



MANEJO DE EMERGENCIAS DEL CONDADO DE LEE PROGRAMA DE NECESIDADES MÉDICAS ESPECIALES

2675 ORTIZ AVENUE, FORT MYERS, FL 33905
PARA MÁS INFORMACIÓN, LLAME AL 239-533-0640 / FAX 239-477-3636



Las solicitudes NO se procesarán cuando el condado de Lee esté en el cono de huracán de 7 días. Los campos marcados con un asterisco (*) son obligatorios. Las solicitudes incompletas se devolverán para su cumplimentación.

INFORMACIÓN PERSONAL

Primer Nombre* _____ Inicial del Segundo Nombre _____ Apellido* _____ Sufijo _____
Fecha de Nacimiento* _____ Género _____ Altura (pies) _____ Altura (pulg.) _____ Peso _____
Idioma Principal* _____ Veterano: **S** o **N** Teléfono Principal* _____ TTY: **S** o **N**
Teléfono Secundario _____ Correo Electrónico* _____ Método de Contacto Preferido: _____

DIRECCIÓN FÍSICA

Dirección* _____ Apartamento/Unidad _____ Ciudad* _____ Estado: FL
Código Postal* _____ Subdivisión / Comunidad _____ Código de Portón _____

Escaleras*: **S** or **N** # de Tramos de Escaleras _____

Viviendo con su Cónyuge: **S** or **N**

Empresa de Servicios Públicos*:
LCEC o **FPL** o **Otro**: _____

Tipo de Residencia (circule uno)*:

Casa
Casa Dúplex
Apartamento/Condominio
Casa Móvil/Prefabricada
Bote

Situación de Vida (circule uno)*:

Vivo Solo
Vivo con Familiares
Vivo con un Cuidador
Otro: _____

DIRECCIÓN POSTAL *

Lo Mismo que Arriba Dirección _____ Apartamento/Unidad/Apartado Postal _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

INFORMACIÓN DEL CUIDADOR*

Si tiene un cuidador, debe proporcionar su nombre y apellido y teléfono principal.

¿Necesita un cuidador las 24 horas?* **S** or **N**

¿Su cuidador viajará y se quedará con usted en el refugio?* **S** or **N**

Primer Nombre _____ Apellido _____ Teléfono Principal _____
Teléfono Secundario _____ Correo Electrónico _____

CONTACTO DE EMERGENCIA - LOCAL PREFERIDO

Primer Nombre* _____ Apellido* _____ Relación* _____
Dirección* _____ Apartamento/Unidad _____ Ciudad* _____ Estado* _____
Código Postal* _____ Teléfono Principal* _____ Teléfono Secundario _____
Correo Electrónico _____

Nombre del Solicitante



MANEJO DE EMERGENCIAS DEL CONDADO DE LEE
PROGRAMA DE NECESIDADES MÉDICAS ESPECIALES
 2675 ORTIZ AVENUE, FORT MYERS, FL 33905
 PARA MÁS INFORMACIÓN, LLAME AL 239-533-0640 / FAX 239-477-3636



CONTACTO DE EMERGENCIA SECUNDARIO

Primer Nombre _____ Apellido _____ Relación _____
 Dirección _____ Apartamento/Unidad _____ Ciudad _____
 Estado: _____ Código Postal _____ Teléfono Principal _____
 Teléfono Secundario _____ Correo Electrónico _____

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR

Médico de Atención Primaria _____ Teléfono de Atención Primaria _____
 Auxiliar de Salud a Domicilio _____ Nombre de Contacto _____ Teléfono _____
 Tengo una orden de No Resucitar (DNR). **S** or **N**
 En caso afirmativo, su documento original, firmado por su médico, DEBE estar con usted en el refugio.

EVALUACIÓN DE CUIDADOS ESPECIALES

Marque todas las que correspondan.

