

**Aplicación Para Refugio De Necesidades Especial**

Fecha: / /

Favor de completar una aplicación por persona. Imprima claramente. Usted puede ser contactado por el personal de Servicios de la Emergencia para revisar su aplicación y contestar cualquier pregunta que usted pueda tener.

**Información del Solicitante**

Núm de Seguro Social:	Nombre:	Inicial:	Apellido:
Fecha De Nacimiento: (Mes/Día/Año)	Edad:	Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenina	
Dirección de Domicilio:		Ciudad: Vero Beach <input type="checkbox"/> Sebastián <input type="checkbox"/> Fellsmere <input type="checkbox"/>	
Estado:	Código Postal:	Teléfono:	

**Información Residencial**

Casa Privada <input type="checkbox"/>	Apartamento <input type="checkbox"/>	Condominio <input type="checkbox"/>	Casa Móvil o Pre-Fabricada <input type="checkbox"/>
Nombre del Complejo de Vivienda o Comunidad:			
¿Es usted residente a tiempo completo del Condado Indian River County? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			

**Dirección Postal (De ser diferente de la residencial)**

Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
------------	---------	---------	----------------

**Información de Contacto de Emergencias**

Nombre:	Relación:	Teléfono:
Nombre:	Relación:	Teléfono:

**Información de Evacuación**

¿Cómo planea usted llegar al refugio?	<input type="checkbox"/> Tengo mi propio transporte. <input type="checkbox"/> Puedo ser transportado por vehículo regular. <input type="checkbox"/> Necesito una silla de ruedas. <input type="checkbox"/> Necesito un vehículo especial.
Debido a recursos limitados, a cada solicitante se le <b>REQUIERE</b> estar acompañado por una persona que le ayude en su cuidado. Nombre de acompañante:	Teléfono:

**TIENE USTED UNA MASCOTA** Sí  No  De tener una mascota, la Sociedad Protectora de Animales (Humane Society) tiene un programa para cuidar de su animal mientras usted está en el refugio. Si usted está interesado en este programa, marque "Sí" en el espacio indicado y alguien le contactará para hacer los arreglos necesarios.

**Información Médica**

¿Es usted un paciente de Hospicio? Sí _____ No _____	
Nombre de Agencia de Asistencia Médica (de ser aplicable)	Teléfono
Nombre de su Farmacia Primaria:	Teléfono:
Nombre de Medico Primario (o de cabecera):	Teléfono:

Nombre de proveedor de equipo de oxígeno (de ser aplicable): \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**ALERGIAS**

**Alergias: Es usted alérgico o sensible a alguna medicina(s):** Sí  No

De ser alérgico, favor de explicar a que medicina(s) es alérgico y cuál fue la reacción:

Movilidad:	Terapia Respiratoria:	
<input type="checkbox"/> Puedo caminar <b>sin</b> ayuda <input type="checkbox"/> Puedo caminar <b>con</b> ayuda <input type="checkbox"/> Utilizo un andador <input type="checkbox"/> Utilizo una bastón <input type="checkbox"/> Utilizo una silla de ruedas <b>motorizada</b> <input type="checkbox"/> Utilizo una silla de ruedas <b>regular</b> <input type="checkbox"/> Estoy postrado(a) en cama	<input type="checkbox"/> Yo utilizo una maquina de oxigeno y entiendo que debo traer suficiente cantidad para sustentarme fuera y de regreso al hogar.  <input type="checkbox"/> Utilizo un Nebulizador	_____ Solo cuando es necesario _____ Horas al día _____ Flujo por litro  _____ Veces al día

