



Registo de Inscrição para Indivíduos com Necessidades Especiais em Caso de Emergências

Para os habitantes de Rhode Island com deficiência, doenças crônicas e necessidades especiais de saúde



O Departamento de Saúde de Rhode Island (HEALTH) e a Agência de Gestão de Emergências de Rhode Island (RIEMA) elaboraram um registo para os habitantes de Rhode Island com deficiência, doenças crônicas e necessidades especiais de saúde. Ao preencher este formulário, permite que a RIEMA e HEALTH partilhem as suas informações com as equipas de emergência locais e estatais, tais como o departamento dos bombeiros ou da polícia da sua idade/vila. As informações fornecidas podem ajudar as equipas de emergência a satisfazer as suas necessidades durante uma emergência.

Instruções: Para ser incluído(a) neste registo, preencha um formulário, assine o mesmo e envie-o para **RIEMA, Database Manager, 645 New London Avenue, Cranston, RI 02920** OU efectue o registo online em www.health.ri.gov/emregistry. Em caso de dúvidas, contacte-nos através de (401) 222-5960 (voz) ou RI Relay 711. Se não lhe for possível preencher este formulário, solicite a um familiar, auxiliar ou representante para o preencher e enviar em seu nome.

Novo registo Atualização do registo

Informações gerais (Os campos assinalados com um asterisco (*) são obrigatórios)

10/2013

NOME*: Nome: _____ Segundo: _____ Apelido: _____ Sexo: M F

Data de Nascimento: _____ Endereço*: _____

Apt/Unidade ou Andar: _____ Cidade/Vila*: _____ Código Postal*: _____

Telefone*: _____ Telemóvel: _____ (*Numero de Telefone is required)

TTY: _____ Email: _____

Nome do Contacto de Emergência:

Numero de Telefone do Contacto:

Sistemas de suporte vital

Qual dos seguintes utiliza? (Assinale todos os que se aplicam)

Oxigénio: Tanques Concentrador

Máscara/ventilador: Bateria de reserve para a unidade

Diálise: Clínica Em casa

Eléctrico: Pacemaker Desfibrilador

É diabético(a)? Sim Não

Dependente de insulina? Sim Não

Outro: _____ Nenhum dos mencionados

Mobilidade

Encontra-se acamado(a)? Sim Não

Consegue andar sem assistência? Sim Não

Qual dos seguintes utiliza? (Assinale todos os que se aplicam)

Cadeira de rodas/veículo de mobilidade

Andarilho/bengala Prótese: _____

Muletas Outro: _____

Assistência animal Nenhum dos mencionados

Condições sensoriais, cognitivas, e Psiquiátricas

Qual das seguintes se aplica a si? (Assinale todos os que se aplicam)

Deficiência visual Deficiência na fala

Cegueira Mudez

Dificuldade auditiva Atraso cognitive / no

Utiliza aparelhos auditivos desenvolvimento

Surdez Transtorno do Espectro Autista

Epilíesia Alzheimer/Demência

Outro: Condição psiquiátrica: _____

Nenhuma das mencionadas _____

Outras deficiências (se fôr necessário, use o reverso do formulário)

Por favor, liste outras deficiências ou condições importantes:

Idioma

Qual o idioma em que prefere receber assistência ou comunicações de emergência?

Inglês Espanhol Francês Português

Mandarim Cantonês Russo Krahn

Khmer Persa Laociano

Crioulo de Cabo Verde Outro: _____

ETNIA: hispânico(a) ou latino(a)? Sim Não **RAÇA:** Caucasiano Negra/Áfro-americano Asiático

Nativos do Havai/outro habitante do Pacífico Índio americano/nativos de Alasca Outra: _____

NOTA: Ao assinar e enviar este formulário para a RIEMA/HEALTH, permito que as minhas informações pessoais sejam partilhadas com as equipas de emergência locais e estatais. Compreendo que, embora a RIEMA/HEALTH partilhem estas informações de modo a prestar uma melhor assistência durante uma situação de emergência, não podem garantir assistência em todos os casos. Também compreendo que é um programa voluntário.

Assinatura: _____ **Nome em maiúsculas:** _____

Data: _____ **Indique o grau de parentesco se preencher em nome da pessoa:** _____