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ciego/Baja Visión | <input type="checkbox"/> Sordo/con Dificultades Auditivas | <input type="checkbox"/> CDiff |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Heridas Crónicas | <input type="checkbox"/> MRSA |
| <input type="checkbox"/> Tubo de Alimentación | <input type="checkbox"/> Úlceras por Decúbito | <input type="checkbox"/> Alta Hospitalaria Reciente |
| <input type="checkbox"/> Dependiente de Insulina | <input type="checkbox"/> Frágil/Anciano | <input type="checkbox"/> Enfermo Terminal |

Hemodiálisis: **En Casa** o **En El Centro**
 Frecuencia de Hemodiálisis _____
 Nombre del Centro de Diálisis _____
 Número de Teléfono del Centro de Diálisis _____

Otros Cuidados Especiales:

EVALUACIÓN COGNITIVA

Marque todas las opciones que correspondan y marque con un círculo el nivel de la etapa:
(1) leve/temprano, (2) moderado, o (3) tardía o avanzado.

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Trastorno Obsesivo Compulsivo 1, 2 o 3 | <input type="checkbox"/> Trastorno del Desarrollo 1, 2 o 3 | <input type="checkbox"/> Ansiedad 1, 2 o 3 |
| <input type="checkbox"/> Trastorno Bipolar 1, 2 o 3 | <input type="checkbox"/> Trastorno Psiquiátrico 1, 2 o 3 | <input type="checkbox"/> Depresión 1, 2 o 3 |
| <input type="checkbox"/> Causa Daño a sí Mismo/a Otros 1, 2 o 3 | <input type="checkbox"/> Trastorno de Conducta 1, 2 o 3 | <input type="checkbox"/> Parkinson's 1, 2 o 3 |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Alzheimer 1, 2 o 3 | <input type="checkbox"/> Demencia 1, 2 o 3 | |
| <input type="checkbox"/> Espectro Autista Nivel de Autismo _____ | | |

Otros Problemas Cognitivos / Niveles de Etapa:



MANEJO DE EMERGENCIAS DEL CONDADO DE LEE PROGRAMA DE NECESIDADES MÉDICAS ESPECIALES

2675 ORTIZ AVENUE, FORT MYERS, FL 33905
PARA MÁS INFORMACIÓN, LLAME AL 239-533-0640 / FAX 239-477-3636



EVALUACIÓN DE MOVILIDAD

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Puedo caminar por mi cuenta | <input type="checkbox"/> Necesito un elevador Hoyer |
| <input type="checkbox"/> Necesito un asistente para caminar | <input type="checkbox"/> Amputado(a) |
| <input type="checkbox"/> Puedo pararme y caminar con un bastón | <input type="checkbox"/> Parapléjico(a) |
| <input type="checkbox"/> Uso andador/andador con asiento y ruedas | <input type="checkbox"/> Tetrapléjico(a) |
| <input type="checkbox"/> Estoy postrado(a) en cama | <input type="checkbox"/> Bastón Blanco |
| <input type="checkbox"/> Uso silla de ruedas estándar | <input type="checkbox"/> Animal de Servicio |
| <input type="checkbox"/> Uso silla de ruedas motorizada/motocadeira | <input type="checkbox"/> Esclerosis Múltiple (EM) |
| <input type="checkbox"/> Necesito transporte en camilla | <input type="checkbox"/> Distrofia Muscular (DM) |
| <input type="checkbox"/> Peso más de 300 libras | <input type="checkbox"/> ALS (Enfermedad de Lou Gehrig) |

Otros Problemas de Movilidad:

¿QUÉ AYUDA NECESITA?

