

## Documento de orientación Planes locales de seguridad y preparación para emergencias

### Situación

- Es crucial que todos los miembros de la comunidad estén preparados para emergencias y empoderados para estar seguros. Las personas con discapacidad generalmente tienen una exposición insuficiente a la información y orientación de seguridad relevante para respaldar sus necesidades funcionales y de acceso.
- Muchos miembros de la comunidad con discapacidades dependen de los rescatistas para que los ayuden en una emergencia, pero si no se llama al 911 o el socorrista no está al tanto de las necesidades de la persona discapacitada, las personas discapacitadas pueden quedarse atrás, lesionarse o morir.
- El personal de respuesta a emergencias deben saber cómo abordar el acceso y las necesidades funcionales de todas las personas dentro de sus comunidades.
- Actualmente, la preparación para emergencias está fragmentada y no se han establecido estándares de mejores prácticas que sean inclusivas.
- La mayoría de las veces, existe una participación mínima no emergente entre los servicios de emergencia y los ciudadanos con discapacidades. El personal de respuesta a emergencias está en desventaja con un conocimiento limitado del alcance cambiante de las necesidades dentro de su comunidad. Las necesidades de sus ciudadanos permanecen desconocidas a menos que se haya realizado una iniciativa para interactuar e intercambiar información relevante.

### Antecedentes

- Los miembros con discapacidades de la comunidad permanecen menos seguros que los residentes no con discapacidades durante y después de una emergencia. Por ejemplo, una persona puede tener dificultades para refugiarse en su lugar de manera segura o para conseguir alojamiento en un refugio de emergencia.
- Las mejoras duraderas después de un desastre pueden ser increíblemente desafiantes para muchas personas con discapacidades. Los que se encuentran en los tramos de ingresos más bajos, por ejemplo, no pueden permitirse reconstruir palafitos después de las inundaciones. Los palafitos pueden no ser accesibles para personas con problemas de movilidad.
- Aquellas personas involucradas en el manejo de emergencias buscan ayudar a las población con discapacidades. Aún así, tienen dificultades para identificar a estos residentes y cómo satisfacer sus necesidades funcionales y de acceso a menos que estas necesidades les hayan sido comunicadas previamente.
- El personal de respuesta a emergencias siguen estando en desventaja si no conocen el acceso y las necesidades funcionales de los involucrados al responder a una emergencia.
- Muy pocas comunidades consideran la discapacidad y el acceso y las necesidades funcionales dentro de sus prácticas de capacitación en seguridad y educación comunitaria.
- El desarrollo, la práctica y la implementación de planes y kits de seguridad inclusivos son componentes esenciales de las prácticas de seguridad municipal. Esto es fundamental para las personas con discapacidades que pueden necesitar planificación, educación y adaptaciones para permanecer seguros durante y después de una emergencia.

### Evaluación

- Las comunidades necesitan métodos consistentes y coordinados para
  - a) alertar a los servicios de emergencia sobre las necesidades de seguridad de los residentes con discapacidades en caso de emergencia
  - b) educar y preparar a los residentes con discapacidades para crear y practicar planes de seguridad y armar kits de seguridad apropiados para usar en una emergencia
  - c) garantizar una comunicación accesible entre las comunidades en caso de desplazamiento
- El financiamiento debe establecerse como un componente central de las prácticas estándar de operaciones de emergencia para abordar el acceso y las necesidades funcionales de los residentes con discapacidades durante y después de las emergencias.
- Es necesario establecer tecnología funcional para alertar y ayudar a quienes tienen acceso y necesidades funcionales durante y después de las emergencias.
- Debido a la duda y la falta de confianza en el intercambio de información relacionada con la salud y la discapacidad, deben desarrollarse medidas proactivas para garantizar la confianza del público. Las estrategias deben incluir orientación sobre la protección y el intercambio de información, así como la interacción respetuosa con personas con diversas discapacidades.

