



### Población Funcionalmente y Medicamente Frágil Registro Voluntario

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

#### Población funcionalmente y médicamente frágil incluye lo siguiente:

- 1. Individuos con problemas respiratorios severos (oxígeno o dependientes de un ventilador) que requieren una fuente de energía y / o una bolsa ambulatoria.
2. Individuos dependientes de un succionador de aire (traqueotomía).
3. Individuos en terapia EV (endovenosa).
4. Individuos que requieren tubos de alimentación.
5. Individuos que requieren asistencia con insulina.
6. Individuos que requieren cuidado de heridas o ayuda con inyecciones diariamente.
7. Individuos con condiciones físicas o mentales que requieren supervisión médica diaria.

Los perros de asistencia son permitidos en el Refugio Para Individuos funcionalmente o médicamente frágiles; 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 Funcionalmente o Medicamente frágiles 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 comuníquelo 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: Código Postal: Teléfono: Dirección Postal: Acompañante a cargo de su cuidado: Teléfono: Persona a Contactar en Caso de Emergencia: Teléfono: Idioma principal: TDD / TYY (para sordo / mudos): (Si) (NO) Médico familiar: Teléfono: Proveedor De Cuidado Médico: Teléfono: Farmacia: Teléfono:

Necesidades para población funcionalmente y médicamente frágil (FMFP): 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)
4. No plan de refugio
¿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
¿Actualmente vive usted en un/a: Apartamento Casa Casa Mobile
¿Tiene usted equipo médico que requiere electricidad? Si No
¿Tiene usted un testamento vital? Si No

#### Factores Adicionales del Cuidado

Aparatos que lo mantienen vivo (electricidad de emergencia) Fluido EV (frecuencia)
Insulina (auto asistencia) Unidad de Succión (frecuencia)
Insulina (con asistencia) Dieta Especial (describa)
Ventilador Oxígeno Horas por día
Cuidado de Heridas (frecuencia) Tanque de oxígeno portátil
Asistencia de Cuidados las 24 horas Concentrador (para oxígeno)
Colostomía (por su propia cuenta) Proveedor de Oxígeno
Colostomía (con asistencia) Lesión Traumática del Cerebro
Ileostomía (por su propia cuenta) Tratamiento de Metadona
Ileostomía (con asistencia) Trastorno por Estrés Postraumático
Problemas del Corazón Confinado en Casa
Diálisis (frecuencia) Sin Hogar
Tubos de Alimentación Propenso a inundación / Peligrosa Condición de Vivienda
Incapacidades Auditivas Enfermedades Contagiosas
Deficiencias Visuales Asistencia de Animales (perros guías)
Dificultad en el Habla Otro Servicios En-Casa

¿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 rev.7/09