



PROGRAMA DE NECESIDADES MEDICAS ESPECIALES
LEE COUNTY EMERGENCY MANAGEMENT

PO BOX 398, FORT MYERS, FL 33902-0398
PARA MAS INFORMACION LLAMA 239-533-0640 / FAX# 239-477-3636

Las solicitudes NO se procesaran cuando el condado de Lee este en el cono de prevision de huracanes de 5 dias.

INFORMACION PERSONAL

Apellido	<input type="text"/>	Sufijo	<input type="text"/>	Nombre	<input type="text"/>	I.S.N	<input type="text"/>
ID	<input type="text"/>	Fecha de Nacimiento	<input type="text"/>	Idioma	<input type="text"/>		
Genero	<input type="text"/>	Peso	<input type="text"/>	Estatura-Pies	<input type="text"/>	Pulgadas	<input type="text"/>

DIRECCION FISICA

Direccion	<input type="text"/>	Calle	<input type="text"/>		Unidad	<input type="text"/>
Ciudad	<input type="text"/>	Estado	<input type="text"/>	Codigo Postal	<input type="text"/>	
Subdivision/Communitdad	<input type="text"/>			Codigo de porton	<input type="text"/>	
Tipo de Residencia (Casa, duplex, Apt/Condo, barco, Casa Movil)	<input type="text"/>		Situacion de Vivienda (Vivo Solo/a, Vivo con Familia, Vivo con cuidador, Otro)	<input type="text"/>		
Escaleras? Numero de Pisos	<input type="text"/>	Compania electrica (FPL, LCEC, Otro)	<input type="text"/>			
Telefono Principal	<input type="text"/>	Telefono Secundario	<input type="text"/>	7-1-1 Rele/TTY	<input type="text"/>	
Correo Electronico	<input type="text"/>					

DIRECCION DE ENVIO

Igual que arriba

Direccion	<input type="text"/>	Unidad#	<input type="text"/>	PO Box	<input type="text"/>
Ciudad	<input type="text"/>	Estado	<input type="text"/>	Codigo Postal	<input type="text"/>

INFORMACION DEL CUIDADOR

Apellido del Cuidador/a	<input type="text"/>	Nombre del Cuidador/a	<input type="text"/>
Telefono del Cuidador/a	<input type="text"/>	Telefono secundario del Cuidador/a	<input type="text"/>
Correo electronico del Cuidador/a	<input type="text"/>		
¿Requiere un cuidador de 24 horas?	<input type="checkbox"/>	¿El cuidador se quedará con usted en el refugio?	<input type="checkbox"/>

Nombre del Solicitante



PROGRAMA DE NECESIDADES MEDICAS ESPECIALES
LEE COUNTY EMERGENCY MANAGEMENT

PO BOX 398, FORT MYERS, FL 33902-0398

PARA MAS INFORMACION LLAMA 239-533-0640 / FAX# 239-477-3636

CONTACTO DE EMERGENCIA - LOCAL

Apellido de Contacto	<input type="text"/>	Nombre de Contacto	<input type="text"/>
Telefono	<input type="text"/>	Telefono Secundario	<input type="text"/>
Direccion	<input type="text"/>	Calle	<input type="text"/>
		Unidad#	<input type="text"/>
Ciudad	<input type="text"/>	Estado	<input type="text"/>
		Codigo Postal	<input type="text"/>
		Relacion	<input type="text"/>
Correo Electronico	<input type="text"/>		

CONTACTO DE EMERGENCIA - FUERA DEL AREA

Apellido de Contacto	<input type="text"/>	Nombre de Contacto	<input type="text"/>
Telefono	<input type="text"/>	Telefono Secundario	<input type="text"/>
Direccion	<input type="text"/>	Calle	<input type="text"/>
		Unidad#	<input type="text"/>
Ciudad	<input type="text"/>	Estado	<input type="text"/>
		Codigo Postal	<input type="text"/>
		Relacion	<input type="text"/>
Correo Electronico	<input type="text"/>		

EVALUACION MEDICA DE LA SALUD Informacion del Medico

Nombre del Medico Telefono del Medico

Tengo una orden de No Resucitar (DNR). Su documento original, firmado por su medico, DEBE estar con usted en el refugio.

