



Condado Cochise Instrucciones para el Registro para Personas en Riesgo

Estimado participante,

Anexo encontrará Ud. el cuestionario de solicitud para la Asistencia de Albergue y Transportación para Personas en Riesgo/Vulnerables.

Por favor lea y siga estas instrucciones cuidadosamente para evitar demoras en su solicitud. Si su solicitud no está completa, se le devolverá para que Ud. la complete.

1. Deberá Ud. contestar todas las preguntas. Si es necesario, indique con "N/A" donde no le aplique.
2. Por favor use letra de molde de manera legible.
3. Se requiere su domicilio completo y **por lo menos un contacto para emergencias**. Si su domicilio para correspondencia es diferente de su domicilio físico, por favor indíquelo donde corresponda.
4. Cuando complete la información sobre el transporte, sea lo mas preciso posible. Esta información ayuda a asegurarse de que Ud. reciba la transportación de emergencia disponible que se adapte a sus necesidades.
5. Nos deberá proporcionar información sobre proveedores de la salud adicionales, tales como atención médica domiciliaria, diálisis, proveedores de oxígeno y cuestiones similares.
6. Are You Okay? [¿Está Ud. bien?] Es un programa que proporciona la Oficina del Sheriff del Condado Cochise. La inscripción en este programa es voluntaria, así que deberá llenar esta sección solamente si desea registrarse. Las preguntas médicas de las secciones anteriores se utilizarán para llenar la base de datos del programa Are You Okay? conforme aplique al caso.
7. Para que podamos procesar su solicitud, debemos tener su autorización firmada, o la firma de su representante personal, en la Declaración de Entendimiento y Autorización de Firma. **Todas las personas deberán imprimir su nombre con letra de molde en forma legible y firmar con su nombre legal completo**. Si firma por Ud. un asistente médico o trabajador social, ellos deberán proporcionar el nombre de la agencia para la cual trabajan.

Las solicitudes completas se pueden enviar por correo o fax a:

**Cochise Health & Social Services
Attn: At-Risk /Susceptible Individual Registry
1415 Melody Lane Bisbee, AZ 85603
Fax: (520) 432-9479**

Una vez que recibamos su cuestionario de solicitud completo, el personal de Servicios Sociales y de Salud de Cochise revisará la información y determinará las opciones de albergue y transportación apropiadas en base a su condición y necesidades médicas específicas. Servicios Sociales y de Salud de Cochise también le proporcionará un paquete por correo con información importante sobre albergues, nuestro programa, y preparación para evacuación y emergencias.

NOTA: Solamente se permiten en los albergues animales de servicio, tal como lo define la ley federal. La información que define a los animales de servicio se proporciona en el paquete de información.

Estamos conscientes de que este cuestionario es extenso y le agradecemos su paciencia. Esperamos que Ud. entienda que esta información es importante para Ud., nuestro personal y personal de respuesta de emergencias que le proporcionan a Ud. asistencia en una emergencia. Si tiene Ud. alguna duda sobre la solicitud o nuestro programa, por favor llame al (520) 432-9400, de lunes a viernes de las 8:00am a las 5:00pm.

Gracias,

Cochise County Health & Social Services
1415 Melody Lane, Bisbee AZ 85603



**Condado Cochise
Registro de Personas en Riesgo**

SECCION I: DATOS PARA CONTACTAR AL CLIENTE

PARA PODER PROCESAR SU SOLICITUD DEBERÁ CONTESTAR TODAS LAS PREGUNTAS

APELLIDO: _____	NOMBRE: _____	INICIAL _____
F.D.N. ____ / ____ / ____ <small> Mes Día Año</small>	EDAD: ____	SEXO: () Masculino () Femenino () Otro () Sin Respuesta
RAZA/ETNICIDAD: _____		PREFIERO NO CONTESTAR: ()
DOMICILIO ACTUAL: _____		Edif.# _____ Depto.# _____
COMPLEJO/SUBDIVISIÓN: _____	CD.: _____	C.P.: _____
RESIDENCIA TIPO () Unidad Familiar () Apartamento / Piso _____ () Condominio / Piso _____ () Casa Rodante/prefabricada () Auto caravana () Otro _____		
¿Hay elevador? () Sí () No		
¿ES UD. RESIDENTE DE TEMPORADA? () Sí () No Si es que sí, ¿cuántos meses esta Ud. aquí? ____		
DOMICILIO PARA CORREO (si es diferente al anterior): _____		
COMPLEJO/SUBDIVISIÓN: _____		Edif.# _____ Depto.# _____
CD.: _____		C.P.: _____
VIVE UD.: () Solo () Con familia () Otro _____		
TELÉFONO PRINCIPAL: _____		TELÉFONO SECUNDARIO: _____
SU TELÉFONO PRIMARIO ES TTY/TDD (teletipo)? () Sí () No		
¿PUEDE UD. ACEPTAR MENSAJES DE TEXTO? () Sí () No		
¿QUÉ IDIOMA HABLA UD.? Primero _____		Segundo _____
EMAIL: _____		
¿ QUÉ MÉTODO DE CONTACTO PREFIERE? () Tel. () Texto () Email () Correo		
¿PUEDE LEER EMAILS EN SU CELULAR? () Sí () No		

