VUI LÒNG ĐÁNH MÁY HOẶC
IN RA RÕ RÀNG

Hạt Sarasota

Đơn Đăng Ký Nhu cầu Y tế Hạt Sarasota

Mẫu đơn này cần được đệ trình xem xét để xác định điều kiện của bạn cho các Trung tâm Cấp cứu Y tế (trước đây được gọi là các nơi Chăm sóc Nhu cầu Đặc biệt).

Lưu ý: Bệnh nhân thuộc Chương trình chăm sóc Cuối đời (Hospice) vui lòng liên hệ với nhân viên xã hội hoặc người quản lý hồ sơ của bạn trước khi hoàn tất đơn đăng ký.

Quản lý khẩn cấp được ủy quyền bởi các Điều lệ Florida để duy trì việc đăng ký tự nguyện của những người cần trợ giúp trong khi cấp cứu khẩn cấp. Hồ sơ liên quan đến đăng ký công dân khuyết tật được miễn các quy định của F.S. 119.07 (1) Luật hồ sơ Công khai

Hoặc gửi lại đơn đã hoàn thành qua thư đến:
6050 Đường Porter Sarasota FL 34232 Fax: (941) 861-5501 Email: PSN@scgov.net

Thông tin Liên lạc			
Tên:		Họ:	
Ngày sinh:	Tháng:	Ngày:	Năm:
Số Điện thoại Chính:		Số Điện thoại Phụ:	
Địa chỉ Email:			
Địa chỉ Đường:			
Thành phố:		Bang:	Zip:
Phân khu:			
Loại nhà:	☐ Sản xuất / Di động	☐ Căn hộ	☐ Nhà/Nhà đôi
Nếu bạn sống trong nhà nhiều tầng, bạn có cần / sử dụng thang máy đến nhà bạn không?			
Bạn có nói tiếng Anh không?	☐ Có	☐ Không	
Nếu bạn không nói tiếng Anh, bạn nói ngôn ngữ nào?			
Hiện tại bạn có đang được chăm sóc sức khỏe tại nhà không?	☐ Có	☐ Không	

Rev. 5/1/2018

Nếu có, lý do chăm sóc sức khỏe tại nhà (họ làm gì cho bạn)?

Tên Cơ quan Chăm sóc Sức khỏe tại Nhà:

Số Điện thoại Cơ quan Chăm sóc Sức khỏe tại Nhà:

Bạn có một chú chó dịch vụ được đào tạo theo quy định của ADA không? ☐ Có ☐ Không

LƯU Ý: Động vật hỗ trợ tình cảm, mang lại thoải mái và giảm lo lắng không được định nghĩa là động vật phục vụ theo ADA và sẽ được coi là vật nuôi.

Bạn có cần vận chuyển đến trung tâm cấp cứu không? ☐ Có ☐ Không
Nếu cần vận chuyển, bạn có cần nâng xe lăn không?

Người Chăm Sóc và Liên Lạc Khẩn Cấp

Tên Người Chăm sóc: Họ:

Quan hệ của Người Chăm sóc với bạn:

SĐT Người Chăm sóc:

Tên Liên hệ Khẩn cấp (ngoài người chăm sóc):

Tên. Họ:

SĐT Liên lạc Khẩn cấp:

Tổng số người cấp cứu với bạn (giới hạn vợ / chồng, người chăm sóc và trẻ em phụ thuộc (độ tuổi trung học trở xuống):

Nếu không thể trở về nhà từ trung tâm cấp cứu do hư hỏng, bạn có chỗ để đi không? Cung cấp tên liên hệ, điện thoại, địa chỉ nếu có thể:

Nhu cầu Y tế

Các thiết bị hỗ trợ sự sống cần dùng điện (kiểm tra tất cả các thiết bị áp dụng):

☐ Oxy / Máy Nén Oxy (nếu sử dụng trên 5 LPM, vui lòng xem phần tiếp theo)

Nếu bạn đánh dấu oxy ở phần trên, bao nhiêu lít mỗi phút?

