



DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE SALUD DEL CONDADO DE ORANGE
PROGRAMA PARA PERSONAS CON NECESIDADES ESPECIALES
FORMULARIO DE INSCRIPCION

Información Personal de al Individuo con Necesidad

Nombre _____ Apellido _____
Domicilio _____ Apt/Lote _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Tipo de Residencia: Vivienda Unifamiliar Casa Móvil Vivienda Multi-Familiar Apartamentos otro _____
Nombre de Subdivisión/Condominio/Parque Móvil/Complejo de Apartamentos _____
Teléfono Principal _____ Teléfono Principal es TTY/TTD Teléfono Secundario _____
 No Tengo Teléfono Correo Electrónico: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Genero Masculino Feminina Transgenero No Binario Prefiero no Contestar
Altura: _____ Peso: _____ lbs.

Dirección de Correo (Escriba si es diferente de su dirección física) igual a dirección física

Dirección de Correo _____ Apt/Lote _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Información Personal de Contacto(s) de Emergencia!

Contacto Principal

Nombre: _____ Apellido: _____ Relación: _____
Teléfono Principal: _____ Teléfono Secundario: _____
 Marque esta casilla para permitir que compartamos su información medica con este contacto.

Contacto Secundario

Nombre: _____ Apellido: _____ Relación: _____
Teléfono Principal: _____ Teléfono Secundario: _____
 Marque esta casilla para permitir que compartamos su información medica con este contacto.

Información de Su Cuidador y Su Familia

Nombre de su Cuidador: _____ Teléfono de su Cuidador: _____
¿Necesita un cuidado las 24 horas? Si No ¿El cuidador viajara y se quedara con Usted? Si No

Proveedores Médicos:

Nombre de su Medico: _____ Teléfono de su Medico: _____
Nombre de su Farmacia: _____ Teléfono de su Farmacia: _____
Agencia de Cuidado de Salud Casero: _____ Teléfono de la Agencia de Cuidado de Salud Casero: _____
Nombre de proveedor de Equipos Médicos: _____ Teléfono de Proveedor de Equipos Médicos: _____
Nombre de Proveedor de Oxígeno: _____ Teléfono de Proveedor de Oxígeno: _____

Necesidades de Transporte:

Si se requiere ayuda de transporte, por favor compruebe todos los tipos de vehículo que puedan ser utilizados para el transporte.

Automóvil Autobús Camioneta de Silla de Ruedas Ambulancia Camilla

¿Necesita oxígeno continuo durante el transporte? Si No

¿Cuantos miembros de su familia (que viven en su casa) le acompañaran si decide buscar refugio? _____

Necesidades de Movilidad:

¿Tiene dificultades de movilidad? Si No

Confinado a la Cama Paralizado Silla de Ruedas Asistent para ayudar en la ambulacion
 Paralisis Parcial
 Paralisis Completa

Seleccione todos los dispositivos que se utilizan para facilitar la movilidad.

Andador / Bastón Silla de Ruedas
 Silla de Ruedas Motorizada Scooter Motorizada

Necesidad de Equipo:

¿Depende del equipo electrico? Si No

¿Depende del oxigeno? Si No

Tipo de oxigeno

Gaseos

Liquido

Modo de Oxigeno

Mascara

Canula Nasal

Cuello de Tracion

Flujo de Litros

Frecuencia

24 hours

Solo por la noche

Segun sea necesario

Seleccione todos los equipos utilizados:

Monitor de Apnea CPAP Usuario Monitor Cardiaco Cateter de Dialisis Bomba de Alimentacion

Tubo de Alimentacion Nebulizador Concentrador de Oxigeno Bomba de Aspiracion Ventilador

Vacio de Herida Medicamentos Refrigerados Ascensor Hoyer Oximetro de Pulso

Cateter Tubo de Traqueotomia

Otros Equipos: _____

Condiciones Médicas: (Seleccione todos los que apliquen)