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Caminar | <input type="checkbox"/> Vestirse | <input type="checkbox"/> Catéter Externo o Autocaterismo |
| <input type="checkbox"/> Parase | <input type="checkbox"/> Ir al Baño | <input type="checkbox"/> Incontinencia de Intestinos/Vejiga |
| <input type="checkbox"/> Entrar y Salir de la Cama | <input type="checkbox"/> Alimentación | <input type="checkbox"/> Ayuda con Medicamentos |
| <input type="checkbox"/> Comunicarse | <input type="checkbox"/> Cuidado de Heridas | |
| <input type="checkbox"/> Bañarse/Ducharse | <input type="checkbox"/> Ostomía | |

Otros Requisitos de Ayuda:

EVALUACIÓN DE ELECTRICIDAD

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ventilador | <input type="checkbox"/> Concentrador de Oxígeno | <input type="checkbox"/> Medicamentos Refrigerados |
| <input type="checkbox"/> Nebulizador | <input type="checkbox"/> Monitor Cardíaco | <input type="checkbox"/> Monitor de Apnea |
| <input type="checkbox"/> Bomba de Alimentación | | |

Otras dependencias eléctricas:

EVALUACIÓN DE OXÍGENO

Tipo de Oxígeno (circule uno): **24 Horas** o **Durante la Noche** o **Otro:** _____

Caudal en Litros (L/min) _____ Compañía de Oxígeno _____

Teléfono de la Empresa de Oxígeno _____

Nombre del Solicitante



MANEJO DE EMERGENCIAS DEL CONDADO DE LEE
PROGRAMA DE NECESIDADES MÉDICAS ESPECIALES
 2675 ORTIZ AVENUE, FORT MYERS, FL 33905
 PARA MÁS INFORMACIÓN, LLAME AL 239-533-0640 / FAX 239-477-3636



INFORMACIÓN MÉDICA ADICIONAL

Tengo Alergias. **S** or **N** En caso afirmativo, enumere todos y anote a continuación si tiene una reacción grave.

Tomo medicamento(s) recetados. **S** or **N** En caso afirmativo, enumérel(s) a continuación.

TRANSPORTE AL REFUGION

- Yo proporcionaré mi propio transporte.
- Necesito transporte – autobús paratransito.
- Estoy postrado(a) en cama y necesito transporte en camilla.
- Estoy postrado(a) en cama pero tengo una silla de ruedas para usar durante el transporte.

NECESIDADES PARA REFUGIO DE MASCOTAS

Animal de Servicio	Nombre	Tipo	Raza	Peso	Transportador	Correa	Bozal
S or N					S or N	S or N	S or N
S or N					S or N	S or N	S or N
S or N					S or N	S or N	S or N

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE/REGISTRANTE

La información de quién completó este formulario.

Nombre del Representante* _____ Información de Contacto del Representante* _____

Relación del Representante con el Registrante (circule uno)*: Yo mismo(a) Cónyuge/Pareja
 Vecino(a)/Amigo(a) Trabajador(a) Social Asistente de Atención Médica a Domicilio Otro: _____

Al marcar esta casilla, entiendo que este registro es voluntario y por la presente solicito ser registrado en el Programa de Necesidades Médicas Especiales del Condado de Lee. La información aquí contenida es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que existen limitaciones en los servicios y niveles de atención disponibles. Por la presente, autorizo a proveedores médicos, agencias de transporte y otros a brindar atención y responder a mis necesidades, y a divulgar cualquier información necesaria para ello. También autorizo a las agencias de respuesta a emergencias a ingresar a mi residencia con fines de búsqueda y rescate de emergencia, y autorizo la divulgación de la información necesaria para que estas agencias presten estos servicios. Con el fin de garantizar la seguridad de todos los residentes del refugio, se realizará una verificación de antecedentes a todas las personas que evacuen al Refugio de Necesidades Médicas Especiales, incluido el cuidador. Los registros de las personas registradas en el Programa de Necesidades Médicas Especiales están exentos de las disposiciones de la Sección 119.07(1) de los Estatutos de Florida.

No es necesario completar una nueva solicitud cada año. Por favor llame al (239) 533-0640 una vez al año antes del 1 de mayo para actualizar su solicitud. ¡Gracias!

Nombre del Solicitante