



Necesidades Especiales del Condado de Polk  
Administración de Emergencias  
1890 Jim Keene Blvd.  
Winter Haven, Florida 33880  
Teléfono: 863-298-7027  
Fax: 863-298-7172  
Correo Electrónico: [specialneeds@polk-county.net](mailto:specialneeds@polk-county.net)

## FORMULARIO DE REGISTRACIÓN DE NECESIDADES ESPECIALES INFORMACIÓN INDIVIDUAL

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo  
nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Residente de Tiempo Completo:  
Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

Teléfono Primario: \_\_\_\_\_ Teléfono Alternativo: \_\_\_\_\_

Número de Calle: \_\_\_\_\_ Nombre de Calle: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Unidad/Lote #: \_\_\_\_\_ Dirección Postal (en caso si es diferente):  
\_\_\_\_\_

Casa Móvil: Sí \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Nombre del Parque: \_\_\_\_\_

Proveedor de Cuidados: \_\_\_\_\_

Vive Solo: Sí \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Idioma Primario: \_\_\_\_\_ Mascotas: Sí \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Ha hecho arreglos con el Refugio de Mascotas: Sí \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Animal de Servicio: Sí \_\_\_\_\_  
NO \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN MEDICA**

Derrame Cerebral: SÍ \_\_\_\_ NO \_\_\_\_      Diabético: SÍ \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

Discapacidad Cognitiva: SÍ \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ ¿Si es Así, Que Clase? \_\_\_\_\_

Cuidado de Heridas: SÍ \_\_\_\_ NO \_\_\_\_      Cáncer: SÍ \_\_\_\_ NO \_\_\_\_      Incontinente: SÍ \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

Discapacidad Visual: SÍ \_\_\_\_ NO \_\_\_\_      Enfermedad del Corazón: SÍ \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

Diálisis: SÍ \_\_\_\_ NO \_\_\_\_      Enfermedad Contagiosa: SÍ \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

Discapacidad Auditiva: SÍ \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

Liste otras condiciones médicas: \_\_\_\_\_

Liste si tiene algún equipo médico que requiera electricidad: \_\_\_\_\_

Liste sus medicaciones:

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR:

Agencia de Salud en el Hogar: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Doctor: \_\_\_\_\_      Teléfono: \_\_\_\_\_

Compañía de Suministro de Oxígeno: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Compañía de Suministro de

Equipo Médico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Centro de Diálisis: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

### DEPENDIENTE DE OXÍGENO

Dependiente de Oxígeno: SÍ \_\_\_\_ NO \_\_\_\_      Nebulizador: SÍ \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

Concentrador: SÍ \_\_\_\_ NO \_\_\_\_      Tanque Portable: SÍ \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

Horas por día: \_\_\_\_\_      Litro de Fluir: \_\_\_\_\_

### Circunstancias Especiales

Ser Trasladado en Cama: SÍ \_\_\_\_ NO \_\_\_\_      Ventilador: SÍ \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

Asistencia con Medicaciones: SÍ \_\_\_\_ NO \_\_\_\_      Combativo/Violento: SÍ \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

Equipo Continuo: SÍ \_\_\_\_ NO \_\_\_\_      Silla de Ruedas: SÍ \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

Silla de Ruedas Eléctrica: SÍ \_\_\_\_ NO \_\_\_\_      Levantador de Hoyer: SÍ \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

Caminador: SÍ \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

### TRANSPORTACIÓN

Transportación Requerida SÍ \_\_\_\_ NO \_\_\_\_      Solo Transportación es Requerida:

SÍ \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

Ambulancia: SÍ \_\_\_\_ NO \_\_\_\_      Levantador de Silla de Ruedas: SÍ \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

Camilla: SÍ \_\_\_\_ NO \_\_\_\_      ¿Cuántos pasos a la puerta principal? \_\_\_\_\_

Asignación del Refugio (para ser completado por el personal de necesidades especiales)

Refugio: \_\_\_\_\_      Transportación: \_\_\_\_\_