Registro de Personas con Necesidades Especiales en Caso de Emergencias en Rhode Island

El Departamento de Salud (HEALTH) y la Agencia del Manejo de Emergencias en Rhode Island (RIEMA) han creado un registro para los **residentes de Rhode Island que tengan algún impedimento o condición crítica y que necesitan atenciones especiales en el cuidado de la salud.** Al llenar este formulario, usted le permitirá a RIEMA y al Departamento de Salud, compartir su información con agencias estatales y locales encargadas de responder en caso de emergencias, como el departamento de policía 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.

Instrucciones: Para ser incluido en el registro, por favor llene el formulario, fírmelo y envíelo a **RIEMA, Gerente de Base de Datos, 645 New London Ave., Cranston, RI 02920** ó regístrese a través del Internet en **www.health.ri.gov/registry**. Si tiene cualquier pregunta, por favor llame al (401) 222-5960 ó RI Relay 711 (TTY). Si usted no puede llenar el formulario por sí mismo, pídale a un familiar, o a un

□ **Registracion Nueva** □ **Registracion Actualizada**

Información General *(Es obligatorio que llene los espacios marcados con un asterisco (*))* 10/2013

Primero nombre*:_____ Segundo: _____ Apellido*: _____Sexo: ☐ M ☐ F

Fecha de Nacimiento:_____ Dirección*:_____

Apt/Unidad o Piso:_____ Ciudad/Pueblo*: _____ Codigo Postal*: _____

Teléfono*:_____Teléfono Celular:_____ (**Un número telefónico es requerido)*

TTY:_____ Correo Electronico:_____

Emergencias Contact Nombre:_____Contact's Teléfono:_____

Sistema de Vida Artificial

¿Cuál de los siguientes sistemas de vida artificial usa? (Marque todos los que apliquen):

□ Oxigeno: □ Tanques □ Concentrador

□ Respirador/Ventilador: □ Bateria de Repuesto

□ Dialisis: □ Clinica □ Casa

□ Electrico: □ Marcapasa □ Desfibrilador

¿Es usted diabético? □ Sí □ No

¿Dependiente de Insulina? □ Sí □ No

□ Otro:_____ □ Ninguno de los arriba Mencionados

Movilidad

¿Está usted postrado a una cama? ☐ Sí ☐ No

¿Puede usted caminar sin ayuda? ☐ Sí ☐ No

De la siguiente lista, ¿qué aparato usa? (Marque todos los queapliquen)

☐ Silla de ruedas/vehículo para movilidad

☐ Andador/Bastón ☐ Prótesis:_____

☐ Muletas ☐ Otro:_____

☐ Ayudado por un animal ☐ Ninguno de los arriba mencionados

Condiciones sensoriales, cognitivas y psiquiátricas

¿Cuales le aplican a usted? (Marque todas las que correspondan)

□ Problemas de la vista □ Impedimento del habla

□ Legalmenta ciego □ No verbal

□ Problemas de audición □ Retraso en el desarollo mental/ Congenito

□ Aparatos para la audición

□ Sordo □ Trastorno del Espectro Autista (Autismo)

□ Trastornos Convulsivos

□ Otro: _____ □ Demencia de/ Alzheimer

□ Ninguno de los arriba mencionados □ Trastorno psiquiátrico: _____

Otras discapacidades *(si es necesario, utilice el reverso de éste formulario)*

Por favor escriba otras discapacidades o condiciones relevantes:

☐ _____

_____

_____

Idioma

¿En qué idioma usted prefiere recibir asistencia o comunicados de emergencia?

☐ Inglés ☐ Español ☐ Francés ☐ Portugués

☐ Mandarino ☐ Cantonés ☐ Ruso ☐ Krahn

☐ Khmer ☐ Persa ☐ Lao

☐ Criollo de Cabo Verde ☐ Otro:_____

ETNIA: ¿hispano o latino? ☐ Sí ☐ No **RAZA**: ☐ Blanca ☐ Negra/Áfrico-Americana ☐ Asiático

☐ Nativa de Hawai/Otra del Pacifico ☐ Indio Americana/Nativa de Alaska ☐ Otra:_____

NOTA: Firmando y entregando este formulario a RIEMA/HEALTH, yo estoy de acuerdo en permitir que mi información sea compartida con agencias estatales y locales encargadas de responder durante emergencias. Yo entiendo que participar en éste programa es voluntario. Con la finalidad de ayudarme durante una emergencia, RIEMA/HEALTH compartirá esta información pese a que no pueden garantizar la asistencia en todos los casos.

Firma: _____ **Escriba su Nombre:**_____

Fecha:_____ **Especifique el parentesco si está llenando esta forma en representación de un familiar:**_____