

Aplicacion Para Refugia De Necesidades Especial

Fecha: / /

Completa una aplicacion por persona. Imprima claramente. Usted puede ser contactado por un miembro de los Servicios de la Emergencia para revisar su aplicacion y contestar cualquier pregunta que usted puede tener.

Informacion De Aplicacion

SS#	Primer Nombre:	Inicial Mediano:	Apedillo:
Fecha De Nacimiento: / /	Edad:	Genero: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Direccion De Calle:		Ciudad Vero Beach <input type="checkbox"/> Sebastian <input type="checkbox"/> Fellsmere <input type="checkbox"/>	
Estado:	Codigo Postal:	Telefono: () -	

RESIDENCIA

Casa Privada <input type="checkbox"/>	Apartmento <input type="checkbox"/>	Condo <input type="checkbox"/>	Caravana Fabricada <input type="checkbox"/>
Nombre del Complejo O Suidivision de Desarrollo:			
Eres Residente Repleto de tiempo de Condado Indian River County Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			

DIRECCION DE ENVIO (SI DIFERENTE DE ARRIBA)

Direcion de Calle:	Ciudad:	Estado:	Codigo Postal:
--------------------	---------	---------	----------------

INFORMACION DE CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre:	Relacion:	Telefono:() -
Nombre:	Relacion:	Telefono:() -

INFORMACION DE EVACUACION

Como planea usted llegando al refugio?	<input type="checkbox"/> Tengo mi propio transporte. <input type="checkbox"/> Puedo ser transportado por vehiculo regular. <input type="checkbox"/> Necesito un sillón de ruedas. <input type="checkbox"/> Necesito un vehiculo de sogá.
--	---

Debido a recursos limitados, cada solicitante debe traer a un cuidador para acompañar el/ella al refugio. Nombre de cuidador:	Telefono: () -
---	--------------------

Si usted es dueño de animal, la Sociedad Humana tiene un programa para cuidar de su animal mientras usted esta en el refugio. Si usted es interesado en este programa, escoge "SI" en la linea proporcionada, y alguien le contactara para hacer los arreglos necesarion. SI _____

INFORMACION MEDICA

Es usted un paciente de Hospicio? SI _____ NO _____	
Nombre de Agencia de Asistencia Medica (si aplicable)	Telefono () -
Nombre de Farmacia:	Telefono: () -

Nombre de Medico Primario:	Telefono: () -
Nombre de proveedor de oxigeno (si aplicable)	Telefono: () -

ALERGIAS

Alergias: Son usted alergico o sensible a cualquier medicina(s):

Si si, Explica por favor cual medicina(s) y lo que la reaccion fue:

La Movilidad:	El Apoyo Respiratorio:	
<input type="checkbox"/> Ando sin ayuda <input type="checkbox"/> Utilizo un walke <input type="checkbox"/> Utilizo una cana <input type="checkbox"/> Utilizo un sillón de ruedas <input type="checkbox"/> Soy postrado	<input type="checkbox"/> Yo utilizo apoyo de oxigeno y entiendo que debo traer una abundante cantidad para obtenerme a y de casa.	____ Horas por dia ____ Flujo de litro
	<input type="checkbox"/> Utilizo un Nebulizador	____ Tiempos por dia

CONDICIONES MEDICAS GENERALES

<input type="checkbox"/> Utilizo Insulina para la <u>DIABETES</u> <input type="checkbox"/> Utilizo medicina oral para la <u>DIABETES</u>		<input type="checkbox"/> Artritis Severa <input type="checkbox"/> Hipertension <input type="checkbox"/> Condicion Cardiaca <input type="checkbox"/> Sordo <input type="checkbox"/> Ciego (Perro Guia) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Incontinencia <input type="checkbox"/> Ostomy <input type="checkbox"/> Deterioro de Memoria <input type="checkbox"/> Dependiente Electrico <input type="checkbox"/> Otro:
<input type="checkbox"/> Paralisis	<input type="checkbox"/> Completo <input type="checkbox"/> Parcial	
<input type="checkbox"/> Dialisis	<input type="checkbox"/> En casa Dialisis <input type="checkbox"/> Centro de Dialisis Numero de veces dializo por la semana _____ Nombre de centro del dialisis:	
<input type="checkbox"/> Abre heridas que requieren los cambios de alino?	Que frecuencia	
<input type="checkbox"/> Encinta?	Fecha de vencimiento:	
<input type="checkbox"/> Medicinas que requieren la refrigeracion? _____		

Medicinas

(Conecta una hoja seperada si necesario)

Medicinas de Prescripcion			Sobre las Medicinas Contrarias (OTC)		
Rx Nombre	Dosi	Frecuencia	Nombre de medicina	Dosis	Frecuencia

Notas Especiales

Como un evacuado Especial del Refugio De Necesidades, yo tengo derecho al personal de Respuesta de Emergencia del Pre-Autoriza a entrar mi hogar durante operaciones de busque y rescate, si necesario, para asegurar mi seguridad y el bienestar que siguen un desastre como definido en Estatutos de Florida 252.34.

Si, Pre-Autorizo No, Pre-Autorizo.

Entiendo que las Necesidades Especiales De Refugio no sera Aero-Condiciono si poder extraordinario se require.

Entiendo que necesito traer conmigo todas medicinas, en botellas marcadas, y en todos suministros medicos que utilizo para mi cuidado hasta 14 dias (2 semanas)

Entiendo que debo traer mi propio ropa de cama. El Refugio no suministrara cunas ni otro ropa de cama.

Parte de mi plan de Emergencia incluye la alternative que designa que vive los arreglos (hogar de amigo o pariente, etc.) en caso mi hogar es denado y no puedo volver. Mi plan alternative es de residir temporalmente en la ubicacion siguiente:

Entiendo que una vez este Refugio Publico ha sido cerrado siguiendo el acontecimiento de la emergencia, sera mi responsabilidad a o regreso en casa o buscara otro areglos.

LEER Y FIRMA

Segun mi lear saber y entender, yo certifico que esta informacion contenida en esto es verdad y correcto, entiendo que basado en esta aplicacion y los datos que he proporcionado, el **Departamento de Servicios de Emergencia** determinara cual ayuda de la evacuacion de la emergencia, si cualquiera, este programa puede poder proporcionar. Otorgo el permiso a proveedores medicos, las agencias del transporte y otros como sea necesario al proveedor y revela que cualquier informacion necesaria para responder a mis necesidades.

Firma:

Fecha:

REPRESENTANTE DE SOLICITANTE

Si la persona que completa esta forma no es el solicitante, contesta por favor el siguiente:

Nombre:	Relacion/Agencia:	Fecha: / /
Telefono:() -	El solicitante ha sido notificado de esta matricula? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

Uso Oficial Solamente

Reviewed By:	Date:	Category:	Sector #:
Applicant Contacted:	Pre-Registered: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Type of Stay: <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Caregiver	
Type of Shelter: <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> SNS <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Hospice	<input type="checkbox"/> Patient/Caregiver		

Page 3 of 3

Vuelva aplicacion a
I.R.C. Emergency Services (ATTN: SNS)
4225 43rd Avenue
Vero Beach, FL 32967

Questions? 772-567-2154

On-line form: www.irces.com