



Registro de Emergencia de Necesidades Especiales en Rhode Island

Para personas con impedimentos, condiciones crónicas y necesidades especiales de cuidado de la salud en Rhode Island

El Departamento de Salud (RIDOH) y la Agencia del Manejo de Emergencias en Rhode Island (RIEMA, por sus siglas en inglés) mantienen un registro para los residentes de Rhode Island que tienen un impedimento o condición crónica y/o necesidades especiales del cuidado de la salud, quienes viven en su casa o en hogares comunitarios. Los asilos para ancianos y lugares con asistencia, ya tienen personal asignado para asistir a las personas o agencias que responden a emergencias. Al inscribirse en éste registro, usted permitirá que el Departamento de Salud y RIEMA, compartan su información con agencias estatales y locales encargadas de responder a emergencias tales como, el departamento de policía y/o de bomberos en su pueblo/ ciudad. La información que usted provea le podría ayudar a dichas agencias a cubrir sus necesidades durante una emergencia. Esto no garantiza que usted reciba asistencia.

Instrucciones: Para ser incluido en el registro, por favor llene el formulario, fírmelo y envíelo a:

RIDOH - RISNER, 3 Capitol Hill, Providence, RI 02908 O regístrese en el internet en www.health.ri.gov/emregistry (inglés solamente)

Si tiene preguntas, por favor llame al (401) 222-5960 o Relay 711 (TTY). Si no puede llenar éste formulario usted mismo, por favor pídale a un familiar, persona que le cuida o cualquier otro representante que se lo llene y lo envíe.

INFORMACIÓN GENERAL Las secciones marcadas con un asterisco (*) son requeridas. Por favor escriba claro.

Nombre*: _____
 Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____ Apellido _____

Género*: M F Fecha de Nacimiento*: _____
 (MM/DD/YYYY)

DIRECCIÓN DONDE VIVE

Nombre y número de la calle*: _____ Apartamento unidad/piso: _____

Ciudad/Pueblo*: _____ Código postal: _____

DIRECCIÓN DE CORREO RECONOCIDA POR EL SERVICIO POSTAL DE USA (si es diferente de la dirección anterior)

Nombre y número de la calle: _____ Apartamento unidad/piso: _____

Ciudad/Pueblo: _____ Estado: _____ Código postal: _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO (* Número de teléfono es requerido)

Número de teléfono: () - Número solo mensaje de texto: () -

Número de Celular: () - Número de video teléfono: () -

Correo electrónico: _____ TTY: () -

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: _____ Parentesco: _____

Número de teléfono: () - Correo electrónico: _____

SITUACIÓN DE VIVIENDA

Yo vivo en Rhode Island (marque todas las que le correspondan):

- Temporalmente desde: _____ (mes) a: _____ (mes)
- Todo el año
- Mi tiempo es dividido entre varias direcciones en Rhode Island

Yo vivo en (seleccione que clase de vivienda):

- Casa de una sola familia
- Apartamento _____ piso
- Condominio /dúplex/casa unifamiliar (townhouse)
- Casa móvil
- Otro: _____

Yo vivo (marque todas las que le correspondan):

- Solo/a
- Con familiares/amigos
- Con alguien que me cuida
- En un hogar de cuidados operado por _____
- En un hogar independiente para personas de la tercera edad
- Con otras personas que están incapacitadas
- Otro: _____

IDIOMA

Yo prefiero comunicarme en (seleccione uno):

- Inglés
- Lenguaje Mudo Americano
- Español
- Portugués
- Francés
- Otro: _____

ETNIA

¿Se considera usted Hispano/a o Latino/a? Si No

RAZA (Seleccione una):

- Blanca
- Afro-Americano/Negro
- Asiático
- Nativo de Hawái/Islas del Pacífico
- Indio Americano/Nativo de Alaska
- Otro: _____

SISTEMAS DE VIDA ARTIFICIAL (Marque todas las que le correspondan)

