



# 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.

