



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



Para las personas de Rhode Island con impedimentos, condiciones crónicas y que necesitan atenciones especiales del cuidado de la salud

El Departamento de Salud y la Agencia del Manejo de Emergencias en Rhode Island (RIEMA, por sus siglas en inglés) 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, firmelo 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 proveedor de cuidados que le ayude a llenar y enviar éste formulario.

Registración Nueva Registración Actualizada

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

Apellido, Primer Nombre, Segundo Nombre*: _____ Sexo: M F Fecha de Nacimiento: _____
 Dirección*: _____ Apt/Unidad o Piso: _____
 Ciudad/Pueblo*: _____ Código Postal*: _____
 Teléfono/TTY*: _____ Teléfono Celular: _____ Correo Electrónico: _____

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 que apliquen)
 Silla de ruedas/vehículo para movilidad
 Andador/Bastón Prótesis : _____
 Muletas Otro: _____
 Ayudado por un Animal Ninguno de los arriba mencionados

Visión, Audición, Habla y Otros Impedimentos

¿Cuales le aplican a usted? (Marque todas las que correspondan):
 Problemas de la vista Impedimento del habla
 Legalmente ciego No verbal
 Problemas de audición Retraso en el desarrollo mental/Congénito
 Aparatos para la audición
 Sordo Trastornos Convulsivos
 Nada de lo de arriba mencionado Otro: _____

Sistema de Vida Artificial

¿Cuál de los siguientes sistemas de vida artificial usa? (Marque todos los que apliquen):
 Oxígeno: Tanques Concentrador
 Respirador/Ventilador: Batería de Repuesto
 Diálisis : Clínica Casa
 Eléctrico : Marcapaso Desfibrilador
 ¿Es usted diabético? Sí No
 ¿Dependiente de Insulina? Sí No
 Otro : _____ Ninguno de los arriba mencionados

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: _____

Raza / Etnia (Esta información es para la recopilación de datos para ayudar con nuestros esfuerzos para entrenamientos y promoción. Marque todas las que correspondan)

ETNIA : ¿Se considera usted hispano o latino? Sí No
 RAZA: Blanca Negra/Áfrico-Americana Asiático Indio Americana/ Nativa de Alaska
 Nativa de Hawai / Otra Isla del Pacifico Otra: _____

NOTA: Firmando y entregando este formulario a RIEMA/Departamento de Salud, yo estoy de acuerdo en permitir que mi información sea compartida con agencias estatales y locales encargadas de responder durante emergencias. Yo entiendo que aunque RIEMA/Departamento de Salud van a compartir ésta información para poder brindarme mejor ayuda durante una emergencia, ellos no pueden garantizar que reciba esa ayuda en todos los casos. También entiendo que participar en éste programa es voluntario.

Firma: _____ Escriba su Nombre: _____

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