

## **Solicitud para el Registro de Huracanes del Coastal Health District**

**Nota: Por favor, IMPRIMA el formulario completo y envíelo por correo o entréguelo personalmente al departamento de salud de su condado. Las direcciones para envío de correo y físicas se encuentran en la página final del formulario. El registro debe actualizarse y enviarse cada año.**

### Notas Importantes

En una emergencia real, las agencias de coordinación tratarán de proporcionar la asistencia necesaria para la evacuación, pero esto no siempre se puede asegurar.

- Para garantizar al máximo la seguridad personal, los individuos deben hacer planes y seguir las guías de evacuación de emergencia del gobierno.
- Un cuidador personal **DEBERÍA** acompañarlo al refugio de asistencia médica. El cuidador **DEBE** ser capaz de proporcionarle la misma atención en el refugio que la brindada en casa. Esto puede ser por un período prolongado, de 4 a 7 días o más, dependiendo del evento.
- Dependiendo de su estado de salud, es posible que lo transporten a un refugio de emergencia de la Cruz Roja Americana o que lo admitan en un refugio de asistencia médica lejos de la costa.
- Los refugios proporcionarán un espacio limitado, posiblemente con solo 1-2 pies (30 a 60 cm) de espacio para caminar entre las áreas asignadas a cada persona.
- Los Hogares de Ancianos (Ancianatos), los Centros de Vida Asistida, los Hogares de Cuidado Personal y los Centros de Cuidados Paliativos para Pacientes Hospitalizados (Hospicios), son responsables de la evacuación de sus residentes. Los residentes que viven en un hogar de ancianos, un centro de vida asistida o un hogar de cuidado personal, **DEBEN** seguir el plan de emergencia establecido por la administración de estas organizaciones.
- Los residentes bajo el cuidado del Hospicio en Casa y de las agencias de Atención Médica en el Hogar, deben trabajar con sus proveedores para establecer un plan de emergencia. Esto incluye un lugar de evacuación predeterminado e información de contacto.
- Puede haber un costo adicional por el cuidado o el transporte, si el cliente es ubicado en un centro de atención médica.
- En el refugio de asistencia médica, solo se permitirán animales de servicio que estén registrados.
- El refugio de asistencia médica está ubicado en un campus donde se realizan continuamente entrenamientos y prácticas de seguridad pública. Puede esperar escuchar ruidos asociados con esos entrenamientos y prácticas. (Los ejemplos incluyen, entre otros, entrenamientos matutinos, ruidos de carretera como el chirrido de neumáticos y frenos, sirenas y disparos).

# Solicitud para el Registro para Huracanes del Coastal Health District

**Nota: Por favor, IMPRIMA el formulario completo y envíelo por correo o entréguelo personalmente al departamento de salud de su condado. Las direcciones para envío de correo y físicas se encuentran en la página final del formulario. El registro debe actualizarse y enviarse cada año.**

## **Sección 1** Datos Personales Requeridos para la Inscripción (Una Persona Por Formulario)

Fecha de la Solicitud: \_\_\_\_\_  Nueva Solicitud  Actualización de una Solicitud Existente

Nombre:

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer nombre: \_\_\_\_\_ Segundo nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Raza/Etnicidad: \_\_\_\_\_

**Tracking Number (for official use only):** \_\_\_\_\_

[Número de seguimiento (solo para uso oficial)]

Dirección:

\_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código Postal Apto/Habitación# Condado

Dirección para correo (si es diferente a la anterior):

\_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código Postal Apto/Habitación# Condado

Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Teléfono alternativo: \_\_\_\_\_

Cliente con Discapacidad Auditiva, se Requiere Servicio de Telecomunicaciones

Cliente con Discapacidad Visual, se Requiere Servicio de Asistencia

Peso: \_\_\_\_\_ libras. Altura: \_\_\_\_\_ pies \_\_\_\_\_ pulgadas.