SECCION II: EMERGENCIA / DATOS PARA CONTACTAR AL TUTOR () Prefiero no proporcionar esta información

1. CONTACTO PARA EMERGENCIA #2 NOMBRE: _____
PARENTEZCO: _____ EMAIL: _____
DOMICILIO COMPLETO: _____
TELÉFONO PRINCIPAL: _____ TELÉFONO SECUNDARIO: _____
(_____) SUS INICIALES PERMITEN QUE SE COMPARTAN SUS DATOS MÉDICOS CON ESTA PERSONA <small>INICIALES</small>

APELLIDO: _____ NOMBRE: _____ INICIAL _____

SECCION II: EMERGENCIA / DATOS DEL TUTOR () Prefiero no proporcionar esta información

2. CONTACTO PARA EMERGENCIA #2 NOMBRE: _____

PARENTEZCO: _____ EMAIL: _____

DOMICILIO COMPLETO: _____

TELÉFONO PRINCIPAL: _____ TELÉFONO SECUNDARIO: _____

(_____) SUS INICIALES PERMITEN QUE SE COMPARTAN SUS DATOS MÉDICOS CON ESTA PERSONA
INICIALES

SECCION III: DATOS DEL TRANSPORTE DE EVACUACIÓN

1. ¿Requiere Ud. transporte a un albergue? () Sí () No
Si contestó "Sí" a la pregunta #1, ¿tiene Ud. algún requisito especial? Por ejemplo, ¿necesita ayuda para trasladarse de la cama a la silla de ruedas?

2. ¿Qué tan lejos puede Ud. moverse con su aparato móvil?

() No puedo salir de mi casa () Puedo llegar a la puerta de enfrente () No puedo subir o bajar escaleras

() Puedo llegar al final de la cochera/ hasta la banqueta de mi casa.

3. MOVILIDAD: Marque por favor TODO lo que le aplique.

() Puede caminar sin ayuda () En cama () Bastón () Muletas () Silla de ruedas eléctrica

() Silla de ruedas manual () Patín motorizado () Invidente / Pérdida de la vista () Andador

() Requiere ayuda para caminar () Extremidad Artificial _____

4. ¿Tiene animal(es) de servicio que reúnan los requisitos de la ADA? () Sí () No Raza: _____

5. ¿Puede Ud./ dormir en un catre o camilla médica portátil (vea la siguiente información)? () Sí () No

¿Pesa Ud. más de 300 libras? () Sí () No



18 Pulg. alto x 32 pulg. ancho x 80 pulg. largo 18 pulg. alto x 30 pulg. ancho x 84 pulg. largo

6. Si está en cama, ¿Puede trasladarse a la silla de ruedas usando un elevador especial? () Sí () No

7. ¿Alguien le acompañará al albergue? () Sí () No

Si es así, el nombre/parentesco: _____

8. Total de personas para transportar de este domicilio _____

APELLIDO: _____ **NOMBRE:** _____ **INICIAL:** _____

SECCION IV: HISTORIAL MÉDICO

DEPENDE DE APARATOS ELECTRICOS () Sí () No Si es sí, marque TODO lo que le aplique.

- () Monitor de apnea () BPAP () CPAP () Respirador () Monitor cardiaco () Bomba / Tubo de alimentación
() Nebulizador () Bomba de succión () Ventilador () Medicina en refrigerador () Bomba intravenosa
() Aparato de comunicación _____

DEPENDE DE OXÍGENO () Sí () No Si es sí, marque TODO lo que le aplique.

