



# Registo de emergência de necessidades especiais de Rhode Island

Para os habitantes de Rhode Island com deficiência, doenças crónicas e necessidades especiais de saúde



O Departamento de Saúde de Rhode Island (HEALTH) e a Agência de Gestão de Emergências de Rhode Island (RIEMA) elaboraram um registo para os **habitantes de Rhode Island com deficiência, doenças crónicas e necessidades especiais de saúde**. Ao preencher este formulário, permite que a RIEMA e HEALTH partilhem as suas informações com as equipas de emergência locais e estatais, tais como o departamento dos bombeiros ou da polícia da sua cidade/vila. As informações fornecidas podem ajudar as equipas de emergência a satisfazer as suas necessidades durante uma emergência.

**Instruções:** Para ser incluído(a) neste registo, preencha um formulário, assinie o mesmo e envie-o para **RIEMA, Database Manager, 645 New London Avenue, Cranston, RI 02920** OU efectue o registo online em [www.health.ri.gov/emregistry](http://www.health.ri.gov/emregistry). Em caso de dúvidas, contacte-nos através de (401) 946-9996 (voz) ou RI Relay 711 (FAX). Se não lhe for possível preencher este formulário, solicite a um familiar, auxiliar ou representante para o preencher e enviar em seu nome.

- Novo registo       Actualização do registo

**Informações gerais (Os campos assinalados com um asterisco (\*) são obrigatórios)**

NOME\* (Apelido, Nome, Segundo(s) nome(s)): \_\_\_\_\_ SEXO:  M  F    DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO\*: \_\_\_\_\_ APARTAMENTO/UNIDADE ou ANDAR: \_\_\_\_\_

CIDADE/VILA\*: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL\*: \_\_\_\_\_

TELEFONE/FAX\*: \_\_\_\_\_ TELEMÓVEL: \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_

**Mobilidade**

Encontra-se acamado(a)?       Sim     Não

Consegue andar sem assistência?       Sim     Não

Qual dos seguintes utiliza? (Assinale todos os que se aplicam)

Cadeira de rodas/veículo de mobilidade

Andarilho/bengala       Prótese: \_\_\_\_\_

Muletas       Outro: \_\_\_\_\_

Assistência animal     Nenhum dos mencionados

**Sistemas de suporte vital**

Qual dos seguintes utiliza? (Assinale todos os que se aplicam)

Oxigénio:     Tanques     Concentrador

Máscara/ventilador:  Bateria de reserve para a unidade?

Diálise:     Clínica       Em casa

Eléctrico:     Pacemaker       Desfibrilador

É diabético(a)?     Sim     Não

Dependente de insulina?  Sim     Não

Outro: \_\_\_\_\_  Nenhum dos mencionados

**Visão, audição, fala e outras deficiências**

Qual das seguintes se aplica a si? (Assinale todas as que se aplicam)

Deficiência visual       Deficiência na fala

Cegueira       Mudez

Dificuldade auditiva     Atraso cognitivo/no desenvolvimento

Utiliza aparelhos auditivos

Surdez       Epilepsia

Nenhuma das mencionadas     Outra: \_\_\_\_\_

**Idioma**

Qual o idioma em que prefere receber assistência ou comunicações de emergência?

Inglês       Espanhol       Francês     Português

Mandarim     Cantonês       Russo       Krahn

Khmer       Persa       Laociano

Crioulo de Cabo Verde     Outro: \_\_\_\_\_

**Raça/etnia (Isto é apenas para recolha de dados de modo a ajudar os nossos esforços de divulgação e formação. Assinale todas as que se aplicam)**

ETNIA: Considera-se como sendo hispânico(a) ou latino(a)?     Sim     Não

RAÇA:  Caucasiano     Afro-americano/negro     Asiático     Índio americano/nativos do Alasca

Nativos do Havai/outro habitante do Pacífico     Outra: \_\_\_\_\_

**NOTA:** Ao assinar e enviar este formulário para a RIEMA/HEALTH, permito que as minhas informações pessoais sejam partilhadas com as equipas de emergência locais e estatais. Compreendo que, embora a RIEMA/HEALTH partilhem estas informações de modo a prestar uma melhor assistência durante uma situação de emergência, não podem garantir assistência em **todos** os casos. Também compreendo que é um programa voluntário.

Assinatura: \_\_\_\_\_ Nome em maiúsculas : \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_ Indique o grau de parentesco se preencher em nome da pessoa : \_\_\_\_\_