

Idioma Primario:	¿Necesita la ayuda de un traductor de inglés? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Para personas con discapacidad auditiva: Usa lenguaje de señas: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No TTD/TTY #:	
Informacion Medica (Marque las condiciones medicas que aplican)	
<input type="checkbox"/> Discapacidad de Audicion /Vista/Lenguaje(circule uno) <input type="checkbox"/> Discapacidad de Memoria/Mental (especifique condicion) <input type="checkbox"/> Discapacidad de Desarrollo <input type="checkbox"/> Trastorno Sensorial <input type="checkbox"/> Medicamento Frágil <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> En silla de ruedas <input type="checkbox"/> bastón o andador (circule uno) <input type="checkbox"/> Peso en exceso de 450 libras <input type="checkbox"/> Necesidad de Bariátrica <input type="checkbox"/> Condición contagiosa continua (especificar) <input type="checkbox"/> Alergias (especificar) <input type="checkbox"/> Postrado en Cama <input type="checkbox"/> Orden de no resusitar/Testamento Vital (circule uno) <input type="checkbox"/> Necesidades dietéticas especiales* (especificar) <i>*Si usted requiere una dieta especial, este preparado a traer contigo las comidas apropiadas en caso de emergencia*</i>	<input type="checkbox"/> Medicamento por Intravenosa <input type="checkbox"/> Inyecciones <input type="checkbox"/> Refrigeración de Medicamentos <input type="checkbox"/> Dependiente de Insulina <input type="checkbox"/> Paciente de Diálisis <input type="checkbox"/> Incontinencia Suministros _____ <input type="checkbox"/> Succión <input type="checkbox"/> Tubo Gastronomico o Tubo- nasogástrica (Seleccione con un círculo) <input type="checkbox"/> Centro de Dialysis o en la casa (Si es cierto circule los dias) L M M J V Sabado Domingo <input type="checkbox"/> Tanque de Oxygeno Portatil <input type="checkbox"/> Concentrador de oxígeno/Ventilador (Seleccione con un círculo) <input type="checkbox"/> Continuamente <input type="checkbox"/> Intermitente (Marque uno) <input type="checkbox"/> Máquina del Apnea de Sueño <input type="checkbox"/> Marcapaso /Desfibrilador (seleccione con un círculo) <input type="checkbox"/> Cuidado de heridas

Si usted usa su idioma, ¿tiene dificultades para comunicarse?

¿Tiene dificultad para comprender o ser comprendido?

Tiene algún equipo requerido de soporte vital o medicamento necesario (use espacio adicional en la página 3 si es necesario):

¿Usted o alguien en su hogar necesita / o usa algún dispositivo de comunicación aumentativa y alternativa? (Por ejemplo, tomador de notas calificado, subtítulos en tiempo real, amplificador de auriculares telefónicos, etc.) Si es así, enumere aquí

Manejo de Medicamentos: Se Le recomienda preparar un Kit (equipo) de emergencia con Los suministros medicos necesarios y Las dietas especiales. Mantenga su Kit y su lista actualizada de Los medicamentos necesarios en un lugar accesible. Para informacion de como preparar un Kit de emergencia, por favor visite www.Ready.gov, www.RedCross.org o llamar al Especialista de Discapacidad del Distrito de Salud de Three Rivers. (804) 758-2381. Los formularios estarán disponibles cuando Los pidan.

Informacion de contactos para una emergencia Por favor imprima claro

Contacto de Emergencia - Actual

Apellido	Nombre	Relación	Numero de Teléfono

Contacto de Emergencia - Fuera del Estado

Apellido	Nombre	Relación	Numero de Teléfono

Informacion del proveedor medico (Complete todo lo que corresponda)

Nombre del Médico	Numero de Teléfono

Nombre de la Farmacia	Numero de Teléfono

Nombre de la agencia de atención médica domiciliaria o (persona que lo atiende)	Teléfono

Nombre del Proveedor del Equipo Respiratorio	Teléfono

Informacion de Transporte <input type="checkbox"/>	Ubicación Geografica: <input type="checkbox"/> Llanura de inundación <input type="checkbox"/> Aislado/Dificil de Alcanzar
	<input type="checkbox"/> Zona de Marejada Ciclónica <input type="checkbox"/> Casa Movil <input type="checkbox"/> Autocarabana/RV/Winnebago

Usted, un familiar o un amigo podría proveer transporte al refugio en una emergencia?

Si No

Si usted necesita asistencia con transporte, marque uno de los siguientes: esoy capacitado para viajar en un coche
 estoy capacitado para viajar en un van con el elevador para silla de ruedas estoy capacitado para viajar en Autobus/Taxi
 Requiere Ambulancia

Informacion de Mascota*: Tiene mascotas que requerirían atención especial si se le pidiera el desalojo de su hogar? Si es así, indique
____Animal de Servicio ____Perros ____Gatos ____Otros (Describa otros)_____

*** Es posible que las mascotas no puedan acompañarlo al refugio . ***

Las personas son responsables de atender las necesidades de un animal de asistencia, incluido llevar alimentos y otras necesidades esenciales al refugio.

Los animales de servicio están permitidos en los refugios, pero deben proporcionar prueba de la vacuna contra la rabia actual.

Planificación de emergencias

En caso de una emergencia, usted planea: (Coloque una X al lado de la que corresponda.)

1. ____ Quédarse en la casa?
2. ____ Quédarse con familia o otros?
3. ____ ¿Evacuar y poder llegar a una instalación apropiada, de forma independiente?
4. ____ Evacuar a un centro apropiado con un asistente o cuidador?

Ha recibido la primera dosis de la vacuna contra el virus Covid-19? Si__ No__ Si es afirmativo, por favor ingrese el nombre del producto, fecha de administracion y el lugar del professional de la salud o la clinica (es decir Moderna, 12 de Febrero del 2021 en Clear Creek Internists en Whitewash, Virginia) professional de la salud o la clinica (por ejemplo; Moderna, 12 de Febrero del 2021 en Clear Creek Internists en Whitewash, Virginia)

Ha recibido la segunda dosis de la vacuna contra el virus Covid-19? Si__ No__ Si es afirmativo, ingrese el nombre del producto, fecha de administracion y el lugar del professional de la salud o la clinica (por ejemplo; Moderna, 2 de Marzo del 2021 en CVS en Whitewash, Virginia)

Si usted no ha recibido la primera dosis de la vacuna ,estaria usted interesado en una lo mas pronto possible? Si_____ No_____

Información de Autorización

Al firmar y enviar este formulario, yo/o el tutor legal acepto que mi nombre se agregue al Registro de Poblacion Vulnerable del Distrito de Salud de Three Rivers. En caso de una emergencia, por la presente autorizo el intercambio de informacion entre Three Rivers Medical Reserve Corp, el Equipo de Discapacidad y a las personas y agencias que figuran en este formulario. Doy permiso a los servicios de emergencias para entrar o ingresar a mi casa despues de un evento de emergencia o situacion de desastre, si es necesario, para garantizar mi bienestar y seguridad.

Firma del Aplicante

Fecha

X_____
