



**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

Fax: (904) 376-8915

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: <input type="checkbox"/> No se puede verificar	Pulgada:	Peso: <input type="checkbox"/> No se puede verificar
		libra	Mascota: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
			Animal de servicio <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
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"/> Cuidador <input type="checkbox"/> Vecino <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Proveedor de atención médica <input type="checkbox"/> Personal de Manejo de Emergencias del Condado <input type="checkbox"/> Personal del Departamento de Salud del Condado <input type="checkbox"/> Personal estatal del DOH	

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"/> Nebulizador	<input type="checkbox"/> Wound Vac	<input type="checkbox"/> Catéter de diálisis
	<input type="checkbox"/> Concentrador de oxígeno		<input type="checkbox"/> Monitor cardíaco
	<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

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	



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

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"/> Diabético <input type="checkbox"/> Colostomía/Ileostomía <input type="checkbox"/> Marcapasos <input type="checkbox"/> Herida abierta/en proceso de curación <input type="checkbox"/> Otro