

Formulario para el registro de necesidades especiales del condado de Buncombe

El registro de necesidades especiales brinda información vital para los agentes que atienden las llamadas del 9-1-1 en situaciones de desastre masivo (por ejemplo huracán, inundaciones, tormentas de nieve, cortes de luz o epidemias). Se trata de un programa voluntario y las personas registradas pueden decidir en cada caso si desean recibir asistencia o no. Completar este formulario no garantiza que la persona registrada reciba atención inmediata o preferencial en una situación de desastre masivo. **Todas las personas deberían contar con un plan personal de emergencia.**

Información Personal **LETRA IMPRENTA CLARA**

Fecha de solicitud: Nueva solicitud
 Actualización de la solicitud anterior

Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:	Fecha de nacimiento:	Sexo:
Dirección:	Ciudad:	Código postal:	Teléfono principal: Teléfono secundario:	
Dirección para correspondencia (en caso de ser diferente):	Ciudad:	Código postal:	Dirección de correo electrónico (opcional):	

Para sordos y personas con capacidad auditiva limitada: ¿Usa lenguaje de señas?: Sí No (Nro. CapTel/VP/TTY:)

Nombre de la subdivisión, parque de casas móviles, edificio de apartamentos, etc.: Idioma principal:

¿Con quién vive? (marque una opción): Solo Con cónyuge/pareja Con sus hijos Con sus padres
 Otros (explicar)

Información médica (marque las opciones que se apliquen a su condición de salud)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sordo/Problemas auditivos | <input type="checkbox"/> Se alimenta por sonda gástrica |
| <input type="checkbox"/> Asma, enfisema o EPOC | <input type="checkbox"/> Diálisis |
| <input type="checkbox"/> Problemas de vista | <input type="checkbox"/> Insulino dependiente |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Medicación por IV |
| <input type="checkbox"/> Problemas del habla | <input type="checkbox"/> Andador |
| <input type="checkbox"/> Problemas de memoria
(especificar tipo de problema): | <input type="checkbox"/> Insumos para incontinencias |
| <input type="checkbox"/> Problemas de desarrollo | <input type="checkbox"/> Refrigeración para medicamentos |
| <input type="checkbox"/> Problemas mentales | <input type="checkbox"/> Restricciones especiales en la dietas (explicar) |
| <input type="checkbox"/> Afecciones contagiosas permanentes
(especificar tipo de problema): | <input type="checkbox"/> Dispositivo de oxígeno portátil |
| <input type="checkbox"/> Postrado en una cama | <input type="checkbox"/> Ventilador o concentrador de oxígeno |
| <input type="checkbox"/> Necesita silla de ruedas | <input type="checkbox"/> Continuo |
| <input type="checkbox"/> Cuidados de ostomías | <input type="checkbox"/> Intermitente |
| <input type="checkbox"/> Peso superior a 400 libras (180 Kg.) | <input type="checkbox"/> Otros (explicar) |

*Si precisa una dieta especial, prepare todo lo que necesita para llevar al refugio: traiga todos los alimentos necesarios.

Especifique si necesita algún otro medicamento o dispositivo de prolongación de la vida:

Tratamientos con medicación: se recomienda completar el formulario "Vial of Life" y especificar todos los medicamentos que toma. Si el formulario no se entrega de forma adjunta, llame a la sección local de la Cruz Roja Americana al número 258-3888.

Información de contacto para casos de emergencia

Personas de contacto para casos de emergencia dentro del estado

Apellido	Nombre	Vínculo	Teléfono

Personas de contacto para casos de emergencia fuera del estado

Apellido	Nombre	Vínculo	Teléfono

Información sobre su proveedor de servicios médicos (complete con la información que se aplica a su caso)

Nombre del médico: Teléfono:

Nombre de la farmacia: Teléfono:

Nombre de la entidad encargada de la atención a domicilio: Teléfono:

Persona encargada del cuidado del paciente: Teléfono:

Entidad que suministra el equipo de respiración (en caso de corresponder): Teléfono:

Información para el refugio **Información sobre la mascota***

¿Cuenta con algún familiar o amigo que pueda transportarlo al refugio en caso de emergencia? Sí No

Si necesita asistencia para transportarse, marque una de las siguientes opciones:
 Automóvil Camioneta con ascensor para silla de ruedas
 Autobús Preciso transporte médico

¿Cuenta con mascotas que necesiten atención especial si debiera evacuar su casa? En caso afirmativo, indique la cantidad de:
___ perros ___ animales de asistencia
___ gatos ___ otros
(describir otros casos) _____

** Cada persona debe encargarse de traer al refugio todo lo necesario para el cuidado de su animal de asistencia; esto incluye comida y otros elementos. Sólo podrán ingresar al refugio los animales de asistencia que cuenten con el certificado de vacuna antirrábica. No está permitido traer mascotas al refugio.*

Plan de emergencias

¿Qué planea hacer en caso de emergencia? (marque con una (x) la respuesta que se adapta a su caso)

1. ___ Permanecer con familiares u otras personas
2. ___ Permanecer en casa
3. ___ Evacuar mi casa y dirigirme a un refugio apropiado, de forma independiente
4. ___ Evacuar mi casa y dirigirme a un refugio apropiado, con algún servicio de atención médica

Información para la autorización

Con la firma y envío de este formulario, yo/el guardián legal acepto que mi nombre se agregue al registro de necesidades especiales del condado de Buncombe. En caso de emergencia, autorizo que mi información se comparta con los Servicios de emergencia del condado de Buncombe y con las personas y entidades que se incluyen en este formulario. Asimismo, autorizo el ingreso del personal de respuesta ante emergencias para velar por mi seguridad y

bienestar.

Firma del solicitante

Fecha

X

Firma del encargado autorizado

Fecha

X

Devolver el formulario completo a: Necesidades especiales, Servicios de emergencia del condado de Buncombe

164 Erwin Hills Road, Asheville, NC 28806

Si desea hacer alguna pregunta acerca de este formulario, póngase en contacto con el área de Administración de emergencias del condado de Buncombe al -250-6620.