



Registo de emergência de necessidades especiais de Rhode Island

Para moradores de Rhode Island com deficiências, doenças crônicas e necessidades especiais de saúde

O Departamento de Saúde de Rhode Island (RIDOH) e a Agência de Gestão de Emergências de Rhode Island (RIEMA) mantêm um registo para os residentes de Rhode Island com deficiências, doenças crônicas e/ou necessidades especiais de saúde que moram em residência ou em residências coletivas (em grupo). Residentes em lares para idosos e lares com assistência médica já têm funcionários para auxiliar socorristas. Ao participar do Registo, permite que a RIDOH e a RIEMA compartilhem as suas informações com as equipas de emergência locais e estaduais, tais como o departamento dos bombeiros e/ou da polícia da sua cidade/município. As informações que fornece podem ajudar as equipas de emergência a satisfazer as suas necessidades durante uma emergência, embora a assistência não possa ser garantida.

Instruções: para ser incluído(a) no Registo, preencha este formulário, assine e envie-o para:

RIDOH - RISNER, 3 Capitol Hill, Providence, RI 02908 OU faça o registo online em www.health.ri.gov/emregistry ("Apenas inglês")

Se tiver dúvidas, ligue para (401) 222-5960 ou RI Relay 711 (TTY). Se não puder preencher este formulário sozinho, peça a um parente, cuidador ou outro representante para preencher o formulário e enviá-lo em seu nome.

INFORMAÇÕES GERAIS Os campos marcados com um asterisco (*) são obrigatórios. Escreva de forma legível em letras maiúsculas.

Nome*:

Nome

Nome do meio

Apelido

Sexo*:

 M

 F

Data de Nascimento*:

(MM/DD/AAAA)

ENDEREÇO FÍSICO

Endereço*:

Apartamento/andar:

Cidade/município*:

Código postal:

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA DE ACORDO COM O SERVIÇO POSTAL DOS EUA (caso seja diferente do endereço físico)

Endereço:

Apartamento/unidade:

Cidade/município:

Estado:

Código postal:

INFORMAÇÕES PARA CONTATO (* É necessário um número de telefone)

Telefone residencial: () -

Número apenas para SMS: () -

Telemóvel: () -

Número de videofone: () -

E-mail:

TTY: () -

CONTATO DE EMERGÊNCIA

Nome:

Relação:

Telefone: () -

E-mail:

SITUAÇÃO DE MORADIA

Moro em Rhode Island (marque tudo que se aplique a si):

Ocasionalmente de: _____ (mês) a: _____ (mês)

O ano todo

Divido o meu tempo entre vários endereços em Rhode Island

Moro em (selecione um tipo de moradia):

Moradia unifamiliar

Apartamento _____ andar

Apartamento/duplex/casa geminada

Trailer

Outro: _____

Moro (marque tudo que se aplique a):

Sozinho

Com família/amigos

Com cuidador

Numa residência coletiva (grupo) mantida por _____

Num lar para idosos vivendo independentemente

Com outras pessoas que são deficientes

Outro: _____

IDIOMA

Prefiro comunicar em (selecione um):

Inglês

Linguagem gestual

Espanhol

Português

Francês

Outro: _____

ETNIA

Considera-se hispânico ou latino?

 Sim

 Não

RAÇA (Selecione uma):

Branca

Afro-americana/Negra

Asiática

Nativo do Havai/Ilha do Pacífico

Índio americano/Nativo do Alasca

Outro: _____

SISTEMAS DE SUPORTE VITAL Marque tudo que se aplique a si:

- Tanques de oxigênio
 Tenho tanques sobresselentes
- Concentrador de oxigênio
 Tenho bateria ou gerador alternativo para isto
- Respirador/ventilador
 Tenho bateria ou gerador alternativo para isto
- Traqueostomia
- Soro intravenoso
- Cateteres urinários
- Colostomia/ileostomia
- Tubo de alimentação
- Sucção
 Tenho bateria ou gerador alternativo para isto
- Diálise em uma clínica
- Diálise em casa
 Tenho bateria ou gerador alternativo para isto
- Marcapasso Cardíaco
- Desfibrilhador
- Outras necessidades elétricas: _____
- Nenhuma das opções acima

