



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

Tipo de oxígeno

☐ Gaseoso

☐ Líquido

Modo de oxígeno

☐ Máscara

☐ Cánula nasal

☐ Collar traqueal

Flujo de litros

_____ LPM

Frecuencia

☐ 24 horas

☐ Solo durante la noche

☐ 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

☐ Parálisis cerebral

☐ Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD)

☐ 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

ANIMALES DE SERVICIO / MASCOTAS

¿Tiene algún animal? ☐ Si ☐ No ¿Qué tipo de animal? ☐ Perro ☐ Gato ☐ Caballo miniatura ☐ Otro _____

¿Es este animal un animal de servicio (por ejemplo, un perro lazarillo)? ☐ Si ☐ No ¿Es este un animal de apoyo emocional? ☐ Si ☐ No

Nombre de animal _____ Raza/Descripción _____ Peso _____

¿Hay una jaula transportadora disponible? ☐ Si ☐ No ¿Hay una correa disponible? ☐ Si ☐ No ¿Hay un bozal disponible? ☐ Si ☐ No

¿Tiene usted más de un animal? ☐ Si ☐ No Si es así, ¿cuántos animales le acompañarán al refugio? _____

Información adicional sobre animales de servicio/mascotas Información adicional sobre animales de servicio/mascotas.

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**