



**Necesidades Médicas
Especiales
Registro Voluntario**

El Servicio de Emergencia en el Condado de Pitt ha desarrollado un registro computarizado para personas con necesidades médicas especiales, quienes pueden requerir ayuda especial en caso de ocurrir un desastre, como un tornado, una tormenta severa, o un derrame químico.

Necesidades Especiales son las siguientes:

- Individuos con problemas respiratorios severos (oxígeno o dependientes de un ventilador) que requieren una fuente de energía y / o una bolsa ambulatoria.**
- Individuos dependientes de un succionador de aire (traqueotomía).**
- Individuos en terapia IV (intravenosa).**
- Individuos que requieren tubos de alimentación.**
- Individuos que requieren asistencia con insulina.**
- Individuos que requieren cuidado de heridas o ayuda con inyecciones diariamente.**
- Individuos con condiciones físicas o mentales que requieren supervisión médica diaria.**

Los perros de asistencia son permitidos en el Refugio Para Necesidades Médicas Especiales; sin embargo, los propietarios son responsables del cuidado de sus perros, incluyendo alimento y otras necesidades. Las mascotas no son permitidas en el albergue.

Los individuos que vienen al Refugio Para Necesidades Médicas Especiales son responsables de traer consigo suministros, medicamentos así cualquier otro artículo médico necesario para cinco (5) días.

Este es un registro voluntario. La información que usted proporcione será confidencial de acuerdo con la ley estatal. Será utilizada por personal de emergencia solo para asegurar su seguridad en caso de desastre, y si necesita ser evacuado a un lugar seguro, o permanecer en su domicilio con atención especial. Si desea usted ser incluido en el registro, por favor complete el cuestionario y envíelo por correo al Servicio de Emergencia del condado de Pitt, si tiene preguntas llame al REAL Crisis Center.

Si sabe usted de alguien más que pueda necesitar ayuda en caso de desastre, por favor comuníquese esta información.

Patrocinado por:

Pitt Co. Emergency Mgmt.
1717 W. 5th Street
Greenville NC 27834
(252) 830-6345

Pitt Aging Coalition
Pitt Co. Council on Aging
P O Box 7272
(252) 752-1717

REAL Crisis Center
600 E. 11th Street
Greenville NC 27858
(252) 758-HELP (4357)

Dirigir todas las
preguntas a
REAL CRISIS

Después de llenar el cuestionario envíelo a: REAL CRISIS (vea la dirección en la esquina inferior al lado izquierdo de esta página)

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Domicilio: _____
 Ciudad: _____ Apartado: _____ Teléfono: _____
 Dirección Postal: _____
 Acompañante a cargo de su cuidado: _____ Teléfono: _____
 Persona a Contactar en Caso de Emergencia: _____ Teléfono: _____
 Idioma principal: _____ **TDD / TYT (para sordo / mudos):** ____ (Si) ____ (NO)
 Médico familiar: _____ Teléfono: _____
 Proveedor De Cuidado Médico: _____ Teléfono: _____
 Farmacia: _____ Teléfono: _____

Necesidades Médicas Especiales: Marque todas las necesidades que correspondan a su caso, según las categorías definidas en la información a la izquierda.

- | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
- **¿Cuál es su plan principal en caso de un desastre?**
 1. Permanecer con familiares o amigos: Si es así, de la dirección, teléfono: _____
 2. Permanecer en casa _____ ¿Tiene un generador eléctrico? _____
 3. Trasladarse a un refugio (una persona deberá acompañarlo) _____
 - **¿Tiene transportación al refugio?** ____ Sí ____ No
 Si no, ¿cuál es su necesidad de transporte? ____ Carro ____ Van con plataforma ____ Ambulancia
 - **¿Necesita asistencia para caminar?** ____ Camina solo ____ Camina con asistencia
 ____ Silla de ruedas ____ Camilla
 - **Incapacidades**
 ____ auditivas ____ de la vista ____ al hablar ____ enfermedades contagiosas
 ____ Asistencia de perros (perros guía) Otras _____
 - **Necesidades Médicas**
 ____ Aparatos que lo mantienen vivo
 ____ Tubos de Alimentación
 ____ Insulina (propia)
 ____ Insulina (con asistencia)
 ____ Ventilador
 ____ Cuidado de Heridas ____ (frecuencia)
 ____ Cuidados las 24 horas
 ____ Colostomía (por su propia cuenta)
 ____ Colostomía (con asistencia)
 ____ Ileostomía (por su propia cuenta)
 ____ Ileostomía (con asistencia)
 - **¿Tiene equipo o suministros que no pueda transportar?** ____ Si los tiene, indíquelos: _____

Certifico que la información anterior es correcta. Entiendo que soy responsable por todos los gastos asociados con la evacuación médica y el refugio en un hospital. Por medio de la presente autorizo a la Gerencia del Condado de Pitt para proveer esta información a otras agencias que prestan servicios de emergencia o al personal de agencias de servicios humanos. También doy permiso a las autoridades de la ley para entrar a mi casa en caso de emergencia. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización tal como se describe en la Notificación de Prácticas de Privacidad del Condado de Pitt

_____ Firma _____ Fecha _____