Solicitud de Necesidades Médicas del Condado de Sarasota

TIPEE O IMPRIMA

Este formulario debe enviarse para su revisión a fin de determinar su elegibilidad para los **centros** de evacuación médicamente dependientes (anteriormente conocidos como Refugios para personas con necesidades especiales).

Nota: Los pacientes de hospicio deben ponerse en contacto con su trabajador social o administrador de caso antes de completar una solicitud

Los Estatutos de la Florida dictan que la Administración de Emergencia mantenga un registro voluntario de las personas que requieren asistencia en evacuaciones de emergencia. Los registros relacionados con el registro de ciudadanos discapacitados están exentos de las Disposiciones de F.S. 119.07 (1) Ley de Registros Públicos

O regrese el formulario completo a través por correo a:
6050 porter way
Sarasota FL 34232
Fax: (941) 861-5501
Email: PSN@scgov.net

Información de Contacto		
Nombre:	Apellido:	
Fecha de nacimiento: Día: Mes:	Año:	
Núm. Telefónico Principal:	Núm. Telefónico Secundario:	
Email o correo electrónico:		
Dirección de habitación:		
Ciudad:	Estado:	Zip:
Sub-División:		
Tipo de Vivienda: ☐ Manufacturada/Móvil ☐ Apartamento/Condominio ☐ Casa/Dúplex Si vive en una vivienda de unidades múltiples, ¿necesita/usa un ascensor para llegar a su casa?		
¿Habla Inglés? ☐ Sí ☐ No		
Si no, ¿Qué idioma habla?		
¿Recibe actualmente atención sanitaria domiciliaria? ☐ Sí ☐ No		
Razones por las que recibe la atención, si es el caso (¿Qué hacen ellos por usted?)		

Nombre de la agencia de atención domiciliaria doméstica:

Teléfono de la agencia domiciliaria doméstica:

¿Tiene un perro de servicio entrenado establecido por la ADA? Sí No

NOTA: Los animales para la ansiedad, consuelo o apoyo emocional no cuentan como animales de servicio por la ADA, son consideradas mascotas.

¿Necesitará ser transportado al centro de evacuación? Sí No

Si es el caso, ¿necesita un elevador para sillas?

Contacto de Emergencia y Ciudador

Nombre del Cuidador: Apellido:

Relación del cuidador con usted:

Teléfono del ciudador:

Nombre del Contacto de Emergencia (otro además del cuidador):

Nombre: Apellido:

Teléfono del Contacto de Emergencia:

Total del número de personas que evacúan con usted (limitado a cónyuge, cuidador e hijos dependientes (en edad de escuela secundaria y menores):

Desde el centro de evacuación, si no puede regresar a su vivienda por los daños, ¿tiene otro lugar a dónde ir? Si es posible, provea el nombre del contacto, teléfono y dirección:

Necesidades Médicas

Depende de la electricidad para dispositivos de salvamento (seleccione todas las que aplican):

Oxígeno/Concentrador de Oxígeno (si usa más de 5 LPM vea la siguiente sección)

Si selecciona el oxígeno arriba, ¿cuántos litros por minuto requiere?

¿Con cuánta frecuencia lo usa? 24 horas contínuas por día Sólo en la noche Alternados

Bomba (Diálisis Peritoneal/Intravenosa/Alimentación)

Succión

Silla Eléctrica

Hoyer (Nota: el personal del centro de evacuación no ayudará con el traslado en Hoyer)

Otro: (Nota: si indica tratamientos de nebulizador, incluída la frecuencia [ej. como necesidad diaria o alterna])

Problemas Médicos:

☐ Dependiente de Insulina

☐ Administrador propio de medicamentos ☐ Requiere que un cuidador le administre los medicamentos

¿Ha llamado en los últimos 12 meses al 911 debido a la hipoglucemia?