### Recomendaciones

- De manera continua, hay que establecer conexiones entre los miembros con discapacidades de la comunidad y los servicios de emergencia a través de eventos comunitarios y visitas escolares. Proporcione oportunidades informales y formales para interactuar con los servicios de emergencia en situaciones accesibles, seguras y que no sean de emergencia. Invitar e involucrar a los residentes con discapacidades como miembros y líderes iguales dentro de varios consejos y comités municipales.
- Organizar reuniones accesibles y privadas (individuales y de grupos pequeños) con residentes con acceso y necesidades funcionales en oficinas municipales, hogares, hogares grupales y centros comunitarios para desarrollar planes de seguridad personalizados, proporcionar recursos, identificar adaptaciones de seguridad y mostrar kits de seguridad de muestra. (Los formularios de discusión de Living Safely adjuntos y otros recursos pueden facilitar estas conversaciones)
- Ofrecer simulacros de seguridad relevantes para residentes con discapacidades en toda la comunidad de manera continua.
- Establecer un registro municipal voluntario y seguro para identificar y apoyar la respuesta de emergencia local para los residentes con necesidades funcionales y de acceso. Los registros a nivel de condado permiten que la información se comparta a través de las fronteras del condado en caso de emergencia, ya que los residentes pueden experimentar una emergencia fuera de su municipio.
- Incluir a los residentes de la comunidad con necesidades funcionales y de acceso en todos los aspectos de preparación, respuesta, recuperación y mitigación. Establecer la colaboración entre los administradores/planificadores municipales y los residentes con discapacidades como núcleo de la práctica de gestión de emergencias para identificar las barreras y los facilitadores de la comunicación antes, durante y después de las emergencias. Identificar fuentes de financiamiento a largo plazo para mantener la participación continua.
- Implementar una educación de seguridad comprensible y funcional para demostrar cómo desarrollar planes de seguridad personalizados y aspectos de preparación y respuesta ante emergencias. Mostrar y publicar planes de seguridad accesibles y pautas de kits de seguridad a través de sitios web municipales, bibliotecas, hogares grupales y otros lugares accesibles.



# Información de seguridad de los servicios médicos de emergencia para los residentes con discapacidades y necesidades especiales de salud

La información presentada y registrada es confidencial y se usa con fines de seguridad. La información presentada por el/la residente o en lugar del/de la residente es voluntaria. La persona tiene la opción de responder o no responder alguna pregunta o todas ellas.

Municipalidad: \_\_\_\_\_

Inicial  Actualización Fecha: \_\_\_\_\_ Completado por: \_\_\_\_\_

Nombre del/de la residente: \_\_\_\_\_

Nombre preferido del/de la residente: \_\_\_\_\_ Pronombres preferidos del/de la residente: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico del/de la residente: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

Método de interacción:  Completamente independiente  Con ayuda del padre/la madre, cuidador, tutor, etc.  Asistencia necesaria \_\_\_\_\_

Idioma principal: \_\_\_\_\_ ¿Otro idioma? \_\_\_\_\_ Necesita comunicación alternativa/aumentativa:  Sí  No \_\_\_\_\_

Método de comunicación:  verbal  dispositivo de comunicación alternativa/aumentativa  lengua de signos americana (ASL)  otro \_\_\_\_\_

Movilidad: \_\_\_\_\_ Necesidades/apoyos para la movilidad:  bastón  caminador  silla de ruedas  otro \_\_\_\_\_

Residencia:  Apartamento  Casa  Otro Dirección \_\_\_\_\_

¿Hay otras personas en la residencia, incluidas personas con discapacidades o necesidades especiales de salud?  Sí  No \_\_\_\_\_

Edad del/de la residente: \_\_\_\_\_ Descripción de la o las discapacidades/necesidades especiales de salud del/de la residente: \_\_\_\_\_

¿El/la residente tiene algún equipamiento médico?  Sí  No \_\_\_\_\_

Dificultades sensoriales (sirenas, equipamientos, tacto, etc.): \_\_\_\_\_

¿A quién se debe notificar ante una emergencia médica? \_\_\_\_\_

¿El/la residente tiene un cuidador o auxiliar que lo/la ayude con sus cuidados o atención médica?  Sí  No \_\_\_\_\_

¿Cuál es el nivel de comodidad o preocupación del/de la residente al interactuar con los servicios de emergencias y al ser transportado/a en un vehículo de emergencia?