Bạn cần oxy thường xuyên như thế nào? ☐ 24 Giờ/Ngày Liên tục ☐ Chỉ về Đêm ☐ Không liên tục

☐ Bơm (Lọc máu phúc mạc / IV / Cho ăn)

☐ Hút

☐ Xe lăn Điện

☐ Hoyer (Lưu ý: nhân viên của trung tâm cấp cứu sẽ KHÔNG hỗ trợ chuyển hoyer)

☐ Khác: (Lưu ý: nếu chỉ ra phương pháp điều trị máy phun sương, cho biết tần suất [ví dụ: hàng ngày, không liên tục khi cần]

Vấn đề Y tế:

- [ ] Phụ thuộc Insulin
- [ ] Tự Quản lý thuốc [ ] Cần người chăm sóc quản lý thuốc

  Bạn đã gọi 911 trong vòng 12 tháng qua do lượng đường trong máu thấp chưa?
- [ ] Mất trí nhớ / Alzheimer (người chăm sóc toàn thời gian phải có mặt tại trung tâm cấp cứu)
- [ ] Vết thương mở / decubitus (loét da) yêu cầu chăm sóc vết thương chuyên nghiệp
- [ ] Chạy thận Nhân tạo

  Tên Nhà cung cấp Lọc máu:

  SĐT Nhà cung cấp Lọc máu:

  Ngày điều trị lọc máu gần nhất: (chỉ cần nếu áp dụng trong vòng 24-48 giờ mở cửa trung tâm cấp cứu)
- [ ] Giải phẫu Cắt bỏ
- [ ] Ống thông Nội
- [ ] Ruột Không ngăn
- [ ] Liệt hai chi dưới
- [ ] Bệnh hoặc vết thương hô hấp truyền nhiễm (chỉ cần nếu áp dụng trong vòng 24-48 giờ mở cửa trung tâm cấp cứu)

  Phẫu thuật trong vòng 7 ngày gần đây (chỉ cần để đăng ký gấp)
- [ ] Loại phẫu thuật:

Khả năng di chuyển:

- [ ] Cần hỗ trợ để ngồi / đứng lên / chuyển / đi vệ sinh / đi bộ (Lưu ý: nhân viên trung tâm cấp cứu không thể hỗ trợ chuyển Hoyer)

  Nếu bạn cần hỗ trợ để ngồi / đừng lên / chuyển, cần bao nhiêu người để hỗ trợ:
- [ ] Có thể đi bộ quãng đường dài (ví dụ: sân bóng đá) mà không cần hỗ trợ
- [ ] Xe lăn hoặc xe hai bánh và có thể tự chuyển

Nhu cầu Y tế Cấp cao

Khả năng di chuyển:

- [ ] Giới hạn tại Giường
- [ ] Liệt tứ chi (không thể tự chuyển mà không có công cụ)
- [ ] Giới hạn trên Xe lăn (không thể tự chuyển mà không có công cụ)
- [ ] Trên 450 lbs VÀ cần hỗ trợ để đi lại / chuyển đổi

Hô hấp:

- [ ] Oxy trên 5 lít mỗi phút

  Lít Oxy mỗi phút:
- [ ] Máy thở

Vật nuôi

Tất cả các vật nuôi PHẢI được tiêm chủng đầy đủ, chứa trong thùng và có tất cả các vật dụng cần thiết (không cung cấp thực phẩm). Vật nuôi sẽ được lưu giữ trong các khu vực dành riêng cho vật nuôi, không phải trong các phòng có người, trừ khi nó là động vật phục vụ.

LƯU Ý: vật nuôi sẽ KHÔNG được cho phép tại các trung tâm cấp cứu Nhu cầu Y tế Cấp cao. Bạn sẽ được thông báo về vị trí được chỉ định của bạn và chính sách thú cưng cho địa điểm đó nếu hội đủ điều kiện cho chương trình nhu cầu y tế.

