

**Hoja de Evaluación para Refugio Departamento de Salud del Condado de Hillsborough
(FAVOR DE USAR LETRA DE MOLDE)**

¡Si el formulario no está completo esto, atrasará la evaluación de su solicitud!

Apellido:		Nombre:		Inicial:	Ultimos 4 dígitos del SS: XXX-XX-	
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Estatura:	Peso:	Fecha de Nacimiento:	Teléfono:		Lenguaje Principal:
Dirección:			Lote/Apt #:	Ciudad:		Código Postal:
Usted vive: <input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Con familiares <input type="checkbox"/> Otro:						
Dirección Postal (si es diferente):		Ciudad:		Código Postal:	Casa Móvil?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nombre de la Comunidad:	
Contacto de Emergencia <u>Local</u> :			Parentesco:		Teléfono:	
Contacto de Emergencia <u>Fuera del Condado</u> :			Parentesco:		Teléfono:	
Nombre de la persona que lo cuidará en el refugio:			Parentesco:		Teléfono:	
Solo personas que viven en su casa pueden acompañarlo al refugio.						
Nombre del doctor de cabecera: Teléfono:			Agencia de cuidado en la casa "Home Health" <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Teléfono:			
Escriba sus Problemas Médicos: (Traiga su lista de medicamentos con usted al refugio.)						
¿Está bajo el cuidado de "HOSPICE"? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Pacientes de "HOSPICE" NO necesitan completar esta forma. Deben comunicarse con "HOSPICE" para hacer arreglos para el refugio de necesidad especial/y transportación.)						
TRANSPORTACION: ¿Necesita que lo busquen para llevarlo al refugio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
Evaluación de Movilidad: (Seleccione todas las que sean pertinentes.)			Depende de Electricidad: (Seleccione todas las que sean pertinentes.)			
<input type="checkbox"/> Puedo caminar	<input type="checkbox"/> Uso silla de ruedas	<input type="checkbox"/> Uso andador	<input type="checkbox"/> Uso un bastón	<input type="checkbox"/> Bomba de Alimentación	<input type="checkbox"/> Bomba de Succión	
<input type="checkbox"/> Impedimento auditivo	<input type="checkbox"/> Mudo(a)	<input type="checkbox"/> Ciego(a)	<input type="checkbox"/> Parcialmente ciego(a)	<input type="checkbox"/> Nebulizador	<input type="checkbox"/> Monitor Cardiaco	
<input type="checkbox"/> Convalezco en Cama	<input type="checkbox"/> Uso Sistema de Levantamiento para salir de la cama.	<input type="checkbox"/> Oxígeno ___ Num. de hrs. diarias	<input type="checkbox"/> Ventilador Respiratorio	<input type="checkbox"/> CPAP/BPAP	<input type="checkbox"/> Concentrador	
Evaluación Cognitiva: (Seleccione todas las que sean pertinentes.)			<input type="checkbox"/> Oxígeno ___ Fluído por Litro ___ Tanque Portable			
<input type="checkbox"/> Problemas Salud Mental	<input type="checkbox"/> Problemas Siquiátricos	<input type="checkbox"/> Alzeimer's	<input type="checkbox"/> Autismo	<input type="checkbox"/> Diálisis	<input type="checkbox"/> Otro _____	
<input type="checkbox"/> Problema de Conducta	<input type="checkbox"/> Obsesión Compulsiva	<input type="checkbox"/> Ansiedad	<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Demencia	Cuidado Especial: (Seleccione todas las que sean pertinentes)	
<input type="checkbox"/> Herida abierta	<input type="checkbox"/> Colostomía	<input type="checkbox"/> Catéter (sonda)	<input type="checkbox"/> Incontinencia/ Pañales de Adulto	¿Necesita ayuda con las medicinas?		
<input type="checkbox"/> Tengo un Animal de Servicio (ejemplo, Perro Guía): ¿Qué clase? _____	<input type="checkbox"/> ¿Qué arreglos ha hecho para sus mascotas (animales domésticos) ? _____	<input type="checkbox"/> Necesito una enfermera o asistente para que me de las medicinas				
Firmando esta forma doy mi autorización al Departamento de Salud del Condado de Hillsborough, departamento de manejo de emergencias, a los distritos locales de bomberos, y a facilidades del gobierno para usar la información médica contenida en esta forma con el fin de evaluar mis necesidades y de proporcionar el transporte de emergencia al refugio. Los expedientes relacionados con el registro de ciudadanos con necesidades especiales están exentos de las provisiones de F.S. 119.07(1), ley de los expedientes públicos. La información contenida aquí será mantenida confidencial.						
Firma del Paciente / Guardian			Fecha			
Envíe esta forma al: Hillsborough County Health Department PO Box 5135 Tampa, FL 33675-5135 O FAX a (813) 276-8689. Para más información llame al (813) 307-8063						
For Office Use Only (Check all that apply):						
Special Needs Shelter: _____	Red Cross Shelter: _____	Hospital: _____	Shriners: _____	Dialysis: _____	FAHA: _____	Aging Services: _____

