



罗德岛特殊需求紧急情况登记处
对象为具有残障、慢性病和特殊健康护理需求的人



罗德岛卫生部（HEALTH）和罗德岛紧急情况管理署（RIEMA）为罗德岛具有残障、慢性病和特殊健康护理需求的居民成立了登记处。您填写本表则表示许可 EMA 和 HEALTH 与地方和州政府紧急情况应答者（例如您所在城镇的警察或消防队员）分享有关您的信息。您提供的信息可帮助紧急情况应答者在遇到紧急情况时满足您的需求。

说明：如需在本注册处注册，请填写一份表格，在表格中签名，并将表格寄至：**RIEMA, Database Manager, 645 New London Ave, Cranston, RI 02920**；或在网上注册，网址：www.health.ri.gov/emregistry。如果您有问题，请电洽 401.946.9996（语音）或拨罗德岛转接号码 711（TTY）。如果您无法自己填写本表，请让一位家庭成员或看护代表您填写本表，在表格中签名，并寄出。

标有星号（*）的栏目是必填栏目。

- 首次注册 注册更新

一般信息	
姓名*（姓、名、中间名）： _____	性别： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 出生年份： _____
街道地址*： _____	公寓/单元或楼层： _____
城镇*： _____	邮政编码*： _____
家庭电话*： _____	TDD/TTY： _____
语言：您愿意用哪一种语言收到紧急情况通讯或协助？	
<input type="checkbox"/> 英语 <input type="checkbox"/> 西班牙语 <input type="checkbox"/> 葡萄牙语 <input type="checkbox"/> 法语 <input type="checkbox"/> 越南语	
<input type="checkbox"/> 汉语 <input type="checkbox"/> 苗族语 <input type="checkbox"/> 柬埔寨语 <input type="checkbox"/> 老挝语 <input type="checkbox"/> 其他语言 _____	
民族：您认为自己是西班牙裔或拉丁裔吗？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
种族：勾选所有适用的项目	
<input type="checkbox"/> 白人 <input type="checkbox"/> 美洲印第安人/阿拉斯加本土人 <input type="checkbox"/> 非裔美国人/黑人	
<input type="checkbox"/> 亚洲人 <input type="checkbox"/> 夏威夷本土人/太平洋群岛人 <input type="checkbox"/> 其他人种	

活动能力	生命支持系统
<p>您是否卧床不起？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p> <p>您是否能够在没有协助的情况下行走？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p> <p>您使用以下哪一种工具？（请勾选所有适用的项目）</p> <p><input type="checkbox"/> 轮椅/伤残交通车辆 <input type="checkbox"/> 氧气</p> <p><input type="checkbox"/> 助步器/手杖 <input type="checkbox"/> 呼吸器</p> <p><input type="checkbox"/> 拐杖 <input type="checkbox"/> 透析</p> <p><input type="checkbox"/> 辅助动物 <input type="checkbox"/> 其他：（起搏器、除颤器）</p> <p><input type="checkbox"/> 以上一项都不是 <input type="checkbox"/> 其他： _____</p> <p><input type="checkbox"/> 以上一项都不是</p>	<p>您使用以下哪一种生命支持系统？ （请勾选所有适用的项目）</p> <p><input type="checkbox"/> 氧气</p> <p><input type="checkbox"/> 呼吸器</p> <p><input type="checkbox"/> 透析</p> <p><input type="checkbox"/> 电动（起搏器、除颤器）</p> <p><input type="checkbox"/> 其他： _____</p> <p><input type="checkbox"/> 以上一项都不是</p> <p>您是否依赖胰岛素？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p>
视力、听力、语言和其他残障	
<p>您是……（请勾选所有适用的项目）</p> <p><input type="checkbox"/> 有视力障碍 <input type="checkbox"/> 不会说话</p> <p><input type="checkbox"/> 法定盲人 <input type="checkbox"/> 认知/发育迟缓</p> <p><input type="checkbox"/> 听力障碍</p> <p><input type="checkbox"/> 聋人 <input type="checkbox"/> 其他： _____</p> <p><input type="checkbox"/> 语言障碍 <input type="checkbox"/> 以上一项都不是</p>	<p>注释：我在本表中签名并将本表送交给 RIEMA 则表示我同意与地方和州政府紧急情况应答者分享我的信息。我理解，虽然 RIEMA 为了更好地在紧急情况发生过程中为我提供协助需要分享本信息，RIEMA <u>不能担保</u>在所有的情况下为我提供协助。我还理解，这是一项自愿服务项目。</p> <p>填表人签名： _____ 日期： _____</p>