Idioma principal: \_\_\_\_\_ Nivel de dominio del inglés: \_\_\_\_\_

**Condiciones de Vivienda:**

**\*Los residentes que viven en un hogar de ancianos, un centro de vida asistida o un hogar de cuidado personal DEBEN seguir el plan de emergencia establecido por la administración de estas organizaciones.**

**Tipo de residencia:**  Casa individual/dúplex  Barrio de casas móviles/remolque(traila)  Apto. /Condominio

**Con quien vive:**

Vivo solo/a  Vivo con mis padres  Vivo con mis hijos/familia  Vivo con un amigo/a

Vivo con mi cónyuge  Vivo con otra persona (especificar) \_\_\_\_\_

Nombre de contacto(s) en casa: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del cónyuge: (si corresponde) \_\_\_\_\_ ¿El Cónyuge está Registrado? \_\_\_\_\_

Persona que completa este formulario:  Yo mismo  Otro (Nombre): \_\_\_\_\_

Teléfono de la persona #: \_\_\_\_\_

**Sección 2 Contactos de Emergencia**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_

### Sección 3

### Necesidades Funcionales y Médicas

¿Qué necesidades de transporte tiene cuando va a las citas médicas, si es que tiene? Marque todo lo que corresponda:

Vehículo accesible para sillas de ruedas     Ambulancia     Asistencia al entrar/salir del vehículo

Transporte de equipo requerido     Otro: \_\_\_\_\_

#### Nivel/Estado De Movilidad:

¿Cómo se transfiere/pasa de la cama a la silla? \_\_\_\_\_

¿Cómo se transfiere/pasa desde una silla de ruedas? \_\_\_\_\_

¿Necesita ayuda para ir al baño? \_\_\_\_\_

#### Equipos De Soporte Vital:

¿Depende médicamente de aparatos eléctricos?     Sí     No

En caso afirmativo, marque todos los que correspondan:

Concentrador de oxígeno     Nebulizador     Bomba de alimentación     Succión

Aparatos Médicos Adicionales: (especifique) \_\_\_\_\_

**Necesidades Especiales Adicionales** - Marque todas las que correspondan:

Oxígeno Permanente     Condición Respiratoria Crónica     Asistencia con la Administración de Medicamentos

Caminador     Bastón     Ayuda para Subir Escaleras     Silla de Ruedas     Puede pasarse hacia/desde la silla de ruedas

Deterioro cognitivo     Ansiedad/Depresión     Problema de Salud Mental     Alzheimer/Demencia

Ulceras/Decúbito (por presión)     Dependiente del Respirador/Ventilador     Postrado en Cama     Problemas del habla

Pérdida/Problemas de Visión     Pérdida/Problemas de Audición     Incontinencia     Animal de Servicio

Dependiente de Diálisis     Diabetes Dependiente de Insulina     Obesidad Mórbida     Hipertensión

Inmunodeficiencia     Medicamentos Requieren Refrigeración     Necesita ayuda con las actividades de la vida diaria

Asistencia Diaria de un Cuidador     Alergias a Alimentos     Restricciones Alimenticias

Ayudas/Servicios de Comunicación     Otra \_\_\_\_\_

**Otras Consideraciones:**

Proveedor de Diálisis: \_\_\_\_\_

Teléfono del Proveedor de Diálisis #: \_\_\_\_\_

Horario de Diálisis:  lunes  martes  miércoles  jueves  viernes  sábado

Deterioro Cognitivo (especifique) \_\_\_\_\_

Problema de Salud Mental (especifique): \_\_\_\_\_

Úlceras/decúbito (por presión) (especifique): \_\_\_\_\_

Problemas del Habla (especifique): \_\_\_\_\_

Pérdida/Problemas de Visión (especifique): \_\_\_\_\_

Los Medicamentos Requieren Refrigeración (especifique): \_\_\_\_\_

Necesita Alguna Ayuda (especifique): \_\_\_\_\_

Otro (especifique): \_\_\_\_\_

Restricciones Alimenticias (especifique): \_\_\_\_\_

**Requisitos para el Cuidado:**  Requiere Oxígeno  Equipo Médico Duradero (DME en inglés)  
 Suministros Médicos Consumibles (CMS en inglés)  Servicio de Asistencia Personal (PAS en inglés)

Proveedor de oxígeno (nombre de la empresa): \_\_\_\_\_

Caudal requerido L/M: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Equipo Médico Duradero (DME):

Proveedor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Suministros Médicos Consumibles (CMS):

Proveedor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Servicio de Asistencia Personal (PAS):

Proveedor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Necesidades de Alojamiento:**

