

Evacuación de emergencia y el registro de necesidades especiales

Madison County EMC

101 W. Main, Suite B-13

Madisonville, Tx 77864

(936) 348-3810

A. Información personal-

1. Nombre: \_\_\_\_\_ Esposo: \_\_\_\_\_
2. Dirección de su casa: \_\_\_\_\_ Apt #: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_
3. Dirección de correo: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_
4. Dirección del trabajo: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_
5. Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_  
Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_
6. Nombre del complejo / subdivisión: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_
7. Tiene mascotas: sí: \_\_\_\_\_, Que tipo \_\_\_\_\_ no: \_\_\_\_\_

B. Información médica-

1. ¿Es usted un paciente de hospicio? sí: \_\_\_\_\_ no: \_\_\_\_\_
2. (En caso afirmativo, incluya una copia de "no-código" de su médico con esta forma)
3. Por favor describa su discapacidad médica: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
4. Usted: cuida de sí mismo: \_\_\_\_\_ tiene cuidador: \_\_\_\_\_  
necesita ayuda: \_\_\_\_\_ horas/día: \_\_\_\_\_
5. Nombre del cuidador: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_
6. Te ambulatoria? \_\_\_\_\_ con asistencia: \_\_\_\_\_ sin asistencia: \_\_\_\_\_
7. Estás confinado a una cama? sí: \_\_\_\_\_ no: \_\_\_\_\_ de vez en cuando: \_\_\_\_\_
8. ¿Usted usa una silla de ruedas? sí: \_\_\_\_\_ no: \_\_\_\_\_ de vez en cuando: \_\_\_\_\_
9. ¿Utiliza un andador o una bastón? sí: \_\_\_\_\_ no: \_\_\_\_\_ de vez en cuando: \_\_\_\_\_
10. Estás en un sistema de soporte de vida que requieren de electricidad? \_\_\_\_\_  
oxígeno: \_\_\_\_\_ respirador: \_\_\_\_\_ succión: \_\_\_\_\_
11. Si usted utiliza oxígeno, ¿cuántas horas lo usa al día? \_\_\_\_\_
12. ¿Tiene un tanque de oxígeno portable? sí: \_\_\_\_\_ no: \_\_\_\_\_
13. ¿necesita una dieta especial? sí: \_\_\_\_\_ no: \_\_\_\_\_ de vez en cuando: \_\_\_\_\_
14. En caso afirmativo, ¿qué tipo? \_\_\_\_\_
15. ¿Es usted alérgico a algún medicamento o alimento? ? sí: \_\_\_\_\_ no: \_\_\_\_\_

16. En caso afirmativo, indique: \_\_\_\_\_

17. Por favor díganos sobre sus necesidades especiales (marcar cualquier elemento aplicable):

- a. terapia de oxígeno: \_\_\_\_\_
- b. equipos de soporte de vida: \_\_\_\_\_
- c. ostomía gestión: \_\_\_\_\_
- d. catéteres: \_\_\_\_\_
- e. postrado en cama: \_\_\_\_\_
- f. el uso de medicamentos fuertes: \_\_\_\_\_
- g. enfermos terminales: \_\_\_\_\_
- h. inyecciones o terapia de IV: \_\_\_\_\_
- i. problemas para vestirse: \_\_\_\_\_
- j. dependiente de otros para el cuidado y la asistencia: \_\_\_\_\_
- k. condiciones de inestabilidad médica, las necesidades de enfermería, o montador(especificar): \_\_\_\_\_
- l. otro: \_\_\_\_\_

18. Enumerar los tipos de suministros médicos desechables que utiliza en una:

- a. todos los días: \_\_\_\_\_
- b. cada semana: \_\_\_\_\_

19. Por favor enlista todos sus medicamentos con la dosis a continuación:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

C. Información de evacuación-

- 1. Si tuvieras que evacuar a donde te quedarías? amigos: \_\_\_\_\_  
hotel: \_\_\_\_\_ familia: \_\_\_\_\_ refugio: \_\_\_\_\_
- 2. Si un refugio, entonces, ¿qué tipo de refugio quieres?  
Estándar: \_\_\_\_\_ necesidades especiales: \_\_\_\_\_
- 3. Nombre de su médico: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_
- 4. Amigo o pariente más cercano para llamar en caso de una emergencia:  
Nombre: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_
- 5. ¿Tiene algún otro comentario o sugerencia que nos pueda ayudar en su cuidado durante la evacuación? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 6. Cuántas personas van a evacuar con usted? \_\_\_\_\_

**El abajo firmante concede el permiso para el Manejo de Emergencias para divulgar esta información a las agencias de respuesta de emergencia.**

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Fecha

Por favor devuelva este formulario o por correo este formulario en el sobre adjunto a la oficina del condado de Madison de gestión de emergencias.

Usted será contactado por un miembro del personal de emergencia servicio para revisar su solicitud y responder a cualquier pregunta que pueda tener. Si alguno de los cambios de su información, póngase en contacto con la emergencia del condado de Madison oficina de gestión.

Si usted está ayudando a la persona para llenar este formulario, por favor conteste las siguientes preguntas:

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Agencia: \_\_\_\_\_ Registrar notificado: sí: \_\_\_\_\_ no: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_