SENSORIAL Marque tudo que se aplique a si:

- Deficiente auditivo Nenhuma das opções acima
- Uso de aparelho(s) auditivo(s) Legalmente cego
- Surdo
- Uso de implante(s) coclear(es)
- Incapacidade visual

COGNITIVO / PSIQUIÁTRICO / NEUROLÓGICO / MUSCULAR
(Marque tudo que se aplique a você)

- Distúrbio convulsivo Esclerose Múltipla
- Deficiência da fala Depressão
- Não-verbal Ansiedade
- Atraso cognitivo/de desenvolvimento Transtorno bipolar
- Transtorno do espectro do autismo Esquizofrenia
- Alzheimer/demência Transtorno de stresse pós-traumático
- Doença de Parkinson Transtorno obsessivo compulsivo (TOC)
- Paralisia cerebral Outro: _____
- Nenhuma das opções acima

MOBILIDADE (Marque tudo que se aplique a si)

- Uso uma cadeira de rodas/veículo de mobilidade
 Cadeira de rodas/veículo de mobilidade depende de eletricidade
 Tenho bateria ou gerador alternativo para isto
- Uso um andador/bengala
- Uso muletas
- Uso prótese (especifique a prótese): _____
- Confinado a uma cama
 Cama depende de eletricidade
 Tenho bateria ou gerador alternativo para isto
- Outro: _____
- Nenhuma das opções acima

OBS: Ao assinar este formulário, permito que as minhas informações sejam compartilhadas com socorristas locais e estaduais. Entendo que este é um programa voluntário e que, embora o RIDOH/RIEMA compartilharão estas informações a fim de me assistir melhor durante uma emergência, eles não podem garantir assistência em todos os casos.

Assinatura: _____

Escreva o nome em maiúsculas: _____

Data: _____

Se estiver a preencher este formulário por outra pessoa, indique o seu nome e a sua relação com a pessoa em questão: _____

TRANSPORTE Marque tudo que se aplique a si

Quando saio de casa, uso com mais frequência um(a):

- Veículo próprio
- Táxi/serviço de carro
- Autocarro
- RIDE
- Autocarro/veículos adaptados para cadeira de rodas
- Ambulância
- Bicicleta
- Outro: _____

Se precisasse de ser evacuado, seria acompanhado por:

- Ninguém
- Cuidador
- Parente/amigo
- Outro: _____

ASSISTÊNCIA NECESSÁRIA Marque tudo que se aplique a si:

Num dia normal, preciso de assistência para:

- Alimentar-me
- Tomar medicamento(s)
- Comunicar com outras pessoas
 Tecnologia assistencial - Eu uso: _____
- Transporte
- Usar a sanita
- Vestir-me/despir-me
- Tomar banho/higiene pessoal
- Transferir-me de/para: Cama Cadeira de rodas
 Vaso sanitário Chuveiro/banheira

Outra assistência:

- Utilizo um animal de serviço
- Preciso de supervisão
- Recebo tratamento(s) médico(s) de enfermeira/médico em casa.
- Recebo tratamento(s) médico(s) num centro de serviços de saúde pelo menos uma vez por semana.
- Outro: _____
- Nenhuma das opções acima

OUTRAS DEFICIÊNCIAS/CONDIÇÕES

- Diabetes
 Uso insulina
- Peso entre 136,1 kg (300 lb) e 249 kg (549 lb)
- Peso entre 249,5 kg (550 lb) e 362,4 kg (799 lb)
- Peso 362,9 kg (800 lb) ou mais

Nomeie outras deficiências ou condições relevantes:
