



Mail To: Fort Bend County Health & Human Services
4520 Reading Road, Suite A, Rosenberg, TX 77471

2016

El siguiente cuestionario asistirá a Departamentos del Condado de Fort Bend, como la Oficina de Manejo de Emergencia y El Departamento de Salubridad Y Servicios Humanos, planear como asistir personas con necesidades especiales en el condado durante una emergencia o desastre natural.

Este cuestionario no es una petición para transportación de evacuación en evento de huracán, el Condado de Fort Bend no es un condado de evacuación. Sin embargo, si anticipa severas tormentas, o si hay daños severos causados por aire o inundación después de una tormenta, algunas personas pueden necesitar moverse a un lugar más seguro.

Durante un desastre o emergencia, personas con necesidades especiales puede requerir asistencia si experimentan apagones de luz, necesitan medicinas o necesitan apoyo médico. Este cuestionario nos ayudara a identificar personas que pueden necesitar asistencias durante una emergencia y asistirnos a planear para tal evento.

Si tiene una discapacidad, usa equipo médico en casa, tiene impedimento de visión o audición, si es anciano y anticipa necesitar asistencia por favor llene el siguiente cuestionario.

Si tiene alguna pregunta, favor llamar:

Fort Bend County Health & Human Services

4520 Reading Road, Suite A

Rosenberg, Texas 77471

(281) 238-3514

Gracias por su asistencia.



www.enablefortbend.com



Public Health
Prevent. Promote. Protect.

Mail To: Fort Bend County Health & Human Services
4520 Reading Road, Suite A, Rosenberg, TX 77471

2016

Información personal del Individuo con necesidad:

Primer Nombre: Apellido:
Dirección Casa:
Dirección:

Ciudad: Estado: TX Código Postal:
Prime Teléfono:
Segundo Teléfono: No Teléfono
Email

Dirección de Correo: (por favor llenar si diferente que su dirección física)

Dirección:

Ciudad: Estado: TX Código Postal

Información personal para Contacto de Emergencia:

Relación a la persona necesitada:
Primer Nombre: Apellido:
Dirección

Ciudad: Estado: TX Código postal:
Primer Teléfono:
Secundo Teléfono: No Teléfono:
Email:

Municipio: Vivo dentro los límites de la cuidad:

Vivo en un área incorporada en el Condado de Fort Bend:

Tipo de Residencia:

Unidad Individual Familiar Vivienda Multe-familiar
 Casa Móvil : Apartamento

Fecha de nacimiento:

Altura: **Peo:**

Sexo: Masculino Femenino

Información de cuidado Médico:

Nombre de Médico de cabecera:

Número de Teléfono:

Cuidado en Casa / Nombre de Hospicio:

Teléfono:

Necesidades de (mark all that apply):

- 1. Impedimento de vision
 - 2. Impedimento de audición
 - 3. Impedimento de Lenguaje
 - 4. Impedimento Físico
 - 5. Completamente encamado
 - 6. Impedimento Mental/Memoria
 - 7. Demencia/Alzheimer
 - 8. En Dialysis
 - 9. Requiere enfermera constante
 - 10. Otra razón de asistencia
11. Traqueotomía
12. Tubo de alimentacion
13. Línea Intravenosa
14. Cateter de Foley
15. Alergias: _____
- No :**
16. Tiene acceso a un vehículo
17. Tiene Radio o television
18. Tiene teléfono.
19. Habla Ingles.
- Tiene dificultad caminar y requiere:**
20. Walker/ bastón
21. Asistencia de alguna persona

- Tiene Silla de ruedas Si No
- Si marco sí, que tipo de silla de ruedas?
- 22. Standard
 - 23. Motorizada
 - 24. Demasiado grande
 - 25. Reclinable
 - 26. Scooter
- Requiere equipo médico que no es fácil transportar:
- 27. Concentrador de Oxigeno o Cilindro
 - 28. Ventilador
 - 29. Maquina de Succion
 - 30. Otro Equipo (especifique)

Asistencia requerida:

- 1. La persona necesitada tiene medicamentos que debe tomarse en caso de traslado? Si No
- 2. La persona necesitada tiene un cuidador? Si No
Si si, el cuidador está dispuesto a viajar/estar con usted y ? Si No

Información Adicional:



Información de Mascota (solamente de animales que viajaran contigo):

Mascota# 1

Nombre:	
Tipo (perro, gato, etc.):	
Raza:	
Peso:	
Portador/Jaula Disponible?	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Corea Disponible?	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Boza Disponible?	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No

Mascota #2

Nombre:	
Tipo (perro, gato, etc.):	
Raza:	
Peso:	
Portador/Jaula Disponible?	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Corea Disponible?	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Boza Disponible?	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No

Mascota # 3

Nombre:	
Tipo (perro, gato, etc.):	
Raza:	
Peso:	
Portador/Jaula Disponible?	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Corea Disponible?	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Boza Disponible?	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No

Mascota # 4

Nombre:	
Tipo (perro, gato, etc.):	
Raza:	
Peso:	
Portador/Jaula Disponible?	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Corea Disponible?	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Boza Disponible?	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No

Mascota# 5

Nombre:	
Tipo (perro, gato, etc.):	
Raza:	
Peso:	
Portador/Jaula Disponible?	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Corea Disponible?	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Boza Disponible?	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No