

REFUGIO DEL CONDADO DE McLEAN / INSCRIPCIÓN DE NECESIDADES ESPECIALES

APELLIDO: _____ NOMBRE: _____ INIC. _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ SEXO: _____
DIRECCIÓN POSTAL: _____ APTO. / LOTE NÚM. _____
CIUDAD: _____ CÓDIGO POSTAL: _____ TELÉFONO: _____

NECESITO TRANSPORTE: Sí No
Situación de vivienda Solo con un Pariente Otra
 Casa de una sola familia Casa rodante Apto / Condo, Nombre del complejo: _____
 Cuidador: _____ Hospicio, Identificación del equipo: _____ Asistencia a la salud en el hogar: _____
 ¿Tiene mascotas? ¿Cuántas? / ¿Qué tipo? _____ ¿Tiene algún animal que le presta SERVICIOS? Sí No

NECESIDAD ESPECIAL (MARQUE TODOS LOS QUE CORRESPONDAN)

Enfermedad renal Enfisema Andador /Bastón Tubo de alimentación
 Diabetes/ Depende de insulina Memoria deficiente Ayuda con silla de ruedas Aparato de ventilación
 Presión arterial alta Convulsiones En cama Diálisis
 Salud mental deficiente Incontinencia Vista deficiente Habla deficiente
 Dependiente de electricidad Cáncer Oxígeno (lpm) Silla geriátrica

¿Por qué? _____
 Tratamiento respiratorio Sordo / Algo sordo Ataque cerebral (Stroke)

Contactos de emergencia

Nombre: _____ **Teléfono:** _____
Nombre: _____ **Teléfono:** _____

Arreglos de antemano: Hospital Hogar de ancianos Lugar de vivienda alterno

Nombre de la instalación: _____

Nombre del médico: _____ **Teléfono:** _____

Al firmar este formulario doy mi autorización para que la información médica que contiene el mismo se le divulgue al Departamento de Salud del Condado, a la Administración de Emergencias, a los Socorristas de Seguridad Pública e instalaciones que reciben el formulario con el objetivo de evaluar mis necesidades y proporcionar transporte y refugio de emergencia. Los registros relacionados con la registración de Personas con Necesidades Especiales están exentos de las disposiciones de la Ley de Registros Públicos. La información que esto contiene se mantendrá confidencial.

Firma _____ o Representante: _____ Fecha: _____

Solo para uso oficial (Official use only):

Transport to: General Shelter Special Needs Shelter Hospital Other
 Register for Special Needs Shelter Only

Type of Transport: Own vehicle Van / Bus Wheelchair only Stretcher/Ambulance

Fire District: _____ **Grid:** _____ **Evacuation Level:** _____ **Shelter Name:** _____
Comments: _____

