

Hoja de Evaluación para Refugio Departamento de Salud de Florida - Hillsborough
(FAVOR DE USAR LETRA DE MOLDE)

iSi el formulario no está completo esto, atrasará la evaluación de su solicitud!

| | | | | | | |
|--|-----------|-------------|---|---|-----------------------------------|---------------------|
| Apellido: | | Nombre: | | Inicial: | Ultimos 4 dígitos del SS: XXX-XX- | |
| Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | Estatura: | Peso: | Fecha de Nacimiento: | Teléfono: | | Lenguaje Principal: |
| Dirección: | | Lote/Apt #: | Ciudad: | | Código Postal: | |
| Usted vive: <input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Con familiares <input type="checkbox"/> Otro: | | | | | | |
| Dirección Postal (si es diferente): | | Ciudad: | Código Postal: | Casa Móvil?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nombre de la Comunidad: | | |
| Contacto de Emergencia <u>Principal</u> : | | | Parentesco: | | Teléfono: | |
| Contacto de Emergencia <u>Secundario</u> : | | | Parentesco: | | Teléfono: | |
| <u>Nombre de la persona que lo cuidará en el refugio:</u> | | | Parentesco: | | Teléfono: | |
| Solo personas que viven en su casa pueden acompañarlo al refugio. | | | | | | |
| Nombre del doctor de cabecera: Teléfono: | | | Agencia de cuidado en la casa "Home Health" _____ Teléfono: | | | |
| Escriba sus Problemas Médicos: (Traiga su lista de medicamentos con usted al refugio.) | | | | | | |
| ¿Está bajo el cuidado de "HOSPICE"? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿quién es su proveedor de hospicio? | | | | | | |
| TRANSPORTACION: ¿Necesita que lo busquen para llevarlo al refugio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | | | | |
| Evaluación de Movilidad: (Seleccione todas las que sean pertinentes.) | | | Depende de Electricidad: (Seleccione todas las que sean pertinentes.) | | | |
| <input type="checkbox"/> Puedo caminar <input type="checkbox"/> Uso andador <input type="checkbox"/> Impedimento auditivo <input type="checkbox"/> Ciego(a) <input type="checkbox"/> Convalezco en Cama <input type="checkbox"/> Levantamiento para salir de la cama. | | | <input type="checkbox"/> Uso silla de ruedas <input type="checkbox"/> Uso un bastón <input type="checkbox"/> Mudo(a) <input type="checkbox"/> Parcialmente ciego(a) <input type="checkbox"/> Uso Sistema de | | | |
| Evaluación Cognitiva: (Seleccione todas las que sean pertinentes.) | | | <input type="checkbox"/> Bomba de Alimentación <input type="checkbox"/> Nebulizador <input type="checkbox"/> Monitor de Apnea <input type="checkbox"/> Ventilador Respiratorio <input type="checkbox"/> Oxígeno ____ Num. de hrs. diarias <input type="checkbox"/> ____ Fluído por Litro ____ Tanque Portable <input type="checkbox"/> Diálisis <input type="checkbox"/> Otro _____ | | | |
| <input type="checkbox"/> Problemas Salud Mental <input type="checkbox"/> Alzheimer's <input type="checkbox"/> Autismo <input type="checkbox"/> Problema de Conducta <input type="checkbox"/> Obsesión Compulsiva <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Demencia | | | <input type="checkbox"/> Bomba de Succión <input type="checkbox"/> Monitor Cardiac <input type="checkbox"/> CPAP/BPAP <input type="checkbox"/> Concentrador <input type="checkbox"/> Cuidado Especial: (Seleccione todas las que sean pertinentes) <input type="checkbox"/> Herida abierta <input type="checkbox"/> Catéter (sonda) <input type="checkbox"/> Colostomía <input type="checkbox"/> Incontinencia/ Pañales de Adulto ¿Necesita ayuda con las medicinas? <input type="checkbox"/> Necesito una enfermera o asistente para que me de las medicinas | | | |
| Tengo un Animal de Servicio (ejemplo, Perro Guía): ¿Qué clase? _____ | | | ¿Qué arreglos ha hecho para sus mascotas (animales domésticos) ? _____ | | | |
| Firmando esta forma doy mi autorización al Departamento de Salud del Condado de Hillsborough, departamento de manejo de emergencias, a los distritos locales de bomberos, y a facilidades del gobierno para usar la información médica contenida en esta forma con el fin de evaluar mis necesidades y de proporcionar el transporte de emergencia al refugio. Los expedientes relacionados con el registro de ciudadanos con necesidades especiales están exentos de las provisiones de F.S. 119.07(1), ley de los expedientes públicos. La información contenida aquí será mantenida confidencial. | | | | | | |
| _____ | | | _____ | | | |
| Firma del Paciente / Guardian | | | Fecha | | | |
| Envíe esta forma al: Departamento de Salud de Florida - Hillsborough PHP PO Box 5135 Tampa, Fl 33675-5135 O FAX a (813) 276-8689. Para más información llame al (813) 307-8063 | | | | | | |