Catre/camilla para necesidades especiales    Cuna    Otras: \_\_\_\_\_

**Acceso A Transporte:**

Vehículo accesible para sillas de ruedas

Asistencia individualizada

Transporte de equipos requeridos

**¿Necesita ayuda con las siguientes actividades? Por favor, marque todo lo que corresponda.**

Comiendo    Tomando medicamentos    Pasándose hacia/desde la Silla de Ruedas u otra ayuda de movilidad

Vistiéndose/Desvestiéndose    Caminando    Bañándose    Hiendo al baño    Comunicándose

**Condiciones de Salud Preexistentes:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Marque todo lo que corresponda:**    Medicación Intravenosa    Dependencia de Equipo Eléctrico para Soporte Vital

Diagnóstico médico: \_\_\_\_\_

Requiere que un proveedor de cuidado con licencia realice lo siguiente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Terminal: \_\_\_\_\_

Condiciones contagiosas (especifique): \_\_\_\_\_

Tratamiento en curso: (Por favor, añada información sobre cualquiera de las condiciones preexistentes)

\_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Sección 4

## Información sobre Cuidadores

Un cuidador **DEBERÍA** viajar con el que se está registrando.

¿Tiene a alguien que lo cuide/un cuidador?  Sí  No

Nombre del cuidador: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Qué tipo de transporte necesita?  Autobús  Camioneta para silla de ruedas  Ambulancia

### Animal de Servicio:

¿Tiene un animal de servicio?  Sí  No Peso aproximado del animal: \_\_\_\_\_ libras

Tipo de animal de servicio:  Perro/K9 Raza de perro: \_\_\_\_\_  Caballo miniatura/Pony

¿Tiene transporte para su mascota?  Sí  No

¿Tiene prueba del estado de vacunación de la mascota?  Sí  No

## Sección 5

## Información sobre Proveedores y Seguros

Proveedor de Atención Primaria/Médico:

Nombre del Proveedor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Agencia de Salud en el Hogar:

Nombre del Proveedor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Otro proveedor de Servicios de Salud:

Nombre del Proveedor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Farmacia:

Nombre del Proveedor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Medicaid: \_\_\_\_\_

ID de Medicaid: \_\_\_\_\_

Medicare: \_\_\_\_\_

ID de Medicare: \_\_\_\_\_

Departamento de Salud Pública

Compañía de Seguros de Salud: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Póliza de Seguro #: \_\_\_\_\_ Grupo de Seguro #: \_\_\_\_\_

Administrador de Casos (nombre y organización): \_\_\_\_\_

Correo Electrónico del Administrador de Casos: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Otra(s) condición(es) médica(s): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Alergias (es decir, médicas, alimenticias, ambientales, industriales, animales): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Por favor, enumere su(s) medicamento(s) actual(es): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**This section to be completed by Coastal Health District. (Esta sección debe ser completada por el Coastal Health District)**

Date Approved: \_\_\_\_\_ Date Updated: \_\_\_\_\_ County: \_\_\_\_\_ Triage: \_\_\_\_\_ Status: \_\_\_\_\_

Destination Assignment: \_\_\_\_\_

Medical Facility Assignment: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Consentimiento para Participar en el Registro para Huracanes

Por favor, lea y ponga sus iniciales en cada una de las siguientes declaraciones. Si se niega a firmar no significa que no se le incluirá en el Registro. Sin embargo, puede afectar nuestra capacidad para procesar esta solicitud y nuestra capacidad para ayudarlo.

\_\_\_\_\_ Reconozco que ni el County Department of Public Health (Departamento de Salud Pública del Condado), ni la County Emergency Management Agency (Agencia de Manejo de Emergencias del Condado), ni ninguno de sus socios, son responsables de proporcionar atención médica a los evacuados y que la intención del Functional/Medical Needs Registry (Registro de Necesidades Funcionales/Médicas) es proporcionar, en la medida de lo posible, en condiciones de emergencia, un entorno en el que el nivel actual de salud de los evacuados con necesidades funcionales o médicas pueda mantenerse dentro de las capacidades de los recursos disponibles.

\_\_\_\_\_ Reconozco que completar esta solicitud no garantiza mi admisión en el Registro de Necesidades Funcionales/Médicas, y que incluso si me admiten en el Registro, sigo siendo responsable de mí mismo/a en caso de un desastre.

