



Registro de necesidades especiales de Florida Información de registro - Condado de Duval

Instrucciones: complete este formulario y envíelo por fax o por correo al condado de Duval para registrar a una persona en el Registro de necesidades especiales de Florida. Este formulario no es necesario si ya se ha registrado en línea. Los campos obligatorios se indican con un asterisco (*).

Correo: Registro de Necesidades Especiales del
Condado de Duval
515 North Julia St
Jacksonville, FL 32202

Correo electrónico: specialmedicalneeds@coj.net

INFORMACIÓN PERSONAL SOBRE EL REGISTRANTE									
*Primer nombre				*Apellido					
*Fecha de nacimiento				*Lenguaje primario					
*Número de teléfono del registrador				*Tipo de telefono			<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular		
*Correo electrónico									
*Género (seleccione solo uno)		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> No binario <input type="checkbox"/> Prefiero no proporcionar							
Altura	Pies:	Pulgada:	Peso	libra	*Mascota:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Animalde servicio	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> No se puede verificar			<input type="checkbox"/> No se puede verificar					
Estas completando este formulario en nombre del registrante? Si es así, indique su relación con el registrante (seleccione solo uno)			<input type="checkbox"/> Miembro de la familia <input type="checkbox"/> Cuidado <input type="checkbox"/> Vecino <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Personal estatal del DOH <input type="checkbox"/> Personal de Manejo de Emergencias del Condado <input type="checkbox"/> Personal del Departamento de Salud del Condado <input type="checkbox"/> Proveedor de atención médica _____ <small>Nombre del proveedor de atención médica aquí</small>						
¿Tiene un cuidador que estará con usted?				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					

EQUIPO DEL REGISTRANTE	
Necesidades de dependencia eléctrica: (seleccione todas las que correspondan)	<input type="checkbox"/> Monitor de apnea <input type="checkbox"/> Bomba de alimentación <input type="checkbox"/> Bomba de succión <input type="checkbox"/> Trilogy <input type="checkbox"/> Ventilador <input type="checkbox"/> CPAP / BiPAP <input type="checkbox"/> Catéter de diálisis <input type="checkbox"/> Nebulizador <input type="checkbox"/> Wound Vac <input type="checkbox"/> Monitor cardíaco <input type="checkbox"/> Concentrador de oxígeno <input type="checkbox"/> Medicamentos que requieren refrigeración <input type="checkbox"/> Otro :

CONTACTO DE EMERGENCIA DEL REGISTRANTE (requerido)			
*Nombre del contacto de emergencia principal		*Relación	
*Número de teléfono principal de contacto		Ext:	Tipo de teléfono <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular
*Nombre del contacto de emergencia secundario		*Relación	
*Número de teléfono principal de contacto		Ext:	Tipo de teléfono <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular



**Registro de necesidades especiales de Florida
Información de registro - Condado de Duval**

DIRECCIÓN DEL REGISTRANTE (se requiere la dirección física)				
*Dirección física (no puede ser un PO Caja)				
# de apartamento, # de unidad, # de edificio, # de suite, etc.				
*Ciudad Física		*Estado físico	FL	*Código postal físico

TRANSPORTE Y MOVILIDAD	
El registrante tiene lo siguiente necesidades de transporte: (seleccione todo lo que corresponda)	<input type="checkbox"/> Autoridad de Transporte de Jacksonville <input type="checkbox"/> Vehículo accesible para sillas de ruedas <input type="checkbox"/> Ambulancia
El registrante tiene lo siguiente problemas de movilidad: (seleccione todo lo que corresponda)	<input type="checkbox"/> Está confinado a una cama <input type="checkbox"/> Está paralizado (total o parcial) <input type="checkbox"/> Usa un elevador Hoyer <input type="checkbox"/> Usa un bastón <input type="checkbox"/> Usa un andador <input type="checkbox"/> Utiliza una silla de ruedas o scooter motorizados

MÉDICO Y OTROS			
El registrante tiene lo siguiente necesidades de transporte: (seleccione todo lo que corresponda)	<input type="checkbox"/> Alzheimer y demencia relacionada <input type="checkbox"/> Demencia <input type="checkbox"/> Deterioro de la memoria		
Mental o conductual: (seleccione todo lo que corresponda)	<input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Bipolar <input type="checkbox"/> Riesgo de fuga <input type="checkbox"/> Psicosis <input type="checkbox"/> Trastorno de personalidad <input type="checkbox"/> Obsesivo/compulsivo <input type="checkbox"/> Abuso de sustancias <input type="checkbox"/> Trastorno de conducta <input type="checkbox"/> Combativo/violento <input type="checkbox"/> Esquizofrenia <input type="checkbox"/> Autolesión o peligro para otros <input type="checkbox"/> Autismo/Retraso en el desarrollo <input type="checkbox"/> Otro		
Dependiente de diálisis:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Dependiente de oxígeno:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Otras condiciones médicas: (seleccione todas las que correspondan)	<input type="checkbox"/> Problemas de visión <input type="checkbox"/> Problemas de audición <input type="checkbox"/> Problemas de habla <input type="checkbox"/> Incontinencia <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Catéter de Foley <input type="checkbox"/> Colostomía/Ileostomía <input type="checkbox"/> Diabético tipo 1 <input type="checkbox"/> Diabético tipo 2 <input type="checkbox"/> Marcapasos <input type="checkbox"/> Herida abierta/en proceso de curación <input type="checkbox"/> Otro		
Proporcione cualquier información adicional sobre sus condiciones médicas aquí:			



Registro de necesidades especiales de Florida
Información de registro - Condado de Duval

AUTORIZACIÓN REQUERIDA PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DEL REGISTRANTE

¿Cómo se enteró del registro?

Nombre del remitente

Relación con el Registrante

Firma del remitente

FS 252.355(b) Registro de personas con necesidades especiales; aviso; programa de registro.

El programa de registro dará a las personas con necesidades especiales la opción de preautorizar al personal de respuesta a emergencias para ingresar a sus hogares durante las operaciones de búsqueda y rescate si es necesario para garantizar su seguridad y bienestar después de los desastres.