



**Formulario de Evaluación Para Refugio del Departamento de Salud
del Condado de Hillsborough
(FAVOR DE IMPRIMIR)**

¡Si no llena el formulario completamente su evaluación SERA atrasada!

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ SSN: _____

Sexo: Masculino Femenina Peso: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Lote/Apt #: _____

Ciudad: _____ Código Postal: _____ ¿Vive usted en una casa móvil? Si No

Nombre del Lugar (Si Aplica) _____

Dirección de Correo: _____

Nombre de Contacto Emergencia: _____ Teléfono: _____

Nombre de un familiar/vecino/manejador quien puede inspeccionar su residencia después de la tormenta:

Nombre: _____ Teléfono: _____

Persona que lo cuidará en al refugio/encargado: _____ Teléfono: _____

Nombre de su Doctor principal: _____ Teléfono: _____

¿Por qué necesita venir al refugio? _____

¿Necesita usted transportación al refugio? Si No

¿Puede usted salirse de su cama? Si No

¿Necesita o usa usted una silla de ruedas? Si No

¿Necesita o usa usted un andador? Si No

¿Tiene usted un perro guía u otro animal de servicio? Si No

¿Usa usted equipo médico regularmente? Si No Qué: _____

¿Requiere usted oxígeno? Si No Proveedor de oxígeno: _____

¿Requiere usted diálisis? Si No Proveedor de diálisis: _____

¿Usa usted un ventilador? Si No

¿Quién lo ayudó a completar esta forma? _____

*****Por favor permita de 2-3 semanas para procesar y notificarle de la asignación a un refugio.*****

Yo entiendo las limitaciones y el nivel de cuidado disponible en el Refugio De Necesidades Especiales. Yo les doy permiso a los proveedores médicos, agencias de transportación, y otras agencias necesarias, para proveer cuidado y revelar cualquier información necesaria para responder a mis necesidades. Yo entiendo que registrarse no garantiza la asignación a el tipo de necesarias y disposición de espacio al momento de la evacuación. Yo entiendo que yo puedo identificar a un individuo/encargado como la persona que me cuidara mientras estoy en el refugio. Esta registración es voluntaria y por este medio pido registrarme en el Programa de Refugio Para Personas Con Necesidades Especiales.

Firma del Paciente / Encargado

Fecha

For Office Use Only (Check all that apply):

Special Needs Shelter: _____ Red Cross Shelter: _____ Hospital: _____ Shriners: _____ FAHA: _____ Aging Services: _____

T

**Devolver Formulario a: Hillsborough County Health Department PO Box 5135 Tampa, FL 33675-5135
O FAX al (813) 276-8689. Para mas información llame al (813) 307-8015 Ext. 6006.**