<input type="radio"/> Enfermedad de Alzheimer <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Severo	<input type="radio"/> ALS <input type="checkbox"/> Etapa Temprana <input type="checkbox"/> Etapa Intermedia <input type="checkbox"/> Etapa Ultima	<input type="radio"/> Afasia	<input type="radio"/> Asistencia con la vida Diaria	<input type="radio"/> Asma	<input type="radio"/> Artritis
<input type="radio"/> Autismo	<input type="radio"/> Problemas de Salud Mental	<input type="radio"/> Ciego/ Baja Vision/ Deterioro de la Vision	<input type="radio"/> Cancer <input type="checkbox"/> Quimioterapia <input type="checkbox"/> Radiacion <input type="checkbox"/> Quirurgico <input type="checkbox"/> Palativo <input type="checkbox"/> Remision <input type="checkbox"/> Etapa Final	<input type="radio"/> Cardiaco <input type="checkbox"/> Estable <input type="checkbox"/> Inestable	<input type="radio"/> Paralysis Cerebral
<input type="radio"/> Enfermedad Pulmonar Obstructiva Cronica	<input type="radio"/> Comatoso	<input type="radio"/> Enfermedad Contagiosa	<input type="radio"/> Fibrosis Quistica	<input type="radio"/> Sordo/ Problemas de Audicion	<input type="radio"/> Demencia <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo
<input type="radio"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Dependiente de Insulina <input type="checkbox"/> No dependiente de Insulina Dependent	<input type="radio"/> Dialisis <input type="checkbox"/> En el Centro <input type="checkbox"/> En la Casa <input type="checkbox"/> Peritoneal Frecuencia <input type="checkbox"/> 2 veces/la semana <input type="checkbox"/> 3 veces/la semana	<input type="radio"/> Trastorno de Comer y Tragar	<input type="radio"/> Edema	<input type="radio"/> Enfisema	<input type="radio"/> Huesos Fracturados
<input type="radio"/> Anciano Fragil	<input type="radio"/> Alta Presion	<input type="radio"/> Reemplazo de Cadera o Rodilla <input type="checkbox"/> No-Ambulatorio <input type="checkbox"/> Postrado en Cama	<input type="radio"/> Incontinencia	<input type="radio"/> Cuido de IV	<input type="radio"/> Mentalmente/ Memoria Deteriorada
<input type="radio"/> Esclerosis Multiple	<input type="radio"/> Distrofia Muscular	<input type="radio"/> Trastorno Neuromuscular	<input type="radio"/> Ostomia	<input type="radio"/> Paralisis	<input type="radio"/> Enfermedad de Parkinson
<input type="radio"/> Convulsiones	<input type="radio"/> Apnea del Sueno/CPAP Usuario	<input type="radio"/> Impedimento del Habla	<input type="radio"/> Derrame Cerebral	<input type="radio"/> Etapa Terminal /Final	<input type="radio"/> Heridas/ Ulceras/Erupciones Cutaneas
<input type="radio"/> Otro					

Animales de Servicio/Mascotas:

¿Tienes un animal? Si No ¿Que tipo de animal? Perro Gato Caballo en miniatura Otro _____

¿Es este animal un animal de servicio? Si No este animal un animal de apoyo emocional? Si No

Nombre del Animal: _____ Raza/Descripción: _____ Peso: _____

¿Tiene una jaula de portador? Si No ¿Tiene una correa para el Animal Si No ¿Tiene un bozal? Si No

¿Tienes un animal? Si No ¿Que tipo de animal? Perro Gato Caballo en miniatura Otro _____

¿Es este animal un animal de servicio? Si No este animal un animal de apoyo emocional? Si No

Nombre del Animal: _____ Raza/Descripción: _____ Peso: _____

¿Tiene una jaula de portador? Si No ¿Tiene una correa para el Animal Si No ¿Tiene un bozal? Si No

Los animales/mascotas adicionales deben aparecer en El Comentario.

Comentarios Adicionales / Información

Escriba cualquier información adicional que puede ser útil para nuestro personal de emergencia para la evacuación de esta persona.

Confirmación

Las siguientes declaraciones proporcionan información sobre como el condado de Orange maneja su información de salud personal.

No afectaran la recepción de servicios durante el tiempo de huracanes o desastres.

Es fundamental para nuestros esfuerzos que la información que usted proporcione sea exacta y actualizada como sea posible. Usted será comunicado anualmente para verificar y asegurar que la información proporcionada este correcta y para hacer cambios necesarios. Su información debe ser actualizada anualmente para mantenerse activo en el registro.

Su información solo será proporcionada a agencias de respuesta de emergencia para asistencia durante situaciones de emergencia; respondedores de emergencia pueden entrar en su casa y proveer para sus necesidades en una situación de emergencia.

Gastos asociados a transporte y admisión al hospital mientras su estadía en un refugio serán la responsabilidad del cliente. Este formulario fue completado por:

- Cliente con Necesidades Especiales: Firma de Cliente: _____ Fecha _____
- Miembro de la Familia: Nombre: _____ Teléfono _____
- Trabajadora Social: Nombre: _____ Teléfono _____
- Apoderado de atención Medica: Nombre: _____ Teléfono _____
- Otro: Nombre: _____ Teléfono _____

*Devuelva el Formulario Completado a:
Orange Co. Special Needs Program
2002-A E. Michigan Street
Orlando, FL 32806
FAX: (407) 836-2838*