

REGISTRO DE ASISTENCIA ESPECIAL DE BRAZOS VALLEY/CONDADO DE MADISON

Fecha: _____ ¿Tiene usted el transporte para evacuar? Si No

Primer Nombre: _____ Apellido: _____

Dirección De Calle: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Número de Teléfono 1: _____ Número de Teléfono 2: _____

¿Está la dirección anunciada? Si No Género: Mujer Hombre Fecha de Nacimiento: _____

En caso de una emergencia, contacto:

Primer Nombre: _____ Apellido: _____

Relación: _____ Número de Teléfono: _____

¿Si otros evacúan con usted, cuántos? _____

¿Tiene usted un animal del servicio y/o una mascota? Sí No ¿Si sí, cuántos? _____ ¿Qué clase? _____

¿Tiene usted portadores para cada animal del servicio y cada mascota? Si No

¿Usted o alguna otra persona evacuando con usted usan oxígeno? Si No

¿Necesita usted de algún servicio para personas con necesidades especiales médicas? Si No

(Uno que necesita ayuda durante la evacuación y refugio a causa de una condición física, o retraso mental, o requiere un nivel del cuidado y recursos más allá del nivel básico de primeros auxilios del cuidado que está disponible en los refugios para la población general.)

¿Qué categoría describe sus necesidades especiales?

- Nivel 0:** Una persona que no tiene alguna necesidad especial, pero está sin transporte.
- Nivel 1:** Un persona dependiente de otra persona para el cuidado rutinario (comer, caminar, ir al cuarto del baño, etc.). Un niño bajo 18 de edad sin la supervisión adulta, etc.
- Nivel 2:** Una persona que es ciega, a sufrido algún daño a los oídos, es sordo/ciego, o tiene una amputación.
- Nivel 3:** Una persona que necesita ayuda con la administración médica del cuidado, o necesita ser vigilado por una enfermera, y el dependiente en el equipo del cuidado le ayuda con la medicina. Una persona que sufre de los desórdenes mentales de la salud.
- Nivel 4:** Una persona fuera del cuidado institucional que requiere el uso de medicamento extenso (es decir la quimioterapia de suero, ventilador, el diálisis de peritoneal, la diálisis, equipo de apoyo de vida, cama de hospital y cuidado total, y/o es morbosamente obeso).
- Nivel 5:** Una persona el cuidado institucional como los hospitales, una casa de convalecientes de largo plazo, o alguna escuela del estado.

Si usted seleccionó el Nivel 3, 4, o 5: ¿Utiliza usted una silla de ruedas? Si No

¿Está usted confinado una cama? Si No

¿Requiere usted electricidad para el equipo médico? Si No



Regresa la forma completa a:
Madison County Office of Emergency Management
101 West Main, Suite B-13,
Madisonville, Texas 77864; OR
FAX: 936-348-6614; OR email to shelly.butts@madisoncountytexas.org;
OR Call 2-1-1.

