

SPECIAL NEEDS APPLICATION FORM

AMY DUBBERLY, EMERGENCY MANAGEMENT COORDINATOR

WEBSITE: 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): _____

_____ SUEGA _____ PROBLEMAS CON OIR
_____ ANIMAL SERVICIAL _____ 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 llenando la forma no es el aplicante, favor de llenar lo sigente

NOMBRE/TELEFONO: _____ REALACION/AGENCIA: _____



THANK YOU FOR ALLOWING US TO HELP YOU BE PREPARED.

