



Registro de Urgencia para Necesidades Especiales en Rhode Island

Para personas discapacitadas, con enfermedades crónicas, o problemas médicos especiales

El Departamento de Salud de Rhode Island y la Agencia Administrativa de Emergencia de Rhode Island (RIEMA por sus siglas en inglés) han elaborado un registro para los residentes de **Rhode Island que tienen una discapacidad, enfermedades crónicas o problemas médicos especiales**. Al completar este formulario, permitirá a la Agencia Administrativa de Emergencia y al Departamento de Salud de Rhode Island que compartan la información con los operadores de urgencia locales y estatales, tales como la policía o el cuerpo de bomberos de su localidad/ciudad.

Instrucciones: Para ser incluido en este registro, por favor complete este formulario, fírmelo y mándelo a la **RIEMA, Atención: Database Manager, 645 New London Avenue, RI 02920** o regístrese (escoger una palabra para “register” y poner en todas las instancias la misma palabra) en la página de Internet www.health.ri.gov/emregistry. Si tiene preguntas, por favor llame al 401.946.9996 (voz) o al # 711 (TTY de RI). Si no pudiera completar este formulario por sí mismo, por favor pídale a un familiar o a la persona que le atiende ayudar a completar este formulario, lo firme, y lo mande por usted.

Los campos que van marcados con un asterisco (*) son obligatorios.

- Inscripción nueva Actualización de inscripción

Información General

NOMBRE* (Apellido, Primer Nombre / Segundo): _____ SEXO: Masculino Femenino Año de nacimiento: _____

DIRECCIÓN*: _____ APARTAMENTO/UNIDAD o PISO: _____

LOCALIDAD/CIUDAD*: _____ CÓDIGO POSTAL*: _____

TELÉFONO (CASA)*: _____ TELÉFONO DE PERSONAS CON PROBLEMAS AUDITIVOS: _____

IDIOMA: ¿En qué idioma prefiere recibir comunicación o asistencia en caso de urgencia?

Inglés Español Portugués Francés Vietnamés
 Chino Hmong Camboyano Lao Otro

Etnicidad: ¿Se considera Hispano o Latino? Si No

Raza: Marque todas que sean aplicables

Blanco Indio- Americano/ Nativo de Alaska Africano- Americano
 Asiático Nativo Hawaiano/ Isleño del Pacífico Otra _____

Movilidad

¿Está usted guardando cama? Si No

¿Puede caminar sin asistencia? Si No

¿Que utiliza para desplazarse? (Marque todos que sean aplicables)

Silla de ruedas/ Vehículo móvil
 Caminador Prótesis
 Muletas Otro: _____
 Animal de asistencia Ninguno de los arriba mencionados

Sistemas permanente de auxilio

¿Cuál de los sistemas de permanente auxilio -utiliza? (Marque todos los que sean aplicables)

Oxígeno
 Respirador/ Respiración Asistida
 Diálisis
 Eléctrico (Marcapasos, De-fibrilador)
 Otro: _____
 Ninguno de los anteriores

¿-Depende de insulina? Si No

Discapacidades de visión, audición, de habla u otras discapacidades

Tiene/ Es usted... (Marque todas que sean aplicables)

Limitaciones visuales
 Legalmente ciego
 No oye bien
 Sordo
 Limitaciones del habla
 No puede hablar
 Retraso cognoscitivo o en el desarrollo
 Otro: _____
 Ninguno de los anteriores

NOTA: Al firmar este formulario y mandarlo a la Agencia Administrativa de Emergencia (RIEMA), permito que mi información sea compartida con los operadores de emergencias locales y estatales. Entiendo que mientras RIEMA vaya a compartir esta información para asistirme mejor en caso de emergencia, ellos caso de emergencia, ellos no pueden garantizar la asistencia en todos los casos. También entiendo que este es un programa de participación voluntaria.

Firma de la persona que completó el formulario: _____
 Fecha: _____