



## 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 \_\_\_\_\_



¿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.

