

**SPECIAL NEEDS APPLICATION FORM**

AMALIA ARISTA, EMERGENCY MANAGEMENT COORDINATOR

WEBSITE: [www.hardeecounty.net/eoc](http://www.hardeecounty.net/eoc)

404 WEST ORANGE STREET

WAUCHULA, FLORIDA 33873

(863) 773-6373 (OFFICE)

**USA LETRA DE MOLDE**

Par la conveniencia y el consuelo, los ciudadanos son alentados a hacer sus propios planes de la evacuacion y el refugio sies posible. Cuando una alternativa, el programa de PSN dirige las necesidades de personas que tienen el transporte medico de condiciones o necesidad a refugios.

(FOR OFFICE USE ONLY)					
Date Received	Initials	Date Approved	Initials	Date Denied	Initials

**INFORMACION PERSONAL**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ NACIMIENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_ APT. #: \_\_\_\_\_  
 Calle Cuidad Estado Zona Postal

APARTADO: \_\_\_\_\_ Cuidad Estado Zona Postal VIVE SOLO:  SI  NO  
 (Por Favor Marca)

NONBRE DE LUGAR: \_\_\_\_\_ CUANTOS PESA (S): \_\_\_\_\_

TELEFONO: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_ Libras ALTURA: \_\_\_\_\_

LENGUAJE: \_\_\_\_\_ INGLES \_\_\_\_\_ ESPANOL \_\_\_\_\_ BILINGUE

CLASE DE CASA: \_\_\_\_\_ CASA SIN CIA \_\_\_\_\_ TRALLA \_\_\_\_\_ APARTAMENTO

TIPO DE CASA: \_\_\_\_\_ MADERA \_\_\_\_\_ BLOQUE \_\_\_\_\_ NO SABE

CONTACTO LOCAL PARA EMERGENCIA: \_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE SU DOCTOR: \_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_

NAME OF HOME HEALTH / HOSPICE / NURSING AGENCY: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE SU PROBADOR DE EQUIPO: \_\_\_\_\_

**NECESIDADES DE TRANSPORTACION**

VA NECISTAR TRANSPORTACION PARA EVQUAR:  SI  NO (Favor Marca)

SI MARCO QUE "SI" ARRIBA, QUE TIPO DE TRANSPORTACION NECISTA: \_\_\_\_\_ AMBULANSA  
 \_\_\_\_\_ MOBLE NORMAL \_\_\_\_\_ MOBLE CON CAMA \_\_\_\_\_ MOBLE DE SILLA RUEDAS

MARCA LA CLASE DE TRANSPORTACION QUE NECISTA:  
 \_\_\_\_\_ NO NECISTIO TRANSPORTACION \_\_\_\_\_ ME PUEDO COSTAR  
 \_\_\_\_\_ TRANSPORTACION HACE LUGAR DE AYUDA \_\_\_\_\_ NECISTIO AYUDA SUBIENDO Y  
 \_\_\_\_\_ TRANSPORTACION AH CASA AYUDA / HOSPITAL \_\_\_\_\_ BAJANDO EL MUEBLE

**HISTORIA MEDICA (MARCA TODOS QUE PERTENECEN)**

\_\_\_\_\_ INFECCION DE PEIL \_\_\_\_\_ CONDICION DE CORAZON \_\_\_\_\_ OSTOMY  
 \_\_\_\_\_ DEMEMCIA \_\_\_\_\_ ALTA PRESION \_\_\_\_\_ (tipo): \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ ARTRITIS \_\_\_\_\_ ENFERMEDAD DE PIEL \_\_\_\_\_ ATAQUEES (controlados)  
 \_\_\_\_\_ ASTHMA \_\_\_\_\_ DIABETES \_\_\_\_\_ ENFERMEDAD EN LOS RINONES  
 \_\_\_\_\_ BRONCITOS \_\_\_\_\_ EDEMA \_\_\_\_\_ EMPHYSEMA / COPD

\_\_\_\_\_ DISTROFIA MUSCULAR (MD) \_\_\_\_\_ REPARACION DE CADERA/RODILLA  
 \_\_\_\_\_ STROKE / CVA (limitations) \_\_\_\_\_ CEREBRAL PALSY (CP)  
 \_\_\_\_\_ ABRA LLAGAS \_\_\_\_\_ APHASIA  
 \_\_\_\_\_ NEBULIZADOR \_\_\_\_\_ USA OXIGENO  
 \_\_\_\_\_ MULTIPLE ESCLEROSIS (MS) \_\_\_\_\_ L/MIN (litros por minutos, numero en maquina)

