دفتر ثبت نیازهای ویژه اضطراری رودآیلند

مخصوص ساکنین رودآیلند که ناتوانی، بیماری های مزمن، و یا نیاز به مراقبت مخصوص دارند

وزارت بهداشت رودآیلند (HEALTH) و سازمان مدیریت فوریت های رودآیلند دفتری برای ثبت اطلاعات مربوط به **ساکنین ناتوان، مبتلا به بیماری های مزمن، و نیازمند مراقبت های ویژه رودآیلند،** ایجاد کرده است. با پر کردن این فرم، شما به RIEMA و HEALTH اجازه می دهید تا اطلاعات شما را در اختیار مسئولین فوریت های محلی و ایالتی، مانند اداره پلیس یا آتش نشانی شهرک/شهرتان بگذارند. اطلاعاتی که شما در اختیار ما می گذارید می تواند به مسئولین در رفع نیازهای شما در مواقع اضطراری کمک کند.

دستورالعمل: برای ثبت اطلاعات خود در دفتر ثبت، لطفاً این فرم را پر کنید، آن را امضا کنید و به **مدیر پایگاه داده های RIEMA** به آدرس **645 New London Avenue, Cranston, RI 02920** ارسال کنید و یا به صورت آنلاین در سایت www.health.ri.gov/emregistry ثبت نام کنید. اگر سئوالی دارید با تلفن 946-9996 (401) (صوتی) یا تله تایپ RI Relay 711 (TTY) تماس بگیرید. اگر خودتان قادر به پر کردن این فرم نیستید، از یکی از افراد خانواده، مراقب یا سایر نمایندگان خود بخواهید تا این فرم از طرف شما پر کرده و تسلیم نمایند.

☐ ثبت جدید ☐ تجدید ثبت

اطلاعات عمومی *(پر کردن قسمت هایی که با علامت ستاره (*) مشخص شده اند اجباری است)*

نام: نام: _____ نام میانی: _____ نام خانوادگی: _____ جنسیت: ☐ مرد ☐ زن

تاریخ تولد: _____ آدرس پستی*: _____

آپارتمان/واحد یا طبقه: _____ شهر/شهرک*: _____ کد پستی*: _____

تلفن: _____ موبایل: _____ *یک شماره تلفن ضروری است**

تله تایپ: _____ پست الکترونیک: _____

تحرک

آیا بستری هستید؟ ☐ بلی ☐ خیر

آیا بدون کمک می توانید راه بروید؟ ☐ بلی ☐ خیر

از کدام یک از وسایل زیر استفاده می کنید؟ (تمام موارد مرتبط راعلامت بزنید)

☐ ویلچر/وسیله نقلیه ویژه معلولین

☐ واکر/عصا ☐ اندام مصنوعی: _____

☐ عصای زیر بغل ☐ سایر: _____

☐ حیوان راهنما ☐ هیچ یک از موارد فوق

سایر ناتوانی ها *(در صورت نیاز از پشت برگه استفاده کنید)*

لطفاً سایر ناتوانی ها یا بیماری های مربوط را بنویسید:

☐ _____

_____

_____

زبان

به چه زبانی ترجیح می دهید که ارتباطات اضطراری یا کمک به شما انجام گیرد؟

☐ انگلیسی ☐ اسپانیایی ☐ فرانسوی ☐ پرتغالی

☐ ماندارین ☐ کانتونی ☐ روسی ☐ کران

☐ خمر ☐ فارسی ☐ لائو

☐ زبان کریول کیپ وردی

☐سایر: _____

سیستم های حفظ حیات :

از کدام یک از وسایل زیر استفاده می کنید؟ (تمام موارد مرتبط راعلامت بزنید)

☐ اکسیژن: ☐ کپسول اکسیژن ☐ اکسیژن ساز

☐ رسپیراتور تنفسی/دستگاه تنفس مصنوعی: ☐ باتری کمکی برای دستگاه خود؟

☐ دیالیز: ☐ درمانگاه ☐ خانه

☐ برقی: ☐ ضربان ساز (پیس میکر) ☐ الکتروشوک (دفیبریلاتور)

آیا به بیماری قند مبتلا هستید؟ ☐ بلی ☐ خیر

آیا انسولین مصرف می کنید؟ ☐ بلی ☐ خیر

☐سایر: _____ ☐ هیچ یک از موارد فوق

بیماری های حسی، ادراکی، و روانی

کدام یک از موارد زیر در شما وجود دارد؟ (تمام موارد مرتبط راعلامت بزنید)

☐ نقص بینایی ☐ نقص گفتاری

☐ نابینایی قانونی ☐ غیر کلامی

☐ سنگینی گوش ☐ عقب افتادگی در رشد/ادراک

☐ استفاده از سمعک

☐ ناشنوا ☐ اختلال طیف اوتیسم

☐ اختلال تشنج ☐ آلزایمر/جنون

☐ سایر: _____ ☐ بیماری روانی: _____

☐ هیچ یک از موارد فوق _____

قومیت: هیسپانیک یا لاتین؟ ☐ بلی ☐ خیر **نژاد:** ☐ سفید ☐ آفریقایی آمریکایی/ سیاه ☐ آسیایی

☐ بومی هاوائی/سایر جزیره نشینان اقیانوس آرام ☐ سرخپوست/بومی آلاسکا ☐ سایر

توجه: با امضای این فرم و ارائه آن به RIEMA/HEALTH، من اجازه استفاده از اطلاعات خود را به مسئولین فوریت های محلی و ایالتی می دهم. من می پذیرم که این یک برنامه اختیاری است. در حالی که RIEMA/HEALTH از این اطلاعات برای کمک بهتر در مواقع اضطراری استفاده می کنند، آنها نمی توانند کمک در تمام موارد را تضمین نمایند.

امضا: _____ **نام خود را با حروف خوانا بنویسید:** _____

تاریخ: _____ **اگر از طرف کسی این فرم را پر می کنید نسبت را ذکر نمایید:** _____