\_\_\_\_\_

¿El/la residente usa o lleva alguna identificación médica?  Sí  No \_\_\_\_\_

¿El/la residente necesita ayuda para adquirir su identificación médica?  Sí  No \_\_\_\_\_

Información médica crítica: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Hay alguna otra información que el/la residente quisiera compartir sobre el rescate o la respuesta ante emergencias? (sugerencias en caso de que haya una emergencia médica)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Notas y recomendaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



Esta iniciativa fue financiada en parte por una subvención del programa Inclusive Healthy Communities Grant Program (Programa de Subvenciones para Comunidades Sanas e Inclusivas) de la División de Servicios para Discapacitados del Departamento de Servicios Humanos de Nueva Jersey.





**Información de seguridad municipal sobre incendios**  
para los residentes con discapacidades y necesidades especiales de salud

La información presentada y registrada es confidencial y se usa con fines de seguridad.  
La información presentada por el/la residente o en lugar del/de la residente es voluntaria.  
La persona tiene la opción de responder o no responder alguna pregunta o todas ellas.

Municipalidad: \_\_\_\_\_

Inicial  Actualización Fecha: \_\_\_\_\_ Completado por: \_\_\_\_\_

Nombre del/de la residente: \_\_\_\_\_

Nombre preferido del/de la residente: \_\_\_\_\_ Pronombres preferidos del/de la residente: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico del/de la residente: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

Método de interacción:  Completamente independiente  Con ayuda del padre/la madre, cuidador, tutor, etc.  Asistencia necesaria \_\_\_\_\_

Idioma principal: \_\_\_\_\_ ¿Otro idioma? \_\_\_\_\_ Necesita comunicación alternativa/aumentativa:  Sí  No \_\_\_\_\_

Método de comunicación:  verbal  dispositivo de comunicación alternativa/aumentativa  lengua de signos americana (ASL)  otro \_\_\_\_\_

Movilidad: \_\_\_\_\_ Necesidades/apoyos para la movilidad:  bastón  caminador  silla de ruedas  otro \_\_\_\_\_

Residencia:  Apartamento  Casa  Otro Dirección \_\_\_\_\_

Describe la situación de vida (independiente, con la familia, personal de apoyo, animal de servicio, etc.) \_\_\_\_\_

Edad del/de la residente: \_\_\_\_\_ Descripción de la o las discapacidades/necesidades especiales de salud del/de la residente: \_\_\_\_\_

¿Hay otras personas en la residencia con discapacidades o necesidades especiales de salud?  Sí  No \_\_\_\_\_

¿A quién se debe notificar en caso de emergencia, como un incendio? \_\_\_\_\_

¿Hay alarmas de incendio en la residencia?  Sí  No ¿Las alarmas funcionan correctamente?  Sí  No Fecha de la última prueba: \_\_\_\_\_

¿El/la residente necesita alarmas de incendio?  Sí  No ¿El/la residente necesita ayuda para instalarlas?  Sí  No \_\_\_\_\_

¿El/la residente necesita ayuda para revisar o reemplazar las baterías?  Sí  No \_\_\_\_\_

¿El/la residente tiene o necesita alarmas de incendio alternativas/especializadas?  Sí  No \_\_\_\_\_

¿Hay algún lugar dentro de la casa, el apartamento o el edificio donde el/la residente vaya para sentirse cómodo/a o donde al/a la residente le guste esconderse?

Sí  No \_\_\_\_\_

¿El/la residente comprende sobre la prevención de incendios, incorporando los aspectos de la discapacidad?  Sí  No \_\_\_\_\_

¿El/la residente reconoce el impacto que la discapacidad/necesidad especial de salud tiene sobre la seguridad contra los incendios?  Sí  No \_\_\_\_\_

¿Alguna vez se activó la alarma de incendio del/de la residente?  Sí  No ¿Motivo? \_\_\_\_\_

¿Hay algo que los servicios de emergencias deban tener en cuenta al responder a una emergencia en la residencia (cerraduras especiales, paneles solares, etc.)?

Sí  No \_\_\_\_\_

¿Alguna vez el/la residente inició un incendio accidental o intencionalmente?  Sí  No \_\_\_\_\_

¿El/la residente sabe cuándo y cómo notificar un incendio?  Sí  No ¿Tiene alguna dificultad para llamar al 911?  Sí  No \_\_\_\_\_

¿El/la residente tiene un plan de escape en caso de incendio?  Sí  No \_\_\_\_\_

¿El plan de escape en caso de incendio es apropiado para la o las discapacidades/necesidades especiales de salud del/de la residente?  Sí  No \_\_\_\_\_

¿El/la residente suele practicar un plan de escape en caso de incendio?  Sí  No \_\_\_\_\_

¿El/la residente necesita ayuda para diseñar, adaptar y practicar un plan de escape en caso de incendio?  Sí  No \_\_\_\_\_

Notas y recomendaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

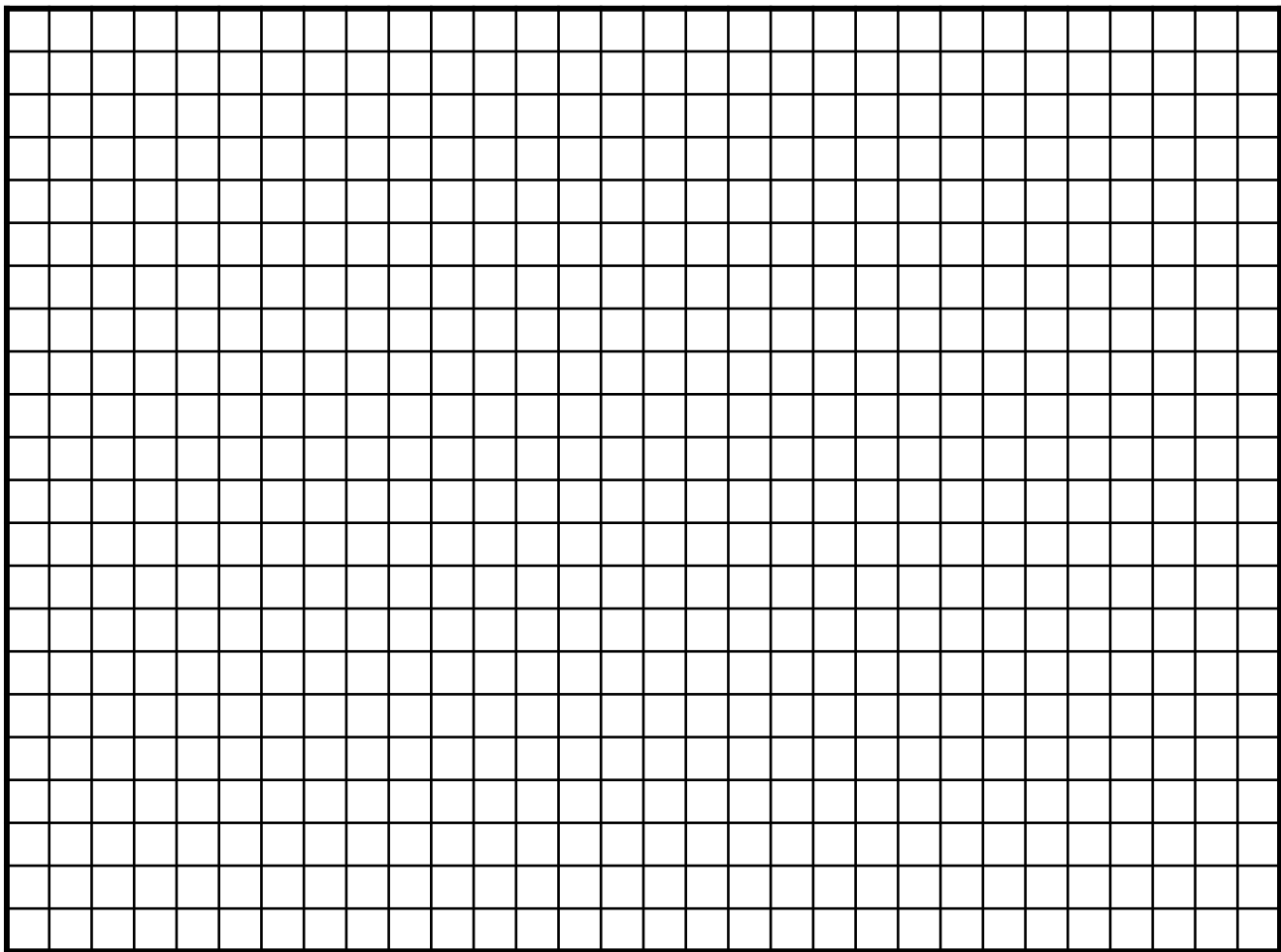


Esta iniciativa fue financiada en parte por una subvención del programa Inclusive Healthy Communities Grant Program (Programa de Subvenciones para Comunidades Sanas e Inclusivas) de la División de Servicios para Discapacitados del Departamento de Servicios Humanos de Nueva Jersey.



