



# 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.

