



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.

