

FORMULARIO DE REGISTRACION PARA NECESIDADES ESPECIALES

Apellido _____ Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____

Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____

Fecha de Hoy _____ Número de Teléfono de casa _____ Correo electrónico _____

Número de celular _____ Mensaje de texto _____ TTY/ Teléfono video _____

Sexo _____ Edad _____ Idioma _____ Raza _____ Fecha de Nacimiento _____

Contacto de Emergencia #1 _____ Relación _____

Dirección _____ Correo electrónico _____

Número de teléfono de casa _____ Celular _____ Número del Trabajo _____

Contacto de Emergencia #2 _____ Relación _____

Dirección _____ Correo electrónico _____

Número de teléfono de casa _____ Celular _____ Numero del Trabajo _____

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Vivo solo(a) | <input type="checkbox"/> Incapacidad de la vista |
| <input type="checkbox"/> Vivo en una casa móvil | <input type="checkbox"/> Ciego(a) |
| <input type="checkbox"/> Lazarillo | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Mascota | <input type="checkbox"/> Problemas de comunicación |
| <input type="checkbox"/> Requiere cuidado las 24 horas | <input type="checkbox"/> Incapacidad del habla |
| <input type="checkbox"/> Cliente de Comidas a Domicilio | <input type="checkbox"/> Problemas para oír |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad física | <input type="checkbox"/> Sordo |
| <input type="checkbox"/> Confiando en cama | <input type="checkbox"/> Idioma aparte del ingles |
| <input type="checkbox"/> Silla de ruedas | <input type="checkbox"/> Se le olvidan las cosas |
| <input type="checkbox"/> Andador ortopédico | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Bastón | <input type="checkbox"/> Depende de la insulina |
| <input type="checkbox"/> Electricidad Medica requerida | <input type="checkbox"/> Asma |
| <input type="checkbox"/> Oxigeno | <input type="checkbox"/> Inhalador |
| <input type="checkbox"/> Ventilador | <input type="checkbox"/> CPAP |
| <input type="checkbox"/> Bomba de alimentación | <input type="checkbox"/> Marcapasos |
| <input type="checkbox"/> Diálisis | <input type="checkbox"/> Desfibrilador |
| <input type="checkbox"/> Otro | |

Condición Médica: _____

Condición Física: _____

Medicamento: _____

Alergias: _____

Dependencia (equipo médico): _____

Proveedor del Oxígeno: _____

Número de teléfono: _____

Agencia de Home Health: _____

Número de teléfono: _____

Doctor de Cabecera: _____

Número de teléfono: _____

Farmacia: _____

Número de teléfono: _____

Otra Información: _____

FORMULARIO DE REGISTRACION PARA NECESIDADES ESPECIALES

MI PLAN PERSONAL EN CASO DE UN DESASTRE

Plan para refugio en cas

- Yo tendré todo mi medicamento y equipo necesario
- Yo tendré una lista de mis medicinas actuales de mi farmacia
- Yo tendré un botiquín con provisiones de emergencia.

Plan para una evacuación

- Ir a un refugio
Nombre del asistente del paciente (cuidador) _____ Número de teléfono _____
- Permanecer con un familiar/Amigo(a)
Dirección _____ Número de teléfono _____
- Transporte brindado por _____

¿Tiene usted un lazarillo? Yes _____ No _____
(Cuando lleve a un lazarillo a un refugio, asegúrese de llevar con usted documentación indicando porque necesita el animal.)

¿Tiene usted una mascota? Yes _____ No _____ Si lo tiene, escriba que clase y tamaño/peso _____

El Plan para mi mascota en caso de un desastre _____

Informacion Emitida

Yo certifico que la información anterior es correcta. Por lo tanto le autorizo al New Hanover County Department of Emergency Management y el Senior Center Retired & Senior Volunteer Program y los voluntarios trabajando bajo la dirección de estas agencias a usar esta información para los siguientes propósitos SOLAMENTE: (1) para incluir mi nombre/información en el Registro de Necesidades Especiales del Condado; y/o (2) para darle a las agencias de emergencia para ayuda con una evacuación o para asistir en el caso de un desastre o emergencia. Esta información es confidencial.

Firma: _____ Fecha: _____

Tutor/Persona Responsable; _____

Reporte preparado por:

Agencia/Organización: _____ Teléfono: _____

Favor de enviar por correo a:

New Hanover County
Special Needs Registry
2222 S. College Rd
Wilmington, NC 28403

For office Use Only (Para uso de la oficina)
RSVP File# _____
Date of Registration _____

Preguntas/Comentarios: 910 798-6400

**** Es su responsabilidad de verificar su información de contacto con el New Hanover County Senior Resource Center por lo menos una vez al año. Si no nos podemos comunicar con usted, su nombre será quitado de la Registración de Necesidades Especiales.****