- () 24 Horas de uso () De noche () Número de horas Intermitentes al día _____ () Concentrador
() Tanque Portátil Modo de administración: () Cánula Nasal () Mascarilla facial () Liquido () Cilindro
Litros de flujo / minuto: _____ (Max. 4L / minuto) Proveedor de oxígeno: _____ Teléfono: _____

TRASTORNO COGNITIVO / DEL DESARROLLO () Sí () No Si es sí, marque TODO lo que le aplique.

- () Ansiedad () Afasia () Autismo () Trastornos de Conducta () Depresión () Obsesivo Compulsivo
() Ataques Controlados _____ no controlados _____ Requiere la compañía del cuidador en el albergue*
() Alzheimer / Demencia (todos los niveles) Requiere la compañía del cuidador en el albergue *
() Sicosis controlada _____ no controlada _____ Requiere la compañía del cuidador en el albergue *
() Otro trastorno psicológico / de desarrollo: _____

Necesidades asociadas al trastorno: _____

El trastorno activa: _____

CUIDADO ESPECIAL () Sí () No Si es sí, marque todo lo que le aplique.

- * () Asistencia para administrar la medicina () Asistencia con actividades (bañarse, vestirse, comer, y otras)

- () Cuidado de enfermera constante () Catéter () Enfermedad contagiosa () Bajo cuidado de hospicio

- () Incontinencia Vejiga _____ Intestinos _____ Menstruación _____

- () Heridas / irritación / heridas abiertas que requieren atención médica o cambio de vendaje

- () Diálisis Veces por semana _____ En casa _____ Peritoneal _____ Institución _____

OTRAS PROBLEMAS DE SALUD () Sí () No Si es sí, marque todo lo que le aplique.

- () EPOC () Cardíaco/a Estable _____ Inestable _____ () Frágil / Edad avanzada () ELA () Cáncer

- () Parkinson () Diabético/a Depende de insulina _____ Sin insulina _____ () Restricciones con líquidos

- () Sordo/Pérdida auditiva () Aparato para sordera

- () Otro artefacto de asistencia _____

Otro: _____

APELLIDO: _____ NOMBRE: _____ INICIAL: _____

DIETA ESPECIAL () Sí () No Si es sí, por favor explique.

ALERGIAS () Sí () No Si es sí, por favor explique.

MEDICAMENTOS Por favor anótelos.

¿TIENE UD. UN PODER PARA CUESTIONES MÉDICAS? () Sí () No

SECCION V: DATOS DEL CONTACTO DE APOYO MÉDICO

PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA PRIMARIO

NOMBRE: _____ TELÉFONO: _____

DOMICILIO: _____

CD. / ESTADO / C.P.: _____

AGENCIA DE ATENCIÓN MÉDICA DOMICILIARIA / APOYO O VIDA ASISTIDA / CASA DE REPOSO / OTRO

NOMBRE: _____ TELÉFONO: _____

PUNTO DE CONTACTO: _____

DOMICILIO: _____

CD. / ESTADO / C.P.: _____

CENTRO DE DIALISIS: _____ TELÉFONO: _____

DOMICILIO: _____

CD. / ESTADO / C.P.: _____

HOSPICIO: _____ TELÉFONO: _____

DOMICILIO: _____

CD. / ESTADO / C.P.: _____

APELLIDO: _____ **NOMBRE:** _____ **INICIAL:** _____

SECCION VI: ¿Está Ud. bien? (RUOK) Departamento de Registro del Sheriff del Condado Cochise

El programa Are You Okay [Está Ud. bien] es una forma de mantenerse en contacto para personas que no pueden salir de casa, están discapacitadas, o no pueden tener contacto regular con alguien, en caso de emergencia. El programa requiere que los participantes se registren y proporcionen sus datos básicos y firmen una liberación de responsabilidad que se agrega a la lista de suscriptores de la Oficina del Sheriff. Una vez que el residente se agrega a la lista, se le llama en el intervalo que haya solicitado, tal como una vez al día, dos veces a la semana, etc. Si después de varios intentos no hay respuesta, se llama al punto de contacto para que verifique con el suscriptor. Si el punto de contacto no está disponible, entonces se envía a un oficial de la autoridad para verificar al suscriptor.

Quiero que el Sistema Are You Okay se ponga en contacto conmigo: ()

A diario () o elija los días

() lunes () martes () miércoles () jueves () viernes () sábado () domingo

Y el sistema deberá contactarme a las ____:____ () am y/o () pm

En caso de que yo no conteste la llamada de Are You Okay? en la(s) fecha(s) y hora indicada anteriormente, autorizo a la Oficina del Sheriff del Condado Cochise a que envíe un oficial que verifique mi bienestar. Además, autorizo a la gente nombrada en las paginas 1 y 2 a ser el contacto, para verificar mi bienestar y ofrecer asistencia adicional.