- Tanques de oxígeno
 - Yo tengo tanques de repuesto
- Concentrador de oxígeno
 - Yo tengo batería o generador de repuesto para esto
- Respirador/ventilador
 - Yo tengo batería o generador de repuesto para esto
- Traqueotomía
- Línea intravenosa
- Catéteres/sondas urinarios
- Colostomía/ileostomía
- Tubo de alimentación
- Succión
 - Yo tengo batería o generador de repuesto para esto
- Diálisis en una clínica
- Diálisis en casa
 - Yo tengo batería o generador de repuesto para esto
- Marcapasos
- Desfibrilador
- Otros aparatos eléctricos necesarios: _____
- Ninguno de los anteriores

DISCAPACIDAD SENSORIAL (Marque todos los que le correspondan)

- Dificultad para escuchar
- Uso de aparatos para escuchar
- Sordo/a
- Uso de implantes auditivos (cochlear implant)
- Ninguno de los anteriores
- Impedimentos para ver
- Legalmente ciego/a

COGNITIVO/PSIQUIÁTRICO/ NEUROLÓGICO/MUSCULAR (Marque todos los que le correspondan)

- Convulsiones
- Impedimento para hablar
- No se comunica verbalmente
- Retraso Cognitivo / desarrollo mental
- Autismo
- Alzheimer's/demencia
- Parkinson's
- Parálisis Cerebral
- Esclerosis Múltiple
- Ninguno de los anteriores
- Depresión
- Ansiedad
- Desorden Bipolar
- Esquizofrenia
- Desorden del estrés después de un trauma (PTSD, por sus siglas en inglés)
- Desorden de obsesión compulsiva (OCD)
- Otro: _____

MOBILIDAD (marque todos los que le correspondan)

- Uso silla de ruedas/otro vehículo para movilizarse
 - Silla de ruedas eléctrica/ vehículo para movilizarse eléctrico
 - Tengo batería o generador de repuesto para esto
- Uso caminador / bastón
- Uso muletas
- Uso prótesis (especifique que prótesis): _____
- Postrado/a en cama
 - La cama es eléctrica
 - Tengo batería o generador de repuesto para esto
- Otro: _____
- Ninguno de los anteriores

NOTA: Al firmar éste formulario, yo estoy de acuerdo en permitir que mi información sea compartida con personas/agencias locales y estatales, que responden a emergencias. Yo entiendo que éste es un programa voluntario y RIDOH/RIEMA no pueden garantizar la asistencia en todos los casos, aunque compartan ésta información para asistirme mejor en una emergencia.

Firma: _____

Escriba su nombre: _____

Fecha: _____

Si usted está llenando éste formulario en representación de otra persona, por favor escriba su nombre y su parentesco con dicha persona: _____

TRANSPORTACIÓN (Marque todos los que le correspondan)

Cuando salgo de casa, lo que uso más frecuente es: (un/a):

- Vehículo personal
- Taxi/ servicio de carro
- Bus/transporte público
- RIDE
- Silla de ruedas van/bus
- Ambulancia
- Bicicleta
- Otro: _____

Si necesito desalojar, yo estaría acompañado/a por:

- Nadie
- Persona que me cuida
- Familiar/amigo/a
- Otro: _____

ASISTENCIA REQUERIDA (Marque todos los que le correspondan)

En un día normal, yo necesito asistencia para:

- Alimentarme
- Tomar mis medicinas
- Comunicarme con otros
 - Asistencia tecnológica – yo uso: _____
- Transportarme
- Usar el inodoro
- Vestirme/ desvestirme
- Bañarme /arreglarme
- Movilizarme de/a:
 - Cama
 - Silla de ruedas
 - Inodoro
 - Ducha/bañera

Otra asistencia:

- Uso un servicio de guía animal
- Necesito supervisión
- Recibo tratamiento(s) médico(s) de parte de una enfermera/medico, en mi casa
- Recibo tratamiento(s) medico(s) en un sitio del cuidado de la salud, al menos una vez a la semana.
- Otro: _____
- Ninguna de las anteriores

OTRAS CONDICIONES O INCAPACIDADES

- Diabetes
 - Uso insulina
- Peso entre 300 y 549 libras
- Peso entre 550 y 799 libras
- Peso entre 800 libras o más

Por favor escriba cualquier otra condición o incapacidad relevante:
