



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: _____ Alternativo: _____ 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):

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

¿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: 904-255-3172

Presentar Electronicamente

Presione aquí:

SEND