# Mi plan de escape en caso de incendio

- Dibuje todas las habitaciones que haya en un piso de su casa. Use otra página si tiene otro piso en su casa.
  - Indique cuáles son las ventanas y las puertas.
  - Dibuje una flecha para mostrar dos formas de salir de cada habitación.
  - Dibuje una estrella para mostrar dónde está cada alarma de incendios y cada alarma de monóxido de carbono en ese piso.
  - ¿Dónde es el lugar fuera de la casa en el que se reunirá con los demás en caso de incendio?
- 
- Revise este plan de escape en caso de incendio al menos una vez al mes. Actualice este plan de escape al menos una vez al año para revisar si algo ha cambiado.



Esta iniciativa fue financiada en parte por una subvención del programa Inclusive Healthy Communities Grant Program (Programa de Subvenciones para Comunidades Sanas e Inclusivas) de la División de Servicios para Discapacitados del Departamento de Servicios Humanos de Nueva Jersey.

[www.childrens-specialized.org](http://www.childrens-specialized.org)

# Living Safely

with disabilities and special health needs

## Mi plan de escape en caso de incendio



Escriba información sobre la habitación de la imagen en el cuadro de texto que aparece abajo.  
(Incluya información importante, como las salidas).

Información de esta habitación:



# Living Safely

with disabilities and special health needs

[www.childrens-specialized.org](http://www.childrens-specialized.org)



Children's  
Specialized Hospital®

An RWJBarnabas Health facility



**DDS**  
NJ DIVISION OF  
DISABILITY SERVICES

Esta iniciativa fue financiada en parte por una subvención del programa Inclusive Healthy Communities Grant Program (Programa de Subvenciones para Comunidades Sanas e Inclusivas) de la División de Servicios para Discapacitados del Departamento de Servicios Humanos de Nueva Jersey.



## Información de seguridad sobre la preparación para emergencias para los residentes con discapacidades y necesidades especiales de salud

La información presentada y registrada es confidencial y se usa con fines de seguridad.  
La información presentada por el/la residente o en lugar del/de la residente es voluntaria.  
La persona tiene la opción de responder o no responder alguna pregunta o todas ellas.

Municipalidad: \_\_\_\_\_

Inicial  Actualización      Fecha: \_\_\_\_\_      Completado por: \_\_\_\_\_

Nombre del/de la residente: \_\_\_\_\_

Nombre preferido del/de la residente: \_\_\_\_\_      Pronombres preferidos del/de la residente: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico del/de la residente: \_\_\_\_\_      Número de teléfono: \_\_\_\_\_      Otro: \_\_\_\_\_

Método de interacción:  Completamente independiente     Con ayuda del padre/la madre, cuidador, tutor, etc.     Asistencia necesaria \_\_\_\_\_

Idioma principal: \_\_\_\_\_      ¿Otro idioma? \_\_\_\_\_      Necesita comunicación alternativa/aumentativa:  Sí  No \_\_\_\_\_

Método de comunicación:  verbal     dispositivo de comunicación alternativa/aumentativa     lengua de signos americana (ASL)     otro \_\_\_\_\_

Movilidad: \_\_\_\_\_      Necesidades/apoyos para la movilidad:  bastón     caminador     silla de ruedas     otro \_\_\_\_\_

Residencia:  Apartamento     Casa     Otro      Dirección \_\_\_\_\_

¿Hay otras personas en la residencia, incluidas personas con discapacidades o necesidades especiales de salud?  Sí  No \_\_\_\_\_

Edad del/de la residente: \_\_\_\_\_      Descripción de la o las discapacidades/necesidades especiales de salud del/de la residente: \_\_\_\_\_

¿El/la residente tiene algún equipamiento médico?  Sí  No \_\_\_\_\_

Dificultades sensoriales (sirenas, equipamientos, tacto, etc.): \_\_\_\_\_

¿El/la residente desea compartir el tipo de discapacidad que tiene y cómo su o sus discapacidades pueden afectarlo/a en caso de un desastre u otra emergencia?

discapacidad física     discapacidades intelectuales o del desarrollo     deterioros visuales     sordera o audición reducida     afecciones de salud mental

afecciones o lesiones crónicas     otras \_\_\_\_\_

¿Cuál es el nivel de comodidad o preocupación del/de la residente al interactuar con los servicios de emergencias y al ser transportado/a en un vehículo de emergencia?