Bạn có vật nuôi không? ☐ Có ☐ Không

Có bao nhiêu con chó đi cùng bạn?

Có bao nhiêu con mèo đi cùng bạn?

Bạn có thể độc lập chăm sóc vật nuôi của bạn không? ☐ Có ☐ Không, tôi cần hỗ trợ

Vui lòng đọc trước khi gửi đơn

Bằng cách nộp đơn đăng ký này, tôi đồng ý rằng tôi đã đọc và hiểu những điều sau đây:

- Rằng tôi sẽ ngủ trên một chiếc giường gần mặt đất và tôi là người duy nhất được đảm bảo chỗ nằm.
- Tôi hiểu rằng người chăm sóc của tôi có thể được cung cấp giường nếu có. Giường sẽ không được cung cấp cho các thành viên trong gia đình đi cùng.
- Tôi có trách nhiệm lập kế hoạch cho nơi tôi có thể đi trong trường hợp tôi không thể trở về nhà từ trung tâm cấp cứu do cúp điện hoặc hư hỏng.
- Tôi hiểu rằng khi một trung tâm cấp cứu mở cửa, tôi sẽ chỉ được liên lạc một lần để hỏi liệu tôi có phải di tản hay không và liệu tôi có cần phương tiện di chuyển do hạt cung cấp cho trung tâm di tản hay không. Nếu tôi từ chối, hoặc không thể đưa ra quyết định vào thời điểm đó, phương tiện di chuyển thay thế đến trung tâm cấp cứu có thể không được hạt cung cấp và tôi có thể phải tự chịu chi phí.
- Tôi có trách nhiệm mang bất kỳ thực phẩm đặc biệt nào cần thiết cho chế độ ăn kiêng của tôi và điều đó cũng áp dụng cho người chăm sóc và gia đình tôi.
- Tôi chịu trách nhiệm mang theo các thiết bị di chuyển của mình (khung tập đi, xe lăn, vv).
- Tôi hiểu rằng không gian trong trung tâm cấp cứu bị hạn chế và sẽ chỉ mang theo một va li với quần áo, đồ ngủ, đồ vệ sinh cá nhân, thuốc, gối, chăn và vật liệu hoạt động yên tĩnh (sách, câu đố, vv).
- Tôi hiểu rằng nếu tôi đang sử dụng oxy, tôi có trách nhiệm liên hệ với nhà cung cấp oxy của mình để có thêm xe tăng trước khi có bão / bão nhiệt đới.

Vui lòng nhập tên đầy đủ của bạn bên dưới để cho biết bạn đã đọc và hiểu những điều trên. Nếu nộp đơn này thay mặt cho một người nào đó, vui lòng nhập tên của bạn bên dưới cũng như tên cơ quan hoặc quan hệ của bạn với người đăng ký.

Họ và Tên:

Cơ quan / Quan hệ với Người đăng ký:

Nhấp vào bên dưới để gửi biểu mẫu đã hoàn thành qua email: Nhấp vào bên dưới để lưu đơn và nộp sau:

Nộp qua Email **Lưu**

Hạt Sarasota cấm phân biệt đối xử trong tất cả các dịch vụ, chương trình hoặc hoạt động trên cơ sở chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, độ tuổi, khuyết tật, giới tính, tình trạng hôn nhân, tình trạng gia đình, tôn giáo hoặc thông tin di truyền. Người khuyết tật cần hỗ trợ hoặc phương tiện thay thế để liên lạc thông tin chương trình (chữ nổi Braille, chữ in lớn, băng ghi âm, vv), hoặc người muốn nộp đơn khiếu nại, nên liên hệ:

ADA Hạt Sarasota / Điều phối viên Dân quyền
1660 Đường Ringling Sarasota Florida 34236
SĐT: 941-861-5000; TTY 7-1-1 hoặc 1-800-955-8771 Email: adacoordinator@scgov.net