



Necesidades Especiales del Condado de Polk
 Administración de Emergencias
 1890 Jim Keene Blvd.
 Winter Haven, Florida 33880
 Teléfono: 863-298-7027
 Fax: 863-298-7172
 Correo Electrónico: specialneeds@polk-county.net

FORMULARIO DE REGISTRACIÓN DE NECESIDADES ESPECIALES INFORMACIÓN INDIVIDUAL

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial del segundo
 nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: _____ Residente de Tiempo Completo:
 Sí _____ No _____

Correo Electrónico: _____ Altura: _____ Peso: _____

Teléfono Primario: _____ Teléfono Alternativo: _____

Número de Calle: _____ Nombre de Calle: _____
 Ciudad: _____ Código Postal: _____

Unidad/Lote #: _____ Dirección Postal (en caso si es diferente):

Casa Móvil: Sí _____ NO _____ Nombre del Parque: _____

Proveedor de Cuidados: _____

Vive Solo: Sí _____ NO _____ Contacto de Emergencia: _____ Teléfono: _____

Idioma Primario: _____ Mascotas: Sí _____ NO _____

Ha hecho arreglos con el Refugio de Mascotas: Sí _____ NO _____ Animal de Servicio: Sí _____
 NO _____

INFORMACIÓN MEDICA

Derrame Cerebral: SÍ ____ NO ____ Diabético: SÍ ____ NO ____

Discapacidad Cognitiva: SÍ ____ NO ____ ¿Si es Así, Que Clase? _____

Cuidado de Heridas: SÍ ____ NO ____ Cáncer: SÍ ____ NO ____ Incontinente: SÍ ____ NO ____

Discapacidad Visual: SÍ ____ NO ____ Enfermedad del Corazón: SÍ ____ NO ____

Diálisis: SÍ ____ NO ____ Enfermedad Contagiosa: SÍ ____ NO ____

Discapacidad Auditiva: SÍ ____ NO ____

Liste otras condiciones médicas: _____

Liste si tiene algún equipo médico que requiera electricidad: _____

Liste sus medicaciones:

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR:

Agencia de Salud en el Hogar: _____

Teléfono: _____

Doctor: _____ Teléfono: _____

Compañía de Suministro de Oxígeno: _____

Teléfono: _____

Compañía de Suministro de

Equipo Médico: _____ Teléfono: _____

Centro de Diálisis: _____ Teléfono: _____

DEPENDIENTE DE OXÍGENO

Dependiente de Oxígeno: Sí ____ NO ____ Nebulizador: Sí ____ NO ____

Concentrador: Sí ____ NO ____ Tanque Portable: Sí ____ NO ____

Horas por día: _____ Litro de Fluir: _____

Circunstancias Especiales

Ser Trasladado en Cama: Sí ____ NO ____ Ventilador: Sí ____ NO ____

Asistencia con Medicaciones: Sí ____ NO ____ Combativo/Violento: Sí ____ NO ____

Equipo Continuo: Sí ____ NO ____ Silla de Ruedas: Sí ____ NO ____

Silla de Ruedas Eléctrica: Sí ____ NO ____ Levantador de Hoyer: Sí ____ NO ____

Caminador: Sí ____ NO ____

TRANSPORTACIÓN

Transportación Requerida Sí ____ NO ____ Solo Transportación es Requerida:
Sí ____ NO ____

Ambulancia: Sí ____ NO ____ Levantador de Silla de Ruedas: Sí ____ NO ____

Camilla: Sí ____ NO ____ ¿Cuántos pasos a la puerta principal? _____

Asignación del Refugio (para ser completado por el personal de necesidades especiales)

Refugio: _____ Transportación: _____