☐ Demencia/Alzheimer's (el cuidador debe permanecer con usted a tiempo completo en el centro de evacuación)

☐ Heridas abiertas/decúbito (úlceras en la piel) que requieren de atención profesional

☐ Hemodialisis

Nombre del Proveedor de Diálisis:

Teléfono del Proveedor de Diálisis:

Fecha del último tratamiento de Diálisis: (sólo es necesario si se aplíca dentro de las 24/48 horas de la apertura del centro de evacuación)

☐ Colostomía

☐ Catéter Permanente

☐ Incontinencia de Intestino

☐ Paraplégico

☐ Herida o enfermedades respiratorias infecciosas (sólo es necesario aplicar dentro de las 24/48 horas de la apertura del centro de evacuación)

☐ Cirugía dentro de los últimos 7 días (sólo es necesario para registros de última hora)

Tipo de Cirugía:

Movilidad:

☐ Asistencia necesaria para sentarse/levantarse/moverse/ir al baño/caminar (Nota: el equipo del centro de evacuación no ayudará con el traslado en Hoyer)

Si requiere asistencia para sentarse/moverse/levantarse, ¿cuántas personas requiere para ello?:

☐ Capaz de caminar largas distancias (ej. un campo de fútbol) sin ayuda

☐ Capaz de trasladarse a sí mismo en silla o monopatín

Necesidades Médicas Avanzadas

Movilidad:

☐ Inmóvil

☐ Cuadriplégico (incapaz de trasladarse sin equipo)

☐ Silla de Ruedas (incapaz de trasladarse sin equipo)

☐ Con más de 450 libras Y requiere de ayuda para caminar/trasladarse

Respiratoria:

☐ Más de 5 litros de oxígeno por minuto

LPM de Oxígeno:

☐ Ventilador

Mascotas

Todas las mascotas DEBEN estar completamente inmunizadas, enjauladas y tener todos los suminstros necesarios (no se les provee comida). Las mascotas se mantendrán en un área diseñada especialmente para ellas, no permanecerán en las habitaciones con sus dueños, a no ser que se trate de un animal de servicio.

NOTE: No se permitirán mascotas en los centros de evacuación de Necesidades Médicas Avanzadas. Se le notificará el lugar asignado para ella y las políticas de ese lugar de ser hallado elegible para el programa de necesidades médicas.

¿Tiene mascotas? ☐ Sí ☐ No

¿Cuántos perros evacúan con usted?

¿Cuántos gatos evacúan con usted?

¿Es capaz de cuidar de su(s) mascota(s) de manera independiente? ☐ Sí ☐ No, necesito ayuda

Por favor, lea antes de enviar el formulario:

Al enviar este formulario, usted acepta que ha leído y entendido lo siguiente:

- Que dormiré en una camilla baja y soy la única persona que tiene garantizada una.
- Entiendo que ami cuidador se le puede proporcionar una camilla si está disponible. No se les proporcionrán camillas a los familiares acompañantes.
- Que es mi responsabilidad planificar a dónde podría ir en caso de no poder volver a mi hogar por falta de energía o daños.
- Entiendo que cuando un centro de evacuación sea abierto me contactarán sólo una vez para preguntarme si voy a evacuar y si necesito transporte al centro de evacuación proporcionado por el condado. De rechazarlo o no tomar una desición en ese momento, es posible que el transporte ya no sea proporcionado por el condado y deba costearlo yo mismo.
- Es mi responsabilidad llevar cualquier alimento especial necesario para mis requerimientos de dieta, y lo mismo aplica para mi cuidador y mi familia.
- Soy responsable de traer mis propios dispositivos de movilidad (andadera, silla de ruedas, entre otros).
- Entiendo que el espacio en el centro de evacuación es limitado y sólo llevaré una maleta con ropa, pijama, artículos de tocador, medicamentos, almohadas, mantas y materiales de actividades silenciosas (libros, rompecabezas, entre otros).
- Entiendo que si recibo oxígeno es mi responsabilidad contactar al proveedor del mismo para obtener tanques adicionales antes de una tormenta o huracán tropical.

Por favor escriba su nombre completo debajo para indicar que ha leído y entendido la información anterior. Si envía esta solicitud en nombre de alguien, escriba su nombre abajo así como el nombre de la agencia o relación con el solicitante.

Nombre Completo:

Agencia o Relación con el solicitante:

Clic abajo para enviar el formulario completado por email:

Enviar por Email

Clic abajo para guardar y completar después:

Guardar

El Condado de Sarasota prohíbe la discriminación en todos los servicios, programas o actividades por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, estado civil, estado familiar, religión o información genética. Las personas con discapacidades que requieren asistencia o medios alternativos para la comunicación de la información del programa (Braille, letra grande, cinta de audio, etc.), o que desean presentar una queja, deben ponerse en contacto con:

Coordinador de Derechos Civiles/ADA del Condado de Sarasota
1660 Ringling Blvd. Sarasota, Florida 34236 Teléfono: 941-861-5000; TTY 7-1-1 or 1-800-955-8771
Email: adacoordinator©scgov.net