



## 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 x2380. 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: \_\_\_\_\_

<b>Sistemas de Soporte Vital</b>	
<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

<b>Condiciones Sensorial, Cognitivo, y Psiquiátrico</b>	
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	

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

<b>Mobilidad</b>
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

<b>Lenguaje</b>
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: \_\_\_\_\_