



Registro de necesidades especiales de Florida Información de registro - Condado de Hardee

Instrucciones: Complete este formulario y envíelo por fax o por correo al condado de Hardee para registrar a una persona en el Registro de necesidades especiales de Florida. Este formulario no es necesario si ya se ha registrado en línea. Los campos obligatorios se indican con un asterisco (*).

Correo: Registro de necesidades especiales del condado de Hardee, 115 KD Revell Rd., Wauchula, 33873 o Fax: 863-773-5056

INFORMACIÓN PERSONAL SOBRE EL REGISTRANTE	
* Primer Nombre	
Segundo nombre	
*Apellido	
Sufijo	
*Fecha de nacimiento	
* Sexo (seleccione solo uno)	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Hembra <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> No binaria <input type="checkbox"/> Prefiero no proporcionar
*Altura	Pies: Pulgadas:
*Peso	
Situación de vida (seleccione solo una)	<input type="checkