



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.

