

Solicitud de Transporte y Albergue para Necesidades Especiales Inscription de Evacuación de Emergencia – Condado de Brevard

AGENCIA PARA EL CUIDADO DE SU SALUD:

Teléfono:

Nombre de la Persona con quien Comunicarse:

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE

TIPO DE TRANSPORTE: BUS/ VAN PUERTA LEVADISA OTRO
AGENCIA DE TRANSPORTE: SPACE COAST COASTAL VEHICULO PRIVADO
NIVEL DE ALBERGUE: GENERAL CUIDADO SUPERVISADO CUIDADOS ESPECIALES
UBICACION DEL ALBERGUE: _____ Inscripción del Paciente: Fecha: _____

Una Solicitud por Persona. **(POR FAVOR ESCRIBA EN LETRAS MAYUSCULAS)**

INFORMACION PERSONAL

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial _____

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: Masculino Femenino Esposo(a): _____

Dirección: _____ Departamento: _____

Dirección Postal (sí difiere de la de arriba): _____

Ciudad: _____ Zip Code: _____ Teléfono: (____) _____

Tipo de Residencia: Casa Departamento/ Condo Casa Móvil

Nombre del Complejo/ Subdivisión/Condo or Barrio: _____

INFORMACION SOBRE EVACUACION

Debido al espacio limitado sólo se permite un cuidador o acompañante.

Cuidador / Acompañante que estará en el albergue conmigo: si _____ no _____

Nombre del Cuidador / Acompañante : _____ Teléfono: _____

Persona a contactarse que **NO** viva con usted en caso de una emergencia mientras es evacuado.

Nombre: _____ Parentesco: _____ Teléfono Celular: _____

Teléfono de Casa: _____ Teléfono del Trabajo: _____

¿Necesita transporte al albergue? Si No - (manejará su propio auto)

El Transporte a los albergues de la Cruz Roja y de Necesidades Especiales se proporciona sin costo.

Puede caminar por si mismo: No Si Necesito Ayuda

Sí puede, ¿puede viajar en bus o van?: No Si Con Ayuda

Usa: Bastón/ Caminador Silla de Ruedas Silla Eléctrica Ninguno

Sí usa, traiga su propio equipo al albergue.

¿Está usted postrado en cama las 24 HORAS al día: No Si

Sí es así, ¿puede ser trasladado en silla de ruedas?: No Si

No hay disponibilidad de camas, colchones ni levantadores en los albergues de Necesidades Especiales.

Seleccione la información médica para ser admitido a un albergue de necesidades especiales

CRITERIO MEDICO PARA NECESIDADES ESPECIALES

Albergue que Proporciona Cuidados

- Colostomia - necesita ayuda médica
- Sonda - necesita ayuda médica
- Oxígeno
- Rociador - más de una vez al día
- Alzheimer- Paciente necesita un cuidador
- Arteroesclerosis – Paciente necesita un cuidador
- Cambio de Vendas:Húmeda a Seco. Necesita ayuda médica
- Epilepsia dentro de los últimos 6 meses
- Problemas de Vejiga e Intestinos
- Suero para Alimentación
- Tubo Traqueal – puede requerir succión
- Diabetico “B” – necesita ayuda médica
- Máquina para monitorear Asfixia durante el sueño.

Hospitalizado en los últimos 3 meses por:

- Afección al Corazón
- Reacción al usar Defibrillator Interno
- Cirugía de Corazón Abierto

Necesita solo Transporte

Albergue de Cuidados Especiales

- Deceso Inminente -Hospicio
- Suero Permanente
- Llagas
- Paciente necesita ventilador las 24 horas

NOTA: No hay disponibilidad de camas, colchones ni levantadores en los albergues de Necesidades Especiales. Traiga la Propia.

Yo certifico que esta información es correcta y fidedigna. Yo comprendo que basada en esta aplicación y con la información que yo he dado, la Oficina de Administración de Emergencia, determinará cual asistencia en un caso de evacuación de Emergencia, si ocurriera, éste Programa será capaz de proveer. Yo comprendo que el Albergue **no puede proporcionar Camas ni Colchones**. También comprendo que ésta asistencia será proporcionada por la duración de la emergencia y que arreglos alternativos deberían ser hechos por adelantado en la probabilidad que yo no sea capaz de regresar a mi hogar. Yo seré responsable por cualquier transporte o gastos de Hospital. Yo otorgo permiso a quienes provean atención médica, agencias de transporte y otros servicios que sean necesarios, para revelar cualquier información útil para responder a mis necesidades. También autorizo al Personal de Emergencia para entrar a mi casa (hogar) durante operaciones de búsqueda y rescate si es necesario, para asegurar mi integridad y bienestar en caso de un desastre como estáuido en Florida ss.252.355. A raíz de una orden o recomendación para evacuar el lugar de mi residencia, yo recibiré la orden de antemano, por teléfono, fecha y hora para ser recogido y transportado al Albergue si yo he solicitado transporte. Si yo declino la transportación cuando el chofer llegue, yo comprendo que al declinar dicho transportación, seguramente no tendré otra oportunidad de obtener este servicio. Además entiendo que ésta inscripción es voluntaria y por éste medio solicitaría se me inscriba en el Programa de Necesidades Especiales del Condado de Brevard.

Firma del Solicitante

Fecha

Sí la persona que firma éste documento no es el paciente mismo, por favor proporcione los siguientes datos:

Nombre: _____ Teléfono: _____

Parentesco/ Agencia: _____

¿Tiene usted un perro: No__ Si__ Cuántos?: ____ Gato : No__ Si__ Cuántos? ____

No se permiten animales en los albergues. Haga arreglos para encontrar albergue de evacuación para sus animalitos lo más pronto posible!

Las solicitudes deben renovarse anualmente.

**Complete éste formulario y envíelo a: Brevard County Emergency Management
1746 Cedar Street
Rockledge, Fl 32955
321-637-4088**