\_\_\_\_\_ COMATOSE  
\_\_\_\_\_ ENFERMAD DE PARKINSON'S (temprana)  
\_\_\_\_\_ EQUIPO MEDICO (IV, tubo, comedor, catheter)  
\_\_\_\_\_ DIETA ESPECIAL (traiga su comida de receta con usted)

\_\_\_\_\_ DEMENCIA (tadre)  
\_\_\_\_\_ ENFERMEDAD DE PARALISIS  
\_\_\_\_\_ AGITENTE (advancado)

\_\_\_\_\_ PSICOSIS (discontrolado) \_\_\_\_\_ DIALISIS  
\_\_\_\_\_ CONDICION CARDIACA INESTABLE \_\_\_\_\_ HOSPICIO  
\_\_\_\_\_ ATAQUEES (discontrolado) \_\_\_\_\_ ENFERMEDAD CONTAGIOSA  
(Nombre): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ SUIEGA \_\_\_\_\_ PROBLEMAS CON OIR  
\_\_\_\_\_ ANIMAL SERVICAL \_\_\_\_\_ PROBLEMAS CON VISTA  
\_\_\_\_\_ LEGALMENTE SUIEGO \_\_\_\_\_ LENTES

OTROS CONDICIONES MEDICOS/COMMENTARIOS: \_\_\_\_\_

MEDICINAS (recuerda que) \_\_\_\_\_

**NECESITADOS DE ELECTRICO:** \_\_\_\_\_ CONTUNAMENTE \_\_\_\_\_ INTERMIDENTE \_\_\_\_\_ NADA

COMDIA O DRU ALLERGIAS: \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ SI, QUE SON: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

#### MOVILIDAD

\_\_\_\_\_ CAMINO SIN AYUDA \_\_\_\_\_ I CAN GO TO THE RESTROOM ALONE  
\_\_\_\_\_ USO UN SILLA DE RUEDAS \_\_\_\_\_ I USE A WALKER  
\_\_\_\_\_ TENGO UN SILLA DE RUEDAS \_\_\_\_\_ I AM BEDRIDDEN  
\_\_\_\_\_ USO UN BASTON \_\_\_\_\_ I CAN FEED MYSELF  
\_\_\_\_\_ ESTOY EN SILLA DE RUEDAS  
\_\_\_\_\_ YO TENGO AH ALGUIN QUE ME AYUDA CON MIS NECISDADES

#### INFORMACION ADDICAINOAL

PERSONAS ACOMPANANDOLE: \_\_\_\_\_ TELEFONE: \_\_\_\_\_

DIRECION HACE CASA: \_\_\_\_\_

COMMENTARIOS: \_\_\_\_\_

TIENE USTED UN DNR (No Resuscitan:)  SI  NO SI LO TIENE TRAILO

#### FAVOR DE LEER FIRMAR

Segun mi leal saber y entender, yo certifico que esta informacion contenida en esto es verdad y correcto. Entiendo que basado en los datos que he proporcionado, el Departamento de la Administracion de la Emergencia de Condado de Hardee en la consulta con el Departamento de la Salud de Condado de Hardee hace determino cual ayuda de la evacuacion, si cualquiera, este programa puede poder proporcionar.

La ley permite el Gobierno de Condado de Hardee, la Emergencia Atiende a utilizar y revelar mi informacion protegida de la salud, para el tratamiento, el pago y la salud cuidan las operaciones. La comprension del programa de la evacuacion de PSN es proporcionado en ninguna carga, yo acepto tambien responsabilidad para todos gastos los asuntos con cualquier atenuar medicos asociados que surgen.

NOMBRE (molde): \_\_\_\_\_ FIRMA: \_\_\_\_\_

Si la persona lienando la forma no es el aplicante, favor de lienar lo sigente

NOMBRE/TELEFONO: \_\_\_\_\_ REALACION/AGENCIA: \_\_\_\_\_



**THANK YOU FOR ALLOWING US TO HELP YOU BE PREPARED.**