---

¿El/la residente se ha registrado en NJ Register Ready?  Sí  No Fecha: \_\_\_\_\_ ¿Necesita ayuda para registrarse?  Sí  No

¿El/la residente tiene un cuidador o auxiliar que lo/la ayude con sus cuidados o atención médica?  Sí  No \_\_\_\_\_

¿Qué necesidades de comunicación se han establecido para comunicar emergencias al/a la residente de forma efectiva y oportuna? \_\_\_\_\_

---

¿Qué necesidades de accesibilidad tiene el/la residente para facilitar el transporte a un refugio de emergencia? \_\_\_\_\_

---

¿Qué necesidades de accesibilidad tiene el/la residente para estar dentro de un refugio de emergencia? \_\_\_\_\_

---

¿Qué se necesita preparar para ayudar al/a la residente si se refugia en su propio lugar? \_\_\_\_\_

---

¿El/la residente necesita suministro eléctrico para salvar su vida?  Sí  No \_\_\_\_\_

¿El/la residente necesita ayuda para comunicarse con su compañía de servicio eléctrico local a fin de ser colocado/a en una lista de emergencia?  Sí  No

---

¿Hay alguna otra información que el/la residente quisiera compartir sobre la preparación para desastres y rescates de emergencias?

---

---

---



Esta iniciativa fue financiada en parte por una subvención del programa Inclusive Healthy Communities Grant Program (Programa de Subvenciones para Comunidades Sanas e Inclusivas) de la División de Servicios para Discapacitados del Departamento de Servicios Humanos de Nueva Jersey.





## Información de seguridad municipal general

para los residentes con discapacidades y necesidades especiales de salud

La información presentada y registrada es confidencial y se usa con fines de seguridad.  
La información presentada por el/la residente o en lugar del/de la residente es voluntaria.  
La persona tiene la opción de responder o no responder alguna pregunta o todas ellas.

Municipalidad: \_\_\_\_\_

Inicial  Actualización      Fecha: \_\_\_\_\_      Completado por: \_\_\_\_\_

Nombre del/de la residente: \_\_\_\_\_

Nombre preferido del/de la residente: \_\_\_\_\_      Pronombres preferidos del/de la residente: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico del/de la residente: \_\_\_\_\_      Número de teléfono: \_\_\_\_\_      Otro: \_\_\_\_\_

Método de interacción:  Completamente independiente     Con ayuda del padre/la madre, cuidador, tutor, etc.     Asistencia necesaria \_\_\_\_\_

Idioma principal: \_\_\_\_\_      ¿Otro idioma? \_\_\_\_\_      Necesita comunicación alternativa/aumentativa:  Sí  No \_\_\_\_\_

Método de comunicación:  verbal     dispositivo de comunicación alternativa/aumentativa     lengua de signos americana (ASL)     otro \_\_\_\_\_

Movilidad: \_\_\_\_\_      Necesidades/apoyos para la movilidad:  bastón     caminador     silla de ruedas     otro \_\_\_\_\_

Residencia:  Apartamento     Casa     Otro      Dirección \_\_\_\_\_

Describe la situación de vida (independiente, con la familia, personal de apoyo, etc.) \_\_\_\_\_

¿A quién se debe notificar en caso de emergencia? \_\_\_\_\_

Edad del/de la residente: \_\_\_\_\_      Descripción de la o las discapacidades, afecciones médicas, alergias, preocupaciones sensoriales y otras necesidades especiales de salud del/de la residente: \_\_\_\_\_

¿Hay otras personas en la residencia con discapacidades o necesidades especiales de salud?  Sí  No \_\_\_\_\_

¿El/la residente ha expresado alguna inquietud sobre la seguridad de su residencia?  Sí  No \_\_\_\_\_

¿El/la residente ha expresado alguna dificultad relacionada con la seguridad dentro de la comunidad?  Sí  No \_\_\_\_\_

¿El/la residente necesita ayuda para acceder a programas de asistencia financiera?  Sí  No \_\_\_\_\_

¿El/la residente necesita asistencia con los alimentos?  Sí  No \_\_\_\_\_

¿El/la residente necesita asistencia de los servicios de adicciones?  Sí  No \_\_\_\_\_

¿El/la residente tiene un animal de servicio?  Sí  No \_\_\_\_\_

¿El/la residente comprende y practica las habilidades para la seguridad de los peatones?  Sí  No \_\_\_\_\_

¿El/la residente ha expresado haber sufrido abuso o abandono, o tiene características de ello?  Sí  No \_\_\_\_\_

¿El/la residente es conductor/a con licencia?  Sí  No ¿El/la residente tiene una matrícula o placa para personas con discapacidad?  Sí  No \_\_\_\_\_

¿El/la residente necesita solicitar una matrícula o placa?  Sí  No \_\_\_\_\_

¿El/la residente necesita transporte público/paratransito accesible?  Sí  No \_\_\_\_\_

Notas y recomendaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Es frecuente que el/la residente deambule, se escape o se sienta perdido/a?  Sí  No ¿Alguna vez el/la residente perdió la capacidad de reconocer los lugares y rostros familiares?  Sí  No

¿Alguna vez el cuidador debió comunicarse con los servicios de emergencias o inició un proceso de búsqueda y rescate para el/la residente?  Sí  No \_\_\_\_\_

¿El/la residente usa algún tipo de dispositivo de monitoreo personal?  Sí  No \_\_\_\_\_

¿El/la residente tiene alguna marca o cicatriz reconocible en el cuerpo? \_\_\_\_\_

Qué lugares y/o personas le gusta visitar al/a la residente? \_\_\_\_\_

¿Cuáles son algunos de los intereses, atracciones y objetos preferidos del/de la residente? \_\_\_\_\_

¿Cuáles son algunos de los temores, sensibilidades, aversiones y factores desencadenantes del/de la residente? \_\_\_\_\_

¿El/la residente ha tenido dificultad para recordar conversaciones, nombres o eventos recientes?  Sí  No \_\_\_\_\_

¿El/la residente tiene deterioro de la comunicación, desorientación o confusión?  Sí  No \_\_\_\_\_

¿El/la residente ha mostrado algún comportamiento agresivo con un familiar, amigo o vecino?  Sí  No \_\_\_\_\_

Describe los comportamientos de crisis del/de la residente: \_\_\_\_\_

Estrategias recomendadas para calmarlo/a: \_\_\_\_\_

¿Hay algún indicio reconocible antes de una posible crisis u otros comportamientos difíciles?  Sí  No \_\_\_\_\_

¿El cuidador del/de la residente ha tenido que pedir intervención en situaciones de crisis debido al comportamiento del/de la residente?  Sí  No \_\_\_\_\_

¿Hay medidas o restricciones preventivas que usen los cuidadores para la seguridad?  Sí  No \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



Esta iniciativa fue financiada en parte por una subvención del programa Inclusive Healthy Communities Grant Program (Programa de Subvenciones para Comunidades Sanas e Inclusivas) de la División de Servicios para Discapacitados del Departamento de Servicios Humanos de Nueva Jersey.



# Formulario de información en caso de escape o deambulación

Distribuya estas tarjetas a amigos, vecinos de confianza, cuidadores, trabajadores de servicios de emergencias locales y otras personas que puedan ayudar si esta persona se escapa o deambula. Es útil agregar una fotografía de la persona en la parte de atrás de esta tarjeta.

Fecha actual:

Nombre de la persona \_\_\_\_\_ Preferida/o / apodo \_\_\_\_\_

Descripción \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Contacto para casos de emergencia \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Información médica crítica \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Método de comunicación \_\_\_\_\_

Desafíos sensoriales \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Cosas favoritas, lugares, personas \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Disgustos, disparadores \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Métodos para calmar \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dónde podría esconderse la persona \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

información del dispositivo de seguimiento personal \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_