Por favor proporcione la siguiente información adicional para el Sistema Are You Okay?

Etnicidad: _____ Altura: _____ Peso: _____ Tez: _____

Constitución: _____ Mano (D / I): _____ Color de cabello: _____ Estilo: _____

Color de ojos: _____ Ocupación: _____ Empleador: _____

Domicilio del empleador: _____
Calle Cd. Estado C. P.

Detalles adicionales:

1. Si la persona registrada tiene tendencia a deambular, describa por favor los sitios donde se le ha encontrado o a donde pueda ir:

2. Problemas de salud o psicológicos importantes para el sheriff que trate de ayudar a la persona registrada para su seguridad en y al salir de casa:

3. Artículos que la persona registrada tiene/usa regularmente (tales como aparatos médicos, objetos personales):

4. Sugerencias para que el oficial del sheriff pueda acercarse y asistir a la persona registrada:

5. Comportamiento normal y/o intereses especiales:

6. Medicamentos que la persona registrada DEBE tomar para evitar una emergencia médica:

APELLIDO: _____ NOMBRE: _____ INICIAL: _____

SECCION VII: DECLARACION DE ENTENDIMIENTO Y FIRMA PARA AUTORIZAR EL USO Y LIBERACION DE LA INFORMACION DE LA SALUD

La información aquí contenida es verdadera y correcta en cuanto a mi leal saber y entender. Entiendo que si es aceptada, se proporcionará la asistencia solamente mientras dure la emergencia, y que se deberán hacer arreglos alternos con anticipación en caso de que yo no pueda regresar a casa.

Entiendo que, en base a esta solicitud y los datos que yo proporcione, los Servicios Sociales y de Salud de Cochise junto con la Oficina de Servicios de Emergencia de Cochise determinarán el albergue y la asistencia de evacuación de emergencia, si aplica al caso, que este programa pueda proporcionar.

Por medio del presente libero de toda responsabilidad al Condado Cochise, Servicios Sociales y de Salud de Cochise, Oficina de Servicios de Emergencia de Cochise y/o cualquier otra organización de seguridad pública que responda y proporcione asistencia, contra cualquier reclamo relacionado a los servicios recibidos por medio del Programa Are You Okay? y la base de datos de Población En riesgo/Vulnerable.

Entiendo que este registro es voluntario y por el presente solicito registro en el Programa del Condado Cochise de Albergue y Evacuación de Personas en riesgo/vulnerables.

Al firmar este formulario doy mi autorización para que la información médica contenida en el presente sea liberada a los Servicios Sociales y de Salud de Cochise, Oficina de Servicios de Emergencia de Cochise, Centro Médico Canyon Vista, Hospital Comunitario Copper Queen, Hospital Benson, Hospital Comunitario Northern Cochise, Coalición de Atención Médica Southern Arizona y sus afiliados, otros proveedores médicos e instalaciones, departamento de bomberos, servicios médicos de emergencia, y policía, con el propósito de evaluar mis necesidades y proporcionar transporte y albergue. Entiendo que esta solicitud expirará el 31 de diciembre y tendrá que revalidarse antes del 31 de marzo o será eliminado(a) del programa. Además, entiendo que si el Condado Cochise solicita información actualizada o no me puede contactar debido a los cambios en la misma, será eliminado(a) del registro.

Nombre completo legal del solicitante/paciente (LETRA DE MOLDE): _____

Firma del solicitante/paciente: _____ Fecha: _____

Si esta firma de autorización es del representante personal, o proveedor de la salud, a nombre de la persona, por favor llene lo siguiente:

Nombre completo legal del representante personal: _____

Organismo de salud: _____

Datos del contacto (Incluya No. telefónico) : _____

Relación con la persona: _____

Firma del representante personal: _____ Fecha: _____

Las solicitudes completas se pueden enviar por correo o fax a:

**Cochise Health & Social Services
Attn: At-Risk /Susceptible Individual Registry
1415 Melody Lane Bisbee, AZ 85603
Fax: (520) 432-9479**

Si tiene alguna duda sobre esta autorización o para revocarla antes de la fecha de expiración o el evento, deberá Ud. presentar una solicitud por escrito al domicilio antes indicado.