2019 CONDADO DE OKEECHOBEE
REFUGIO DE NECESIDADES ESPECIALES

Verification of Attendance (Y or N) _____
(No) Plan _____

Client has: √
Medication _____
Allergies _____
Food/Snacks _____
O2-Concentrator _____
DNRO _____

RN Reviewed (last name)_____

Enviar Formularios a:
Okeechobee Emergency Management
Special Needs Shelter Registry
707 NW 6th Street
Okeechobee, FL. 34972
Ph 863-763-3212

****ALERGIAS****
_____
_____

Se debe presenter un Nuevo formulario anualmente a partir del 1 de Marzo.

Nombre: (Letra de molde)_____Fecha de Nacimiento_____

Dirección:_____Cuidad_____

Codigo Postal:_____Telefono de Casa_____Celular:_____

☐ Hombre ☐ Mujer Altura:_____ Peso:_____lbs. Edad:_____

Idioma Primario: ☐ Ingles ☐ Espánol ☐ Otro-Especifique:

Infomación de Atención Domiciliaria

☐ Me cuido en casa yo mismo ☐ Necesito ayuda por tiempo parcial de una enfermera en casa

☐ Soy incapaz de cuidar de mi mismo en casa ☐ Tengo ayuda de tiempo completo de una enfermera en casa

Nombre del cuidador que me va a ayudar en el refugio:
_____Relación_____

Telefono del cuidador **Casa**_____**Celular**_____

Tipo de residencia ☐ Casa ☐ Traila ☐ Apartamento/Condo

Complejo/Nombre del Parque:_____Telefono de Oficina_____

Medico/Proveedor
_____Telefono_____

Medico Primario
_____**Telefono**_____

Agencia de salud/Hospicio
_____**Telefono**_____

Proveedor de Oxigeno
_____**Telefono**_____

Otros Proveedores de Asistencia Medica
Farmacia:_____**Telefono**_____
Equipo Medico Casero_____**Telefono**_____
Dialisis_____**Telefono**_____

NECESIDADES ESPECIALES/MEDICAS **–** Por favor marque todas las que apliquen

- ☐ Cuidado de heridas diaramente o mas a menudo Tipo de heridas:)_____
- ☐ Asistencia para el cuidado de la ileostomia
- ☐ Asistencia para el cuidado del cateter
- ☐ Equipos de aspiración
- ☐ Bomba de alimentación
- ☐ Asistencia de RN con medicamentos o inyecciones
- ☐ Asistencia de RN con insulina y control de azucar en la sangre
- ☐ RN para ayundar con el IV *****Incluya copia de la orden del medico*****
- ☐ Dependiente de ventilador (estable)
- ☐ Medicamentos que requieren refrigeracion
- ☐ Equipo medico electrico requerido para martener la salud estable
  ____ CPAP/BI-PAP ___ Nebulizador ____ Otro_____
- ☐ Dependiente de oxigeno: ____ 24 hr. ____ Noche ____PRN Litros por minuto _____

OTRAS NECESIDADES – Por favor marque todas las que apliquen
Asegurese de por favor traer estos articulos con usted y de que su nombre esta en ellos!

- ☐ Gafas de ojo ☐ Baston ☐ Andador ☐ Silla de rueda ☐ Silla de rueda electrica
- ☐ Audifonos _____ Oreja derecha ____Oreja izquierda _____Ambos Oidos
- ☐ Añimal de servicio Tipo de añimal _____
  Que trabajo o tarea ha entrenado el añimal para realizar? _____

INFORMACION MEDICA Y ADICIONAL - Por favor marque todo lo que aplique

- ☐ Convulsiones
- ☐ Diabetes
- ☐ Cardiaca por favor especifique: ___Insuficiencia Cardiaca Congestiva ___Angina ___Presion Arterial alta
  ____ ACV
- ☐ Dialisis – Si se comprueba, especifique ___ Hemodialisis ___ Peritoneal
- ☐ Quadriplegico or Paraplegico – Si se comprueba, especifique: _____
- ☐ Enfermedad Mental – Ansiedad/Depression Si se Comprueba, especifique: _____
- ☐ Alzheimer/Demencia – Si se comprueba, especifique: _____
- ☐ Probelmas del Sistema immunologico – Si se comprueba especifique: _____
- ☐ Atado a la Cama ☐ No puede transferirse de la cama a la silla
- ☐ No se puede contener la orina o defecación hasta llegar al baño
- ☐ Orden de No Resucitar – (**Traer copia original con usted)**

IVECESIDADES DE TRANSPORTE

- ☐ Tengo (yo) nuestro propio transporte, y conducire hasta el refugio
- ☐ Solicito transporte a traves de una van
- ☐ Solicito transporte a traves de una van ascensor de silla de ruedas
- ☐ Solicito transporte a traves de una camilla de ambulancia

Si usted esta solicitando transporte, por favor responda las siguientes preguntas:

Si se utiliza una silla de ruedas se puede transferir a un asiento de una van? ☐ Si ☐ No
Si necesita una camilla, por favor explique por que_____
Lista de equipos que seran transportados (Concentradores de oxigeno):_____

Cuanta gente va a refugiarse _____ **Cuantos deben ser recogidos** _____

Firma

Autorizo a los proveedores de servicios de salud, a las agencias de transporte y a otros para proveer servicios de cuidado y revelar cualiquier información que sea necesaria para responder a mis necesidades. Entiendo que este registro es voluntario y por este medio solicito registración en el refugio de necesidades especiales.

_____

Firma del Registrante o Guardian **Date**

****** THIS FORM MUST HAVE A SIGNATURE******

TO BE COMPLETED BY OKEECHOBEE
COUNTY HEALTH DEPARTMENT STAFF

- ☐ Meets criteria for Special Needs Shelter
- ☐ Nursing Home/Assisted Living Facility
- ☐ Hospital
- ☐ General Shelter

Signature:_____ Date:_____

** To be completed by Discharge Planner**

Discharge Planning: Plans If Client Cannot Return Home

Should your home sustain damage and you are not able to immediately return home, please list what your plans are and who can be contacted that you can stay with. Please list their names and phone numbers (including cell numbers).

☐ Returning Home ☐ Returning to Another Family Member's Home ☐ Other (Friend, Hotel, Hospital, Nursing Home)

Discharge Address_____

Name of individual discharge to _____ Phone Number(s):_____

Contact Person:_____ Phone Number(s):_____

Contact Person (Non-Local):_____ Phone Number(s):_____

Discharge checklist: ☐ Electricity to area ☐ Road to Home Open ☐ Equipment and Personal Belongings Loaded

Name of Discharge Planner _____ Signature_____

Comments_____

_____

MEDICAMENTOS

Por favor sus medicamentos, su nombre, su dosis de medicina, el nombre completo del medico que le receto el medicamento y el numero de telefono de los doctores.

Adjunte papel si es necesario.

Por favor liste sus medicamentos o proporcione una lista impresa.

NOMBRE DE MEDICAMENTO	DOSIS	NOMBRE COMPLETO DEL MEDICO QUE PRESCRIBE	NUMERO DE TELEFONO DEL MEDICO

Date/Time	Observation /Note Medications given	Signature