbox"/> Caminar más de 50 pies <input type="checkbox"/> Salir de la cama <input type="checkbox"/> Vestirse	<input type="checkbox"/> Tubo de traqueostomía <input type="checkbox"/> Otro _____ _____

Apellido:

Primer nombre:

Inicial del segundo nombre

<p>Condiciones psicológicas</p> <input type="checkbox"/> Mal de Alzheimer / Demencia (requiere un cuidador) <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Autismo <input type="checkbox"/> Trastorno de la conducta <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Trastorno obsesivo compulsivo <input type="checkbox"/> Psicosis controlada con medicamento <input type="checkbox"/> Psicosis no controlada con medicamento <input type="checkbox"/> Otros diagnósticos psiquiátricos: _____ _____	<p>Neurológico/sensorial</p> <input type="checkbox"/> Ciego / Dificultades visuales <input type="checkbox"/> Sordo / Hipoacúsico <input type="checkbox"/> Dificultad para tragar alimentos o líquidos <input type="checkbox"/> Convulsiones controladas con medicamento <input type="checkbox"/> Convulsiones no controladas con medicamento	<p>Atención especial</p> <input type="checkbox"/> Catéter de Foley <input type="checkbox"/> Heridas abiertas / llagas <input type="checkbox"/> Herida Cierre asistido por vacío <input type="checkbox"/> Incontinencia <input type="checkbox"/> urinaria intestinal <input type="checkbox"/> Ostomía <input type="checkbox"/> Pañales para adultos <input type="checkbox"/> Traqueostomía <input type="checkbox"/> Diálisis: # días por semana Hemodialysis () Peritoneal dialysis () <input type="checkbox"/> Special Diet
---	---	--

DIAGNÓSTICO (Marque todas las que correspondan)

<p>Enfermedad crónica pero estable</p>	<input type="checkbox"/> Afasia (dificultad para comunicarse) <input type="checkbox"/> Asma controlado con medicamento <input type="checkbox"/> no controlado con medicamento <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca controlada con medicamento <input type="checkbox"/> no controlada con medicamento <input type="checkbox"/> Cáncer Especifique: _____ <input type="checkbox"/> Enfermedad contagiosa Especifique: _____ <input type="checkbox"/> Diabetes / azúcar en sangre alta <input type="checkbox"/> Insulinodependiente <input type="checkbox"/> Huesos fracturados (atención de clavos/cambio de vendas) <input type="checkbox"/> Hemofilia <input type="checkbox"/> Infección Especifique: _____ <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar (EPOC / Enfisema / Bronquitis) <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> Déficit neurológico Especifique: _____ <input type="checkbox"/> Enfermedad renal (del riñón) <input type="checkbox"/> Anemia falciforme <input type="checkbox"/> Sarpullido Especifique: _____ <input type="checkbox"/> Derrame cerebral
<p>Enfermedad crónica pero estable con dificultad en la movilidad</p>	<input type="checkbox"/> Parálisis cerebral <input type="checkbox"/> Frágil/anciano <input type="checkbox"/> Confinado a silla de ruedas por enfermedad crónica (por ejemplo: ELA, apoplejía (derrame cerebral), esclerosis múltiple, distrofia muscular, etc.)
<p>Dependiente del suministro eléctrico</p>	<p>Equipo médico eléctrico</p>

Apellido:

Primer
nombre:

Inicial del
segundo nombre

Indique cualquier otro problema médico:	<hr/> <hr/>
--	-------------

Alergias a medicamentos o alimentos: SÍ o NO, si la respuesta es sí, especifique:

MEDICAMENTO BAJO RECETA (adjunte la lista si fuera necesario)

Nombre del medicamento:	Dosis:	Cant. de veces por día:
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. _____

Apellido:

Primer nombre:

Inicial del segundo nombre



Condado de Broward – Solicitud para refugio para personas con necesidades especiales y asistencia de transporte para la evacuación

DECLARACIÓN DE ENTENDIMIENTO Y FIRMA AUTORIZACIÓN PARA UTILIZAR Y REVELAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (PROTECTED HEALTH INFORMATION, PHI)

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 realizar gestiones alternativas en caso de que no pueda regresar a mi hogar.

Comprendo que en base a esta solicitud y a los datos que proporcioné, El Departamento de Salud Florida Health en el condado de Broward, junto con la División de Manejo de Emergencias del condado de Broward, determinarán qué asistencia de evacuación de emergencia y refugio, si correspondiera, podrá proporcionar este programa.

Comprendo que este registro es de carácter voluntario y, por medio del presente, solicito la inscripción en el Programa de refugio para personas con necesidades especiales y asistencia de transporte para la evacuación del condado de Broward.

Al firmar este formulario, otorgo mi autorización para que la información médica que se incluye en el presente se comparta con el Departamento de Servicios Humanos del condado de Broward, a Florida Health en el condado de Broward, a Memorial Health Care System, a Holy Cross Hospital, a Broward Health, y otros hospitales, proveedores e instituciones médicas, la División de Tránsito del condado de Broward, y la División de Manejo de Emergencias del condado de Broward, a los fines de evaluar mis necesidades y proporcionarme transporte y refugio. Autorizo al condado de Broward a que vuelva a enviar la página 2 de mi solicitud al médico que se menciona de manera anual para actualización. Comprendo que los cambios a la información entregada requieren que se complete una nueva solicitud y vuelva a enviarse. Además, entiendo que si el condado de Broward solicita información actualizada o no puede comunicarse conmigo debido a cambios en mi información, puede eliminarme del registro. Esta autorización tendrá vigencia durante 12 meses desde la fecha de la firma.

Salvo por las direcciones de correo electrónico, 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. Salvo que se disponga lo contrario en la presente autorización, la información que proporcione se mantendrá en estado confidencial.

Nombre completo del solicitante/paciente
(EN Letra De Imprenta):

Firma del solicitante/paciente _____ Fecha: _____

Si la persona que firma esta autorización es un representante personal del individuo, o el proveedor de atención médica, a nombre del individuo, complete lo siguiente:

Nombre completo del representante personal

(EN Letra De Imprenta): _____ Relación _____

Información de contacto (incluye no. de teléfono)

Firma del representante personal: _____ Fecha: _____

Las solicitudes completas deben enviarse por correo a:

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

Si tiene alguna pregunta sobre esta autorización, o desea revocar esta autorización antes de la fecha de vencimiento o del evento, debe enviar una solicitud escrita a la dirección anterior.