



Persona Con Necesidades Especiales: Formulario de Alerta Local

Cuando el formulario esté completado, porfavor mande una copia a cada de los cuatro entidades de su comunidad local para segurar que todos los posibles respondedores se han notificados:

ATENCIÓN DEPARTAMENTO DE FUEGO:

ATENCIÓN AMBULANCIA DE RESCATE:

ATENCIÓN DEPARTAMENTO DE POLICÍA:

ATENCIÓN AYUNTAMIENTO:

Este formulario es para asistir si hay una possible emergencia que requiere la agencia responder a una situación que un miembro de su casa con una discapacidad puede experimentar.

Por ejemplo, gentes con autismo, Desórdenes psiquiátricos, discapacidades físicas, deficiencias sensoriales (audición o visión), demencia o otros médicos complejos que requieren manejo especial con equipo que usted quiere registrar.

Los primeros despachadores que responde entonces van a tener la información necesaria a sus disposición para asistir mejor a esas personas durante una emergencia. Despachadores de emergencia y los personales de emergencia van estar conciente en advance de la información que usted siente es necesario de saber de gente con discapacidades en su hogar en el evento de una emergencia.

Respondiendo a este cuestionario es puramente voluntario.

Usted puede responder con en el nombre de todos los miembros de su casa o de algunos miembros de su casa. Si usted escoge a responder a este cuestionario, porfavor asegure que la firma está incluida en la última página. (Su firma nos da permiso para procesar la información-sin esta información no se puede procesar.)

Su respuesta a la siguientes preguntas va asistir personaje cuando se responde a una emergencia o algunos llame de su hogar, en edificando y asistiendo a usted o una persona en su hogar que tenga una discapacidad.

1. Cabeza de Hogar / Padres / Cuidador: (18 años de edad y mayor)

Nombre _____

Edad ____ Hombre o Mujer

Nombre _____

Edad ____ Hombre o Mujer

Dirección _____

(APT.) _____ Ciudad _____, NY (Codigo) _____

2. Número de telefonos:

CASA _____ TRABAJO _____

CELULAR _____ CORREO ELECTRÓNICO _____

3. Hay algún miembro de su familia que tiene una discapacidad / condición medico? (porfavor llene Los espacios en blanco y que le corresponde)

NOMBRE _____ EDAD _____

FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____ RAZA _____
(MES/DIA/ANO)

HOMBRE O MUJER ALTURA _____ PESO _____

COLOR DE OJO _____ COLOR DE CABELLO _____

CICATRICES/MARCAS DE IDENTIFICACIÓN _____

- | | | |
|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> CIEGO | <input type="checkbox"/> RETRASO MENTAL | <input type="checkbox"/> AUTISMO |
| <input type="checkbox"/> COMUNICACION | <input type="checkbox"/> SORDO | <input type="checkbox"/> CONVULSIONES |
| <input type="checkbox"/> DISCAPACIDAD FÍSICA | <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD MENTAL | <input type="checkbox"/> OTRO: _____ |
| <input type="checkbox"/> VISION BAJA | <input type="checkbox"/> PROBLEMAS DE AUDICIÓN | |

NOMBRE _____ EDAD _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ RAZA _____

HOMBRE O MUJER ALTURA _____ PESO _____

COLOR DE OJO _____ COLOR DE CABELLO _____

CICATRICES/MARCAS DE IDENTIFICACIÓN _____

- | | | |
|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> CIEGO | <input type="checkbox"/> RETRASO MENTAL | <input type="checkbox"/> AUTISMO |
| <input type="checkbox"/> COMUNICACION | <input type="checkbox"/> SORDO | <input type="checkbox"/> CONVULSIONES |
| <input type="checkbox"/> DISCAPACIDAD FÍSICA | <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD MENTAL | <input type="checkbox"/> OTRO: _____ |
| <input type="checkbox"/> VISION BAJA | <input type="checkbox"/> PROBLEMAS DE AUDICIÓN | |

NOMBRE _____ EDAD _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ RAZA _____

HOMBRE O MUJER ALTURA _____ PESO _____

COLOR DE OJO _____ COLOR DE CABELLO _____

CICATRICES/MARCAS DE IDENTIFICACIÓN _____

- | | | |
|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> CIEGO | <input type="checkbox"/> RETRASO MENTAL | <input type="checkbox"/> AUTISMO |
| <input type="checkbox"/> COMUNICACION | <input type="checkbox"/> SORDO | <input type="checkbox"/> CONVULSIONES |
| <input type="checkbox"/> DISCAPACIDAD FÍSICA | <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD MENTAL | <input type="checkbox"/> OTRO: _____ |
| <input type="checkbox"/> VISION BAJA | <input type="checkbox"/> PROBLEMAS DE AUDICIÓN | |

4. Es probable que el o ella se pudiera caminar sin aviso? Si No

5. Ubicacion de su dormitorio en la casa?:

Primer piso Segundo piso Tercer piso Otro _____

Nordeste Sudeste Noroeste Sureste Otro _____

6. Rellene lo siguiente si es aplicable:

Tienes algo inflamable o combustible de equipo médico en su casa y donde?

Algunas recetas médicas o equipo médico de emergencia necesario si una persona está retirada del hogar?

Lugar favorito en su hogar que se puede encontrar si no es el dormitorio?

Comportamientos atípicos o características que pueden ser presente?

Juguetes favoritos, objetos o temas de discusión (que les gusta o no les gusta).

Cual es un acercamiento, tranquilizante técnicas más probable que trabajen?

Método de comunicación si la persona es sin palabras: Ipad, lenguajes de sena, junta de fotos, palabras escritas:

Identificación de información: Tiene puesta o carga joyería de identificación o tarjeta de identificación?

Problemas sensoriales, si tiene:



7. Please use the space below to provide any additional information you feel emergency responders should be aware of in order to more effectively respond to an emergency situation in your household.

IMPORTANT: By signing this questionnaire, I acknowledge that the information provided above was done so voluntarily for the sole purpose of assisting possible emergency responders, through their 911 system and emergency response personnel, to more effectively respond to a potential emergency in or near my household. I also understand that providing this information does not entitle me or anyone in my household to preferential treatment, nor will it result in a more timely response by emergency response personnel. It is simply an attempt to provide emergency response personnel with information, which may be helpful when providing service to residents or occupants of my home.

Signature

Head(s) of Household _____ Date _____

_____ Date _____