



Ciudad de Jacksonville/ Condado de Duval

Registración de Evacuación de Servicios Médicos Especiales



Datos Personales REQUERIDOS

Fecha de hoy: _____

Apellido: _____ Primer y Segundo Nombre: _____ Género: M F

Dirección: _____ CP: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Teléfono: _____ Alterno: _____ Correo Electrónico: _____

Edad: _____ Peso: _____ lbs. Lenguaje Hablado: _____ Mascotas: Sí No

Tipo de Residencia: Casa/Dúplex Casa Móvil/Caravana Apartamento/Condominio

Situación de Vivienda: Solo(a) Con Padres Familia o Amigos

Contactos de Emergencia:

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Necesidades Médicas Especiales (Seleccione todos los que aplican):

<p>Movilidad</p> <p><input type="checkbox"/> Puedo caminar</p> <p><input type="checkbox"/> Andador/Cana</p> <p><input type="checkbox"/> Silla de Ruedas</p> <p><input type="checkbox"/> Postrado en Cama</p> <p><input type="checkbox"/> Elevador "Hoyer"</p> <p><input type="checkbox"/> Camilla</p> <p>Dependencia Eléctrica</p> <p><input type="checkbox"/> Concentración de O2</p> <p><input type="checkbox"/> CPAP-BiPAP</p> <p><input type="checkbox"/> Ventilador</p> <p><input type="checkbox"/> Bomba de Alimentación</p> <p><input type="checkbox"/> Nebulizador</p> <p><input type="checkbox"/> Succión</p> <p><input type="checkbox"/> medicina refrigerada</p> <p><input type="checkbox"/> Otro:</p>	<p>Dependencia Médica al Oxígeno</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Problema de Salud Mental</p> <p><input type="checkbox"/> Ansiedad/Depresión</p> <p><input type="checkbox"/> Alzheimers/Demencia</p> <p><input type="checkbox"/> Trastorno psiquiátrico /de personalidad</p> <p>Cognitivo / Físico</p> <p><input type="checkbox"/> Autismo/Retraso en el Desarrollo</p> <p><input type="checkbox"/> Impedimento del Habla</p> <p><input type="checkbox"/> Perdida/Deterioro de Visión</p> <p><input type="checkbox"/> Perdida/Deterioro de Audición</p> <p><input type="checkbox"/> Asistencia con la administración de medicamentos</p> <p><input type="checkbox"/> Incontinencia</p> <p><input type="checkbox"/> Heridas Abiertas/Decúbito</p> <p><input type="checkbox"/> Obesidad Mórbida (>300 lbs)</p> <p><input type="checkbox"/> Fragilidad</p>	<p>Dependiente de la Diálisis</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Nombre del Centro de Diálisis</p> <p>_____</p> <p>Otras Preocupaciones Médicas:</p> <p>_____</p>
---	---	---

¿Tiene un cuidador (a) va estar con usted? Sí No (Requerido para clientes con problemas de memoria).

Al firmar este formulario, doy mi autorización para que la información médica contenida aquí se envíe al departamento de salud del condado, a la gerencia de emergencias, a los distritos locales de bomberos y a las instalaciones receptoras con el fin de evaluar mis necesidades y proporcionar transporte y alojamiento de emergencia. Los registros relacionados con el registro de ciudadanos discapacitados están exentos de las disposiciones de F.S. 118.07 (1), Ley de Registros Públicos. La información aquí contenida se mantendrá confidencial.

Firma del Padre o Guardián

Fecha de Firma

**Por favor
envíe a:**

Jacksonville Fire & Rescue Department, Emergency Preparedness Division
515 N. Julia Street, 4th Floor, Jacksonville, Florida 32202
Teléfono: 904-255-3110

Presentar Electronicamente

Presione aquí:

SEND