**Condiciones Médicas Generales**

<input type="checkbox"/> Utilizo Insulina para la <b>DIABETES</b> <input type="checkbox"/> Utilizo medicina oral para la <b>DIABETES</b>	<input type="checkbox"/> Artritis Severa <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Condición Cardíaca <input type="checkbox"/> Sordo <input type="checkbox"/> Ciego (Perro Guía) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Incontinencia <input type="checkbox"/> Estoma <input type="checkbox"/> Alzheimer/Demencia <b>(REQUIERE un acompañante)</b> <input type="checkbox"/> Dependiente Eléctrico (Oxígeno, CPAP, etc.) <input type="checkbox"/> Otro:						
<input type="checkbox"/> Parálisis <table style="display: inline-table; border: none; margin-left: 20px;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Completa</td> <td><input type="checkbox"/> Parcial</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Completa	<input type="checkbox"/> Parcial					
<input type="checkbox"/> Completa	<input type="checkbox"/> Parcial						
<input type="checkbox"/> Diálisis <table style="display: inline-table; border: none; margin-left: 20px;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Diálisis en el Hogar</td> <td><input type="checkbox"/> En Centro de Diálisis</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Número de de diálisis a la semana _____.</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Nombre de centro del diálisis: _____</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Diálisis en el Hogar	<input type="checkbox"/> En Centro de Diálisis	Número de de diálisis a la semana _____.		Nombre de centro del diálisis: _____		
<input type="checkbox"/> Diálisis en el Hogar	<input type="checkbox"/> En Centro de Diálisis						
Número de de diálisis a la semana _____.							
Nombre de centro del diálisis: _____							
<input type="checkbox"/> Heridas abiertas que requieren los cambios de vendajes. <table style="display: inline-table; border: none; margin-left: 20px;"> <tr> <td>Frecuencia:</td> <td>_____</td> </tr> </table>	Frecuencia:	_____					
Frecuencia:	_____						
<input type="checkbox"/> Embarazada <table style="display: inline-table; border: none; margin-left: 20px;"> <tr> <td>Fecha de Parto:</td> <td>_____</td> </tr> </table>	Fecha de Parto:	_____					
Fecha de Parto:	_____						
<input type="checkbox"/> Medicinas que requieren refrigeración:							

**Medicinas**

**(Puede añadir una lista separada de ser necesario)**

Medicinas de Prescripción			Medicinas sin Receta (OTC)		
Rx Nombre	Dosis	Frecuencia	Nombre de medicina	Dosis	Frecuencia

### Notas Especiales

Como un evacuado de Refugio De Necesidades Especiales, yo tengo derecho a pre-autorizar a que luego de un desastre (como es definido en el Estatuto 252.34.de la Florida) el personal de Servicios de Emergencia, de ser necesario, pueda a entrar mi hogar durante operaciones de búsqueda y rescate para verificar mi bienestar y seguridad

Si, Pre-Autorizo

No, Pre-Autorizo.

Entiendo que el Refugio de Necesidades Especiales no tendrá acondicionador de aire si es que se requiere servicio de electricidad de emergencia.

Entiendo que necesito traer conmigo todas mis medicinas, en frascos etiquetados, y todos los suministros médicos que necesito para mi cuidado para hasta 14 días (2 semanas)

Entiendo que debo traer mi propia ropa de cama. El refugio no suministrará cunas ni otro tipo de ropa de cama.

Parte de mi Plan de Emergencias incluye la alternativa de poder hacer arreglos para vivir en un lugar alternativo (hogar de amigo o pariente, etc.) en caso de que mi hogar tenga daños severos. Mi plan alternativo es de residir temporalmente en la lugar siguiente:

Entiendo que una vez este Refugio Publico ha sido cerrado luego el acontecimiento de la emergencia, será mi responsabilidad el regresar a mi hogar o hacer otro arreglos.

**LEA Y FIRME\*\*\* LEA Y FIRME \*\*\*LEA Y FIRME \*\*\* LEA Y FIRME**

Según mi leal saber y entender, yo certifico que la información contenida aquí es verdad y correcta, entiendo que basado en esta aplicación y los datos que he proporcionado, el **Departamento de Servicios de Emergencia** determinará cual ayuda de evacuación de emergencia, si alguna, este programa podrá proporcionar. Otorgo el permiso a proveedores médicos, agencias de transporte y otras agencias, de ser necesario, a proveer y divulgar cualquier información necesaria para responder a mis necesidades.

**Firma:**

**Fecha:**

### REPRESENTANTE DE SOLICITANTE

Si la persona que completa esta forma no es el solicitante, indique lo siguiente:

Nombre:

Relación/Agencia:

Fecha:

Teléfono:

¿El solicitante ha sido notificado de esta matricula? Sí  No

### Uso Oficial Solamente

Reviewed By:

Date:

Category:

Sector #:

Applicant Contacted:

Pre-Registered: Yes No

Type of Stay:  Patient  Caregiver

Type of Shelter:  Regular  SNS Hospital  Hospice

Patient/Caregiver

Page 3 of 3

### Devuelva esta Aplicación a:

I.R.C. Emergency Services (ATTN: SNS)

4225 43<sup>rd</sup> Avenue

Vero Beach, FL 32967

Preguntas- 772-567-2154

Forma en el web: [www.irces.com](http://www.irces.com)