

Salud Pública del Condado de Siskiyou
Solicitud de Registro Voluntario de Acceso y Necesidades
Formulario de respuesta de emergencia para individuos

¡Este no es un plan de rescate!

Al inscribirse en el registro de Acceso y Necesidades Funcionales (AFN), coloca su nombre e información en una lista de contactos en el Departamento de Salud Pública del Condado de Siskiyou. Sin embargo, al estar en esta lista, los participantes DEBEN comprender los siguientes descargos de responsabilidad:

- Ser agregado a la lista NO DEBE ser su plan de evacuación. Siempre debe tener su propio plan para evacuar con vecinos, amigos o familiares para irse si se ordena una evacuación.
- Estar en esta lista NO garantiza que los primeros en responder se comunicarán con usted durante cualquier tipo de desastre o evacuación. NO espere a que vengan a buscarlo o lo ayuden, sino que vuelva a su "plan A" para irse.
- La lista AFN solo pretende informar a los primeros en responder sobre su ubicación y que es posible que necesite ayuda si se encuentra en el área de evacuación. No es un despacho. Si está disponible, los socorristas pueden intentar comunicarse con usted y/o ubicarlo si los recursos están disponibles para hacerlo. Nuevamente, la información que compartimos con los socorristas es para alertarlos sobre usted y su ubicación, NO para enviar recursos. Comprenda que durante un desastre con evacuaciones, los recursos serán escasos y limitados, por lo tanto, ES POSIBLE QUE NO puedan ayudarlo.

Complete el formulario en las siguientes páginas y devuélvalo a la División de Preparación para Emergencias de Salud Pública del Condado de Siskiyou como se indica en la última página del formulario.

Salud Pública del Condado de Siskiyou
Solicitud de Registro Voluntario de Acceso y Necesidades
Respuesta de emergencia de individuos

Doy mi consentimiento para que se proporcione la siguiente información al Departamento de Salud Pública del Condado de Siskiyou para la creación y el mantenimiento de una base de datos de crisis/emergencia. Esta información solo se utilizará en caso de crisis o desastre con fines de localización y evacuación. La base de datos se actualizará anualmente.

Firma del Individuo Fecha

Nombre: _____ Esposo/a: _____

Dirección física: _____

Ciudad: _____ Teléfono: _____ Celular: _____

Dirección de envío (si es diferente a la anterior): _____

¿Vives en una casa móvil?: Sí No o, en un departamento: Sí No

En caso afirmativo a cualquiera de los anteriores, ¿cuál es el nombre complejo?: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Marque todas las discapacidades médicas aplicables:

Legalmente ciego/a Sordo/a Terminal Parálisis

Especifique otras discapacidades médicas crónicas: _____

Eres tú:

Ambulatorio con Asistencia (andador, bastón, brazo)

Confinado a una silla de ruedas No ambulatorio, postrado en cama

Marque TODOS los equipos especiales aplicables de los que depende:

Silla de ruedas Andador/Bastón Muletas

Sistema de soporte vital Diálisis Dependiente de Insulina

IV Tubo de alimentación Ostomía

Oxígeno: la necesidad de oxígeno es para _____ horas por día. Indicar caudal de litros: _____

¿Tienes un tanque de oxígeno portátil? Sí No

Nombre del médico primario: _____ **Teléfono:** _____

Nombre de la psiquiatra / terapeuta: _____ **Teléfono:** _____

Proveedor de atención médica en el hogar: _____ **Teléfono:** _____

Persona de contacto de emergencia: _____ **Teléfono:** _____

¿Tiene un método confiable de transporte? Sí No

Si no, marque el tipo de transporte apropiado necesario:

Vehículo estándar (autobús o coche) Equipado para silla de ruedas Ambulancia

¿Lo acompañará un cuidador o un animal de servicio a un refugio, si es necesario? Sí No

Relación de cuidador: _____

¿Tiene una(s) mascota(s) en el hogar? Sí, ¿Cuántos? _____

Condición Médica/Nivel de Independencia:

Cantidad de asistencia necesaria (Marque uno)

- Postrado en cama
- Asistencia máxima – Incapaz de alimentarse, caminar sola.
- Asistencia moderada – necesita ayuda para hacer las actividades diarias.
- Asistencia mínima – solo requieren una pequeña cantidad de ayuda.
- Independiente

Tipo de calefacción en el hogar (Marque uno) Fuente de agua en el hogar (Marque uno)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Madera | <input type="checkbox"/> Sistema de ciudad o comunidad |
| <input type="checkbox"/> Gas (Propano, Diésel) | <input type="checkbox"/> Pozo |
| <input type="checkbox"/> Eléctrica | <input type="checkbox"/> Agua natural de manantial |

Marque la casilla antes de enviar:

- Doy mi consentimiento al Departamento de Salud Pública del Condado de Siskiyou para compartir información en este formulario con los Servicios de Emergencia solo durante un desastre que pueda afectar la dirección proporcionada.

Devuelva el formulario completo a: Departamento de Salud Pública del Condado de Siskiyou

Attn: Emergency Preparedness
810 South Main Street
Yreka, CA 96097
530-841-2134
Fax: 530-841-4092