



Aplicación De Registro Para Personas Que Necesitan Asistencia Adicional

La Oficina de Administración de Emergencia de Ridgewood esta desarrollando un registro para personas con discapacidades, condiciones crónicas, funcional, o necesidades de cuidado de la salud especial. Completando y entregando este formulario, usted entiende que su informacion puede ser compartida con las autoridades locales y del estado (incluyendo la policia, los bomberos, y el servicio médico de emergencia) solo durante casos de emergencia. La información que usted da ayudan a las personas que responden durate una emergencia.

Envie el formulario completo a: **Special Needs Registry, Ridgewood OEM, 131 N. Maple Ave. Ridgewood NJ, 07450**

Para preguntas llamar al: (201) 670-5500 x380. Si usted no puede llenar este formulario sin ayuda, por favor pida asistencia a un miembro de familia, cuidador, o algun otro representante que lo pueda hacer por usted.

NOMBRE: Primer: _____ Segundo: _____ Apellido: _____ SEXO: H M

FECHA DE NACIMIENTO: ____ / ____ / ____ CALLE: _____

APT./UNIDAD/PISO: _____ CIUDAD: **Ridgewood, NJ** CÓDIGO POSTAL: **07450**

TEL: _____ CELULAR: _____ TTY: _____

CORREO ELEC: _____ CONTACTO DE EMER: Nombre: _____ TEL: _____

| | |
|---|--|
| Sistemas de Soporte Vital | |
| <i>Marque todas las que apliquen</i> | |
| <input type="checkbox"/> Oxígeno: | <input type="checkbox"/> Tanque <input type="checkbox"/> Concentrador |
| <input type="checkbox"/> Respirador/Ventilador: | <input type="checkbox"/> Tiene bateria de reserva? |
| <input type="checkbox"/> Dialisis: | <input type="checkbox"/> Clinica <input type="checkbox"/> Casa |
| <input type="checkbox"/> Cardíaco: | <input type="checkbox"/> Marca Pazos <input type="checkbox"/> Desfibrilador |
| Es diabético? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| | Depende de insulina? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | <input type="checkbox"/> Ninguno |

| | |
|---|---|
| Condiciones Sensorial, Cognitivo, y Psiquiátrico | |
| Cual de los siguiente usa? | |
| <i>Marque todos lo que apliquen</i> | |
| <input type="checkbox"/> Deficiente visual | <input type="checkbox"/> Problemas del habla |
| <input type="checkbox"/> Legalmente ciego | <input type="checkbox"/> Sin palabras |
| <input type="checkbox"/> Difícil de escuchar | <input type="checkbox"/> Cognitivo/Desarrollo retrasado |
| <input type="checkbox"/> Usa aparato del oido | |
| <input type="checkbox"/> Sordo | <input type="checkbox"/> Desorden del Espectro Autista |
| <input type="checkbox"/> Trastorno convulsivo | <input type="checkbox"/> Alzheimer's/Demencia |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | <input type="checkbox"/> Condición psiquiatrica: _____ |
| <input type="checkbox"/> Nnguno | |

| |
|--|
| Otra discapacidades, Necesidades especiales, y Notas extras |
| Use el otro lado de este formulario si es necesario |
| <input type="checkbox"/> _____ |
| _____ |
| _____ |

| |
|---|
| Mobilidad |
| Esta restringido a la cama? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Puede caminar sin asistencia? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Vive solo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |
| Que usa de lo siguiente? <i>Marque todos lo que apliquen</i> |
| <input type="checkbox"/> Silla de ruedas/Vehiculo mobilar |
| <input type="checkbox"/> Andador/Baston <input type="checkbox"/> Prótesis: _____ |
| <input type="checkbox"/> Muletas <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Animal asistencial <input type="checkbox"/> Ninguno |

| |
|---|
| Lenguaje |
| En que idioma prefiere recibir comunicaci3n de emergencia o asistencia? |
| <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Espanol <input type="checkbox"/> Italiano <input type="checkbox"/> Portugués |
| <input type="checkbox"/> Polaco <input type="checkbox"/> Francés <input type="checkbox"/> Mandarin <input type="checkbox"/> Cantonés |
| <input type="checkbox"/> Alemán <input type="checkbox"/> Griego <input type="checkbox"/> Ruso <input type="checkbox"/> Vietnamita |
| <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Japonés |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

| |
|--|
| <input type="checkbox"/> Registraci3n Nueva <input type="checkbox"/> Actualizar Registraci3n |
|--|

Firmando este formulario y entregandoselo a la Oficina de Administración de Emergencia de Ridgewood, **Yo acepto dejar que mi informaci3n sea guardada con las autoridades locales y estatales por dos años despues que firme** . Yo entiendo que este programa es voluntario. Yo entiendo que este registro va a ayudar a las autoridades para que me ayuden durante una emergencia, pero esa asistencia no va a ser garantizada en todas circunstancias. Tambien entiendo que podria ser contactado por teléfono o en persona antes, durante, o despues de una emergencia y acepto todos los cargos monetarios que pueda recibir.

Firma: _____ Nombre: _____ Fecha: _____

Si esto es completado de parte de la persona: Nombre _____ Relaci3n: _____