



Condado de Dane

Programa de Registro Voluntario de Asistencia en Situaciones de Catástrofe

Formulario de Registro Voluntario de Asistencia en Situaciones de Catástrofe

Información personal				
Fecha de la solicitud:		<input type="checkbox"/> Solicitud nueva <input type="checkbox"/> Actualización de solicitud anterior		
Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:	Fecha de nacimiento:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Dirección:	Ciudad:	Código postal:		Teléfono/TTY:
N.º de unidad:	Ciudad:	Código postal:		N.º de teléfono alternativo:
Dirección de correo postal (si fuera diferente):	Dirección de correo electrónico:			
Nombre de la persona que completa este formulario si no es la misma que se indicó anteriormente:				
Relación con la persona:		Número de teléfono de contacto:		
¿Vive con amigos o familiares que puedan asistirlo en caso de una emergencia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
¿Tiene personas a su cargo que vivan con usted? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Si su respuesta es afirmativa, ¿cuántas personas son y qué edad tienen? N.º _____ Edades _____				
Tipo de residencia: (Marque la casilla que mejor describe su residencia)		Nombre del complejo/subdivisión: _____		
<input type="checkbox"/> Casa para una sola familia <input type="checkbox"/> Apartamento/Condominio <input type="checkbox"/> Casa rodante <input type="checkbox"/> Dúplex <input type="checkbox"/> Torre de apartamentos <input type="checkbox"/> Residencia estudiantil		¿Vive en la misma dirección que indicó todo el año? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso de respuesta negativa, desde _____ hasta _____		
Información de evacuación (marque todo lo que corresponda)				
<input type="checkbox"/> Puedo salir de mi casa sin ayuda, pero necesitaría transporte para llegar al refugio. <input type="checkbox"/> No puedo salir de mi casa sin ayuda.		Necesito ayuda con lo siguiente: <input type="checkbox"/> Levantarme de la cama <input type="checkbox"/> Moverme dentro de mi casa <input type="checkbox"/> Levantar o mover equipos vitales <input type="checkbox"/> Juntar ropa, medicamentos, documentación que acredite identidad u otros elementos esenciales durante una evacuación <input type="checkbox"/> Bajar escaleras si no funciona el ascensor		
Transporte (marque todo lo que corresponda)				
<input type="checkbox"/> Soy paciente ambulatorio con asistencia (andador/bastón) <input type="checkbox"/> Necesito una silla de ruedas para evacuar <input type="checkbox"/> Necesito un vehículo equipado con elevador para silla de ruedas <input type="checkbox"/> Necesito transporte en camilla		<input type="checkbox"/> Necesito transporte en una cama de hospital <input type="checkbox"/> Necesito ayuda para pasar de una silla de ruedas a un autobús o asiento de una camioneta/automóvil		
Recursos de transporte: (marque todo lo que corresponda)				
<input type="checkbox"/> Puedo proporcionar mi propio vehículo para transporte en caso de una emergencia <input type="checkbox"/> Tengo una silla de ruedas <input type="checkbox"/> con motor <input type="checkbox"/> sin motor		<input type="checkbox"/> Tengo una silla de ruedas con medidas no estándar; la parte más ancha mide: _____ peso de la silla de ruedas: _____ <input type="checkbox"/> Tengo un <i>scooter</i> (moto eléctrica para minusválidos)		

Comunicaciones: (marque todo lo que corresponda)

Mi método preferido de comunicación es:

- Lenguaje de señas. Por favor, especificar: Lenguaje de señas americano (*American Sign Language, ASL*)
- Inglés codificado para sordos (*Signed English, SE*)
- Inglés oral
- Oral, pero no inglés; mi lengua materna es: _____
 - Entiendo un poco de inglés oral
 - No entiendo ni una sola palabra de inglés oral
- Inglés escrito
- Escrito, pero no inglés; mi lengua materna es: _____
 - Entiendo un poco de inglés escrito
 - No entiendo ni una sola palabra de inglés escrito
- Otros (especifique)

Recursos de comunicación: (marque todo lo que corresponda)

- Tengo una computadora para colaborar en las comunicaciones
- Tengo un videoteléfono
- Soy bilingüe (especifique) _____

Otros recursos: (marque todo lo que corresponda)

- Tengo un animal de servicio que me acompañará en caso de una evacuación
- Uso un generador de oxígeno
- Recibo asistencia periódica de un asistente de atención personal

Nombre de la agencia de cuidadores: _____

Horario: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

- Tengo otros equipos o insumos esenciales y vitales que necesito llevar conmigo si tengo que ser evacuado de mi casa (especificar) _____

Información general: (marque todo lo que corresponda)

Los equipos o suministros vitales que necesito son:

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Suministro de oxígeno<input type="checkbox"/> Aire acondicionado<input type="checkbox"/> Refrigeración para medicamentos<input type="checkbox"/> Medicamentos<input type="checkbox"/> Equipos eléctricos | <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Mi necesidad de contar con equipos vitales hace necesaria la evacuación a un hospital<input type="checkbox"/> No puedo alimentarme, vestirme, medicarme ni asearme sin ayuda<input type="checkbox"/> Tengo dificultades para aprender, recordar o concentrarme, de manera que necesito ayuda con actividades no rutinarias |
|---|---|

Comentarios o información complementaria:

Recuerde incluir una copia del formulario adjunto de Condiciones y divulgación de información.