\_\_\_\_\_ Asumo la responsabilidad de actualizar al Coordinador de Necesidades Funcionales/Médicas del Condado con respecto a cualquier cambio en mi estado médico o información de contacto (número de teléfono, dirección, etc.). Incluso si no se producen cambios en mi situación, acepto comunicarme con el coordinador al menos una vez al año.

\_\_\_\_\_ Estoy completando y enviando esta solicitud por mi propia voluntad.

\_\_\_\_\_ Doy permiso a la policía local y al personal de los servicios de emergencia para entrar en mi casa en caso de emergencia.

\_\_\_\_\_ Autorizo contactar a la(s) persona(s) que he enumerado en este documento como mi contacto de emergencia en caso de una emergencia.

\_\_\_\_\_ He leído y firmado el formulario de "Autorización para la Divulgación de Información Médica Protegida" que se utiliza para ayudar a las entidades de salud pública y a sus socios para facilitar mis necesidades de evacuación y refugio durante una emergencia.

\_\_\_\_\_ Tuve la oportunidad de hacer preguntas sobre el uso de mi información de salud y obtener un formulario de Aviso de Política de Privacidad cuando lo solicité.

Al firmar este formulario, acepto que la información contenida es precisa y veraz a mi leal saber y entender.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Persona que completa este formulario:  Yo mismo  Otro (Nombre): \_\_\_\_\_

Dirección/Empresa: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Nota: Por favor, IMPRIMA el formulario completo y envíelo por correo o entréguelo personalmente al departamento de salud de su condado. Las direcciones para envío de correo y físicas se encuentran en la página final del formulario. El registro debe actualizarse y enviarse cada año.**

**Envíe por correo o entregue personalmente la solicitud completa a:**

**Bryan County:/Condado de Bryan:**

<b>Dirección para enviar correo:</b> Bryan County Health Dept., Attn: Barbara Bilbrey P.O. Box 9, Pembroke, GA 31321	<b>Dirección Física:</b> 430 Ledford Street in Pembroke, <b>or</b> 66 Captain Matthew Freeman Drive in Richmond Hill
--	--

**Camden County:/Condado de Camden:**

<b>Dirección para enviar correo: /*</b> Camden County Health Dept., Attn: Melissa Perkins 101 Winding Rd., Kingsland, GA 31548	<b>Dirección Física:</b> 101 Winding Road Kingsland, GA 31548
--	---

**Chatham County: /Condado de Chatham:**

<b>Dirección para enviar correo:</b> Chatham County Health Dept., Attn: Sierra Peebles 1395 Eisenhower Dr., Savannah, GA 31406	<b>Dirección Física:</b> 1395 Eisenhower Dr. Savannah, GA 31406
--	---

**Effingham County: /Condado de Effingham:**

<b>Dirección para enviar correo:</b> Effingham Co. Health Dept., Attn: Bethany Thornton P.O. Box 350, Springfield, GA 31329	<b>Dirección Física:</b> 802 Hwy 119 South Springfield, GA 31329
---	--

**Glynn County:/Condado de Glynn:**

<b>Dirección para enviar correo:</b> Glynn Co. Health Dept., Attn: Adam Sanchez 2747 Fourth St., Brunswick, GA 31520	<b>Dirección Física:</b> 2747 Fourth St. Brunswick, GA 31520
--	--

**Liberty County:/Condado de Liberty:**

<b>Dirección para enviar correo:</b> Liberty Co. Health Dept., Attn: Jennifer Mele P.O. Box 231, Hinesville, GA 31310	<b>Dirección Física:</b> 1113 East Oglethorpe Hwy. Hinesville, GA 31313
---	---

**Long County:/Condado de Long:**

<b>Dirección para enviar correo:</b> Long County Health Dept., Attn: Lisa Palmer P.O. Box 279, Ludowici, GA 31316	<b>Dirección Física:</b> 584 N. Macon St. Ludowici, GA 31316
---	--

**McIntosh County:/Condado de McIntosh:**

<b>Dirección para enviar correo:</b> McIntosh Co. Health Dept., Attn: Brooke Deverger P.O. Box 231, Townsend, GA 31331	<b>Dirección Física:</b> 1335 Ga Hwy 57, Townsend, GA 31331
--	---