



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

PO BOX 398, FORT MYERS, FL 33902-0398
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**: _____

<u>Tipo de Residencia</u> <u>(circule uno)*:</u>	<u>Situación de Vida</u> <u>(circule uno)*:</u>
Casa	Vivo Solo
Casa Dúplex	Vivo con Familiares
Apartamento/Condominio	Vivo con un Cuidador
Casa Móvil/Prefabricada	Otro: _____
Bote	

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
PO BOX 398, FORT MYERS, FL 33902-0398
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.

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Ciego/Baja Visión | ☐ Sordo/con Dificultades Auditivas | ☐ CDiff |
| ☐ Convulsiones | ☐ Heridas Crónicas | ☐ MRSA |
| ☐ Tubo de Alimentación | ☐ Úlceras por Decúbito | ☐ Alta Hospitalaria Reciente |
| ☐ Dependiente de Insulina | ☐ Frágil/Anciano | ☐ 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.

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

Otros Problemas Cognitivos / Niveles de Etapa:

Nombre del Solicitante

EVALUACIÓN DE MOVILIDAD

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

Otros Problemas de Movilidad:

¿QUÉ AYUDA NECESITA?

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

Otros Requisitos de Ayuda:

EVALUACIÓN DE ELECTRICIDAD

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Ventilador | ☐ Concentrador de Oxígeno | ☐ Medicamentos Refrigerados |
| ☐ Nebulizador | ☐ Monitor Cardíaco | ☐ Monitor de Apnea |
| ☐ 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 _____



MANEJO DE EMERGENCIAS DEL CONDADO DE LEE
PROGRAMA DE NECESIDADES MÉDICAS ESPECIALES
PO BOX 398, FORT MYERS, FL 33902-0398
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, enumérelo(s) a continuación.

TRANSPORTE AL REFUGIO

- ☐ 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