

# Condado de New Hanover

## Registro de Cuidados Especiales

Fecha de Aplicación

Información Personal				
Apellido	Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento	Sexo Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>
Dirección (incluya Ciudad, Estado y Código Postal)			Teléfono de casa	
			Teléfono celular	
Email		Brunswick EPZ		TTY/Video Fono
Vive <input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Con Pareja <input type="checkbox"/> Otro		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Zona L <input type="checkbox"/> Zona K <input type="checkbox"/>		Teléfono alternativo
Tipo de Vivienda <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Apartamento/ Condominio <input type="checkbox"/> Tráiler/Casa Móvil		Raza/Etnicidad <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Indio Norteamericano <input type="checkbox"/> Pacifico Asiático/Islas del		Idioma <input type="checkbox"/> Árabe <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Ruso <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Francés <input type="checkbox"/> Tagalo <input type="checkbox"/> Alemán <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Italiano
Contactos de Emergencia				
Contacto principal en caso de emergencia		Relación	Teléfono celular	Teléfono de casa
Dirección (incluya Ciudad, Estado y Código Postal)			Dirección de Email	Teléfono del Trabajo
Contacto principal en caso de emergencia		Relación	Teléfono celular	Teléfono de casa
Dirección (incluya Ciudad, Estado y Código Postal)			Dirección de Email	Teléfono del Trabajo
Información Medica				
Necesita atención las 24 horas				
Deficiencias de la comunicación <input type="checkbox"/> Impedimento del habla <input type="checkbox"/> Sordera <input type="checkbox"/> Problemas de audición <input type="checkbox"/> Olvidadizo		Requiere equipo sustentador de vida <input type="checkbox"/> Oxígeno <input type="checkbox"/> Ventilador <input type="checkbox"/> Bomba de alimentación <input type="checkbox"/> Succión <input type="checkbox"/> Nebulizador <input type="checkbox"/> Dialices <input type="checkbox"/> Otro (describa abajo)		
Deficiencias de la vista <input type="checkbox"/> Ceguera <input type="checkbox"/> Otro (describa abajo)		Requiere medicamento sustentador de vida <input type="checkbox"/> Cardíaco <input type="checkbox"/> Respiratorio <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Otros (Explique abajo) <input type="checkbox"/> Historial Cardíaco (explique abajo) <input type="checkbox"/> Historial Respiratorio (explique abajo)		
Deficiencias Físicas <input type="checkbox"/> Confinado en cama <input type="checkbox"/> Andador ortopédico <input type="checkbox"/> Silla de ruedas <input type="checkbox"/> Bastón				
Adicciones			Medicamentos	
Condiciones Físicas			Alergias	
Condiciones Médicas			Otras notas medicas	
Proveedor de Servicios Médico				
Proveedor de Oxígeno		Teléfono	Agencia de Servicios de la Salud a Domicilio	Teléfono
Doctor de Cabecera		Teléfono	Farmacia	Teléfono

**Condado de New Hanover**  
**Registro de Cuidados Especiales**

**En caso de desastre:**

**Mi plan personal es:**

Tendré alguien responsable por mí. Nombre del responsable: \_\_\_\_\_  
Relación conmigo: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Evacuaré /buscaré refugio con mi familia, o amigos. Nombre del pariente/amigo: \_\_\_\_\_  
Relación o asociación a mí. \_\_\_\_\_ Número de teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_

Mi transporte será proporcionado por: \_\_\_\_\_

Tendré conmigo todos los medicamentos e equipos necesarios.

Tendré conmigo una lista actualizada y completa de mis medicamentos; proveída por mi farmacéutico.

Tendré listo un conjunto (kit) de provisiones.

**El plan para mi mascota:**

Tiene Ud. una mascota? Sí  No

Contesto que si? Detalle tipo, tamaño y peso de la mascota \_\_\_\_\_

**El plan para mi mascota es:** \_\_\_\_\_

Tiene Ud. un animal de servicio? Sí  No

*OBS: Si planea trasladar un animal de servicio a un refugio, deberá traer la identificación necesaria, indicando su necesidad de estar acompañado por el animal.*

**Divulgación de información**

**Certifico que la información provista es correcta. Concedo permiso para el uso de esta información a:**

El Departamento de Gestión de Emergencias del Condado de New Hanover, el Programa de Voluntarios Jubilados y Mayores del Centro de Recursos para Personas de Tercera Edad del Condado de New Hanover, y a los voluntarios operando bajo la dirección de dichas agencias.

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

Guardián: \_\_\_\_\_

-----  
Informe preparado por:

Agencia/Organización: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Favor enviar formulario completo a :**

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

**Para uso interno:**

RSVP File #

Date of registration:

**Preguntas? Comentarios? Llame al (910)798-6400**

**\*\*Recuerde:** Es su responsabilidad verificar su información de contacto con el *Centro de Recursos para Personas de Tercera Edad del Condado de New Hanover* como mínimo una vez al año.

De no poder comunicarnos con Ud., Ud. será removido del Registro de Cuidados Especiales.

\*\* Los ciudadanos utilizan el Servicio de Registro de Cuidados Especiales y IC3 bajo su propia discreción. El Registro de Cuidados Especiales, IC3, Instalaciones del Cuidado de la Salud, Hogares de la tercera edad, actuando en buena fe, están autorizados a no aplicar ciertas reglas para poder proveer refugio temporal o servicios durante desastres y emergencias. Las instalaciones de refugio temporal ,IC3, y el Registro de Cuidados Especiales no son responsables para proveer cuidado. Su propio asistente personal para el cuidado es requerido durante el periodo de ubicación temporal.\*