

Registro para Necesidades Funcionales y de Acceso en el Condado Union

La División de Manejo de Emergencias del Condado Union y la División de Salud Publica del Condado Union son responsables de mantener un registro de los residentes del Condado Union que tienen necesidades funcionales y de acceso. A las personas que tienen una discapacidad que les puede afectar su capacidad de buscar seguridad durante una emergencia se les pide que se registren. El registro funciona como una base de datos que se usa en situaciones de emergencia y la información proporcionada solo se usara para respuesta de emergencia. Inscribirse en este registro no es una garantía del servicio. Por favor llame para mas información, o llene el formulario y devuélvalo en una de las siguientes direcciones:

- Union County Emergency Management: 500 N. Main Street Suite 809, Monroe, NC 28112 - (704) 283-3575—Fax: 704-283-3716
- Union County Division of Public Health: 1224 W Roosevelt Blvd., Monroe, NC 28110 - (704) 296-4800—Fax: 704-296-4807

Información General:

Primer Nombre: _____ Apellido: _____ Sexo: M F
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
 Teléfono: _____ Teléfono alterno: _____
 Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Lenguaje Principal: Ingles Español Otro: _____
 ¿Tiene un perro lazarillo? Si No ¿Si sí, que clase? _____
 ¿Requiere un cuidador las 24 horas? Sí No ¿Si sí, su cuidador irá con usted al refugio? Sí No
 ¿Vive solo? Sí No ¿Si no, con quien vive? Familia Cuidador Grupo Hogar Otro: _____
 ¿Necesita electricidad para equipo medico? Sí No
 Nombre del contacto de emergencia: _____
 Teléfono del contacto de emergencia _____ Teléfono alterno: _____

Movilidad (marque las que apliquen)

- No hay problemas de movilidad
- Capaz de caminar con ayuda
- Postrado en cama
- Silla de ruedas/Vehículo para movilidad
- Prótesis
- Otro _____

Requiere asistencia para (marque las que apliquen)

- Bañarse
- Vestirse
- Utilizar el sanitario
- Comer
- Medicinas
- Otro _____

Transporte para evacuación o refugio:

- No hay necesidades de transporte
- Necesidad transporte—puede usar vehículo estándar
- Necesidad transporte—requiere vehículo con silla de ruedas
- Necesidad transporte—requiere una camilla
- Otro: _____

Sensorial (marque las que apliquen)

Ninguno

- Legalmente invidente (ceguera) Gafas, lentes de contacto Necesidades visuales (Braille) Discapacidad en el habla
- No-verbal Sordera Problemas de audición Audífonos / Asistencia Tecnológica Lenguaje de señas
- Dificultad para entender instrucciones verbales Otro: _____

Aprendizaje, Desarrollo y Capacidad mental (marque las que apliquen)

Ninguno

- Alzheimer Demencia Amnesia ADHD Lesión cerebral Discapacidad de aprendizaje
- Autismo Discapacidad Genética Comportamiento Mental Otro: _____

Medicas (marque las que apliquen)

Ninguno

- Insulina Oxígeno Diálisis Tubo de alimentación Catéter Cuidado de heridas
- Soporte vital Obesidad Medicina intravenosa Artritis Ostomía Otro: _____

Yo certifico que la anterior información es correcta. Entiendo que soy responsable por todos los gastos relacionados con la evacuación medica y el refugio en un hospital. Autorizo a La División de Manejo de Emergencias del Condado Union y la División de Salud Publica del Condado Union a proporcionar esta información a otras agencias de respuesta de emergencias, de acuerdo como sea necesario durante situaciones de emergencia y con fines de planificación.

Firma: _____ Fecha: _____ Relación con la persona registrada: _____