EVALUACION DE CUIDADO ESPECIAL

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Vision ciega / baja | <input type="checkbox"/> Heridas crónicas | <input type="checkbox"/> Alta hospitalaria reciente |
| <input type="checkbox"/> Sordos / con problemas de audición | <input type="checkbox"/> Ulceras de decúbito | <input type="checkbox"/> C-Diff |
| <input type="checkbox"/> Frágil / Anciano | <input type="checkbox"/> IM o IV Inyecciones | <input type="checkbox"/> SARM |
| <input type="checkbox"/> Necesita ayuda con medicamentos | <input type="checkbox"/> Tubo de alimentación | <input type="checkbox"/> Enfermedad terminal - Hospicio |
| <input type="checkbox"/> Hemodiálisis: en el hogar | <input type="checkbox"/> Insulina dependiente | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Hemodialysis – at facility | Hemodialysis frequency | <input type="text"/> |
| Diálisis / Centro de Salud en el Hogar | <input type="text"/> | Telefono <input type="text"/> |

Otro

Nombre del Solicitante



PROGRAMA DE NECESIDADES MEDICAS ESPECIALES
LEE COUNTY EMERGENCY MANAGEMENT

PO BOX 398, FORT MYERS, FL 33902-0398

PARA MAS INFORMACION LLAMA 239-533-0640 / FAX# 239-477-3636

EVALUACION COGNITIVA

- Demencia
- Enfermedad de Alzheimer
- Discapacidad del desarrollo
- Causa dano a si mismo/a o los
- Tratorno de conducta
- Desorden psiquiatrico
- Trastorno Bipolar
- Trastorno Obsesivo-Compulsivo
- Ansiedad
- Depresion
- Autismo Espectro
- Parkinson

Nivel de autismo (alto funcionamiento de Asperger, moderado, bajo funcionamiento, no verbal)

Otro

EVALUACION DE MOVILIDAD

- Puedo caminar solo
- Uso una silla de ruedas estándar
- Tengo un animal de servicio
- Amputado
- Parapléjico
- Cuadripléjico
- Multiple Sclerosis (MS)
- Distrofia muscular (DM)
- Necesito un levantamiento de Hoyer
- Necesito un asistente para ayudarme a caminar
- Puedo levantarme y caminar
- Utilizo una silla de ruedas / scooter motorizado
- Utilizo un andador con asiento / andador con ruedas
- Bastón blanco
- Yo peso más de 300 libras
- Estoy acostado en la cama
- Requiero transporte en camilla
- ALS (enfermedad de Lou Gehrig)

Otro

WHAT HELP DO YOU REQUIRE?

- Caminar
- De pie
- Entrar y levantarse de la cama
- Vestirse
- Ir al baño
- Alimentando
- Cuidado de la herida
- Externo / autocateteter
- Comunicarse
- Baño / Ducharse
- Ostomía
- Asst con medicamentos
- Incontinencia intestinal / vesical

Otro

EVALUACION DE ELECTRICIDAD

- CPAP / BiPAP
- Nebulizador
- Bomba de alimentacion
- Ventilador
- Med refrigerado
- Monitor de apnea
- Monitor cardiaco

Requiero oxigeno litros de oxígeno por minuto que requiero

Nombre del Solicitante



PROGRAMA DE NECESIDADES MEDICAS ESPECIALES
LEE COUNTY EMERGENCY MANAGEMENT

PO BOX 398, FORT MYERS, FL 33902-0398

PARA MAS INFORMACION LLAMA 239-533-0640 / FAX# 239-477-3636

Uso de oxigeno (24 h/dia, solo noches, segun sea necesario, con CPAP/BiPAP)

Proveedor de oxigeno

Numero de telefono

INFORMACION MEDICA ADICIONAL

Tengo alergias

NECESIDADES DE TRANSPORTE

- Proporcionare mi propio medio de transporte
- Necesito transporte – Autobus Paratransito
- Estoy postrado en cama y requiero transporte en camilla

NECESIDADES DE REFUGIO DE MASCOTAS

Nombre	Tipo	Raza	Peso	<input type="checkbox"/> Cargador/Jaula <input type="checkbox"/> Correa/Collar

Notas de mascotas

Los registros relacionados con el registro de ciudadanos con necesidades especiales están exentos de las disposiciones de S.119.07 (1), Estatutos de la Florida. Entiendo que este registro es voluntario y por este medio solicito ser registrado en el Programa de Necesidades Médicas Especiales del Condado de Lee. La información contenida en este documento es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que existen limitaciones para los servicios y niveles de atención disponibles. Por la presente, otorgo permiso a proveedores médicos, agencias de transporte y otros, para proporcionar atención y responder a mis necesidades, y para la divulgación de cualquier información necesaria para hacerlo. También otorgo permiso a las agencias de respuesta a emergencias para ingresar a mi residente con el propósito de buscar y rescatar en caso de emergencia, y autorizo la divulgación de la información necesaria para que estas agencias realicen estos servicios. En un esfuerzo por garantizar la seguridad de todos los residentes de los refugios, se ejecutará una pantalla de antecedentes de todas las personas que evacuaron al Refugio de Necesidades Médicas Especiales, incluido el cuidador.

Nombre del Solicitante