



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



POR FAVOR DETÉNGASE Y LEA

Este formulario es para **NUEVOS REGISTROS SOLAMENTE**. Si desea proporcionar una actualización de un registro existente, comuníquese con el 311 del condado de Orange al (407) 836-3111.

Para completar este formulario de registro en línea <https://netapps.ocfl.net/psn>

INFORMACIÓN PERSONAL PARA PERSONAS CON NECESIDADES ESPECIALES

Primer nombre	Segundo nombre	Apellido			
Dirección física	Apto/Lote No. Casa	Ciudad	Estado	Código postal	
Tipo de vivienda	Vivienda unifamiliar	Móvil	Vivienda multifamiliar	Apartamento	Otro
Nombre de la subdivisión/condominio/parque de casas móviles/complejo de apartamentos/edificio					
Teléfono principal	Teléfono principal es TTY/TTD		Teléfono secundario		No tengo teléfono
Correo electrónico		Masculino	Femenino	Altura	pies pulg
Fecha de nacimiento	Genero	Transgénero	No binario	Peso	libras
		Prefiere no responder			

DIRECCIÓN POSTAL SI ES DIFERENTE A LA DIRECCIÓN FÍSICA

Igual a la dirección física

Dirección postal	Apto/Lote No. Casa	Ciudad	Estado	Código postal
------------------	--------------------	--------	--------	---------------

INFORMACIÓN DE CONTACTO(S) DE EMERGENCIA

Contacto Primario

Primer nombre

Apellido

Parentesco

Teléfono principal

Teléfono secundario

Al marcar esta casilla se permite compartir información médica con este contacto.

Contacto Secundario

Primer nombre

Apellido

Parentesco

Teléfono principal

Teléfono secundario

Al marcar esta casilla se permite compartir información médica con este contacto.

CUIDADOR (CUALQUIER PERSONA, A MENUDO UN MIEMBRO DE LA FAMILIA, QUE AYUDA CON LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA)

Nombre del cuidador

Teléfono del cuidador

¿Necesita un cuidador las 24 horas? Si No

¿Su cuidador viajará y/o se quedará con usted? Si No

PROVEEDORES MEDICOS

Nombre del médico

Teléfono

Nombre de farmacia

Teléfono

Nombre de la agencia de atención médica domiciliaria

Teléfono

Nombre del proveedor de equipo médico

Teléfono

Nombre del proveedor de oxígeno

Teléfono

NECESIDADES DE TRANSPORTE

¿Se requiere transporte? Si No Inseguro

MARQUE TODOS LOS TIPOS DE VEHÍCULOS QUE PUEDEN UTILIZARSE PARA EL TRANSPORTE:

Puede utilizar auto

Camioneta accesible para silla de ruedas

Ambulancia

Necesita ser transportado en camilla

Se requiere oxígeno continuo durante el transporte Si No

¿Cuántos miembros de la familia (que viven en su casa) le acompañarán a un refugio?

NECESIDADES DE MOVILIDAD

¿Tiene necesidades de movilidad? Si No

Confinado a cama

Paralizado

En silla de ruedas

Hay un asistente que lo asiste para caminar

Parálisis parcial

Parálisis completa

Seleccione todos los dispositivos que se utilizan para facilitar la movilidad

Andador / Bastón / Andador con ruedas

Silla de ruedas estándar

Silla de ruedas motorizada

Scooter motorizado

NECESIDADES DE EQUIPO

¿Depende usted de equipos eléctricos? Si No

¿Es usted dependiente del oxígeno? Si No

<u>Tipo de oxígeno</u>	<u>Modo de oxígeno</u>	<u>Flujo de litros</u>	<u>Frecuencia</u>
Gaseoso	Máscara	LPM	24 horas
Líquido	Cánula nasal		Solo durante la noche
	Collar traqueal		Según sea necesario

Seleccione todo el equipo utilizado

Monitor de apnea	CPAP / BIPAP	Monitor cardíaco	Catéter de diálisis	Bomba de alimentación
Sonda de alimentación	Nebulizador	Concentrador de oxígeno	Bomba de succión	Ventilador
Aspiradora de heridas	Sonda de traqueotomía	Elevador Hoyer	Oxímetro de pulso	Cateter
Medicamentos que requieren refrigeración		Otro equipo:		

INFORMACIÓN ADICIONAL *Incluya cualquier información adicional que pueda ser útil para el personal de emergencia.*

HISTORIAL MEDICO

Enfermedad de Alzheimer

Leve

Grave

ALS

Etapa temprana

Etapa intermedia

Etapa tardía

Afasia

Asistencia con la vida diaria

Asma

Artritis

Autismo

Salud Conductual

Ceguera/baja visión/discapacidad visual

Cáncer

Quimioterapia

Radiación

Quirúrgica

Paliativa

Remisión

Etapa terminal

N/A

Tipo cardíaco

Estable

Inestable

Fibrosis quística

Comatoso

Enfermedad contagiosa

Fibrosis quística

Sordera / Dificultad auditiva

Demencia

Leve

Moderada

Severa

N/A

Diabetes

Dependiente de insulina

No dependiente de insulina

Tipo de diálisis

Hemodiálisis en el centro

Hemodiálisis en el hogar

Peritoneal

N/A

Frecuencia de diálisis

Diariamente

2 veces por semana

3 veces por semana

Trastorno de alimentación y deglución

Edema

Enfisema

Fracturas de huesos

Ancianos frágiles

Presión arterial alta

Reemplazo de cadera/rodilla

Ambulatorio

No ambulatorio

Confinado a cama

Incontinencia

Cuidados intravenosos

Problemas mentales o de memoria

Esclerosis múltiple

Distrofia muscular

Trastorno neuromuscular

Ostomía

Parálisis

Enfermedad de Parkinson

Nacimiento prematuro

Convulsiones

Apnea del sueño/usuario de CPAP

Dificultad del habla

Accidente cerebrovascular

Terminal

Etapa terminal

N/A

Heridas / llagas / Erupciones

Otro

RECONOCIMIENTO

Las siguientes declaraciones brindan información sobre cómo el Condado de Orange maneja la Información de Salud Personal (PHI). No afectarán la recepción de servicios durante tiempos de huracanes o desastres.

Es fundamental para nuestros esfuerzos de respuesta que la información que usted proporcione sea lo más precisa y actualizada posible. Nos comunicaremos con usted periódicamente para verificar y garantizar que la información proporcionada sea correcta, y para realizar los cambios necesarios. Los formularios individuales deberán actualizarse anualmente para permanecer activos en el registro.

Su información solo se divulgará a las agencias de respuesta a emergencias para brindar asistencia durante situaciones de emergencia y desastre; y los servicios de emergencia pueden ingresar a su hogar y atender sus necesidades en una situación de emergencia.

Los gastos asociados con el transporte o la admisión a un hospital mientras se encuentren en un refugio serán responsabilidad del cliente.

Este formulario fue completado por.

Cliente con necesidades especiales:	Firma del cliente	Fecha
Miembro de familia:	Nombre	Teléfono
Trabajador social / de casos:	Nombre	Teléfono
Poder judicial de salud:	Nombre	Teléfono
Otro:	Nombre	Teléfono

**Devuelva los formularios completos a:
Programa de Necesidades Especiales
del Condado de Orange
4654 35th Street
Orlando, FL 32811
FAX: (407) 836-2838**