Envíe los formularios completos por correo postal a:

Dane County Emergency Management (Administración de Emergencias del Condado de Dane)
Disaster Assistance Voluntary Registry (Registro Voluntario de Asistencia en Situaciones de Catástrofe)
Public Safety Building, Room 2107
115 West Doty St
Madison, WI 53703-3202
Teléfono: 266-4330 Fax: 266-4500 TTY: 277-1597



**Condado de Dane
Programa de Registro Voluntario de Asistencia en Situaciones de Catástrofe**

Condiciones y divulgación de la información

Lea e indique sus iniciales en cada uno de los siguientes enunciados:

_____ Por el presente, solicito que la información que proporcioné aparezca en el Registro Voluntario
(iniciales) de Asistencia en Situaciones de Catástrofe del Condado de Dane.

_____ Entiendo que mi participación en este registro es voluntaria y que toda la información que suministre solamente
(iniciales) será utilizada con fines de planificación en situaciones de emergencia o catástrofes.

_____ Entiendo que en cualquier momento puedo solicitar que se elimine mi nombre del Registro mediante
(iniciales) el envío de una solicitud por escrito a la Administración de Emergencias del Condado de Dane.

_____ Autorizo a proveedores de atención médica, de transporte y otros socorristas en caso de emergencia
(iniciales) a que ingresen a mi residencia, si fuera necesario, para asistirme en una evacuación, para suministrar atención y para divulgar la información que proporcioné si fuese necesaria para satisfacer mis necesidades inmediatas en caso de una catástrofe o evacuación. Esta declaración no intenta limitar la capacidad del socorrista para ingresar a mi propiedad o responder a una emergencia según lo permitido por la ley.

_____ Entiendo que si bien el registro de esta información puede ayudar a los socorristas a saber y
(iniciales) comprender mis necesidades en caso de una emergencia, el registro de estos datos no garantiza que se presten servicios de emergencia particulares ni de ningún nivel especial durante una catástrofe.

_____ Entiendo que debo llamar al 911 si estoy en una situación de emergencia, aunque haya suministrado
(iniciales) la información al registro.

_____ Comprendo que soy responsable de preparar todo lo que necesito para una situación de emergencia. Esto
(iniciales) puede incluir, entre otras, la responsabilidad de comunicarme con familiares o cuidadores, y el aprovisionamiento de medicamentos recetados, insumos de oxígeno, equipo médico y alimentos especiales que pueda necesitar si soy evacuado de mi casa.

_____ Entiendo que soy responsable de todos los gastos asociados con mi evaluación médica y la atención
(iniciales) en caso de una emergencia.

_____ Comprendo que puedo llevar a mi animal de servicio a un refugio, pero soy responsable de su
(iniciales) alimentación y cuidado.

_____ Entiendo que soy responsable de actualizar la información que suministré al menos una vez por año
(iniciales) o cuando se modifiquen los datos, lo que ocurra primero.



Condado de Dane
Programa de Registro Voluntario de Asistencia en Situaciones de Catástrofe

**AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN,
INCLUIDA LA INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA**

Entiendo que mi participación en el Programa de Registro de Preparación para Catástrofes del Condado de Dane es voluntaria y que toda la información que suministre, incluso la información de salud protegida, será tratada como confidencial. Además, comprendo que la información que proporcione solamente será divulgada a la Administración de Emergencias del Condado de Dane, los socorristas, administradores y planificadores; y también aquellos que administran la base de datos del Registro.

Entiendo que la información que proporcioné al Registro se utilizará únicamente en las siguientes circunstancias: para responder a situaciones de catástrofe; responder ante necesidades de emergencia; para esfuerzos de recuperación y evacuación; y con fines de planificación en caso de una catástrofe. Comprendo que en ciertas circunstancias, la información puede ser divulgada sin mi autorización conforme a lo permitido por la ley federal o estatal.

VENCIMIENTO: esta autorización quedará sin validez al cumplirse un (1) año a partir de la fecha de mi firma.

SUS DERECHOS CON RESPECTO A ESTA AUTORIZACIÓN

Entiendo que yo, o mi representante personal, tenemos derecho a recibir una copia de la autorización completa si así lo solicitamos. * Comprendo que tengo derecho a anular esta autorización en cualquier momento. Comprendo que si lo hago debo hacerlo por escrito y enviar mi anulación por escrito a la Administración de Emergencias del Condado de Dane. Entiendo que la anulación no se aplicará a la información que ya se divulgó. Además, entiendo que una vez que la información sea divulgada a los demás, puede volver a divulgarse a personas u organizaciones que no están sujetas a las leyes de confidencialidad y privacidad estatales y federales, y es probable que no esté protegida.

He tenido la oportunidad de leer y analizar los contenidos de esta Autorización, y confirmo que son coherentes con la información provista por la Administración de Emergencias del Condado de Dane con respecto al Programa de Registro de Preparación para Catástrofes. Entiendo que al firmar este formulario, confirmo mi autorización de que la Administración de Emergencias del Condado de Dane pueda divulgar a la(s) persona(s)/organización(es) mencionada(s) en este formulario la información que se describe en este formulario.

Nombre en letra de imprenta: _____

Firma: _____ Fecha: _____

* Conserve una copia firmada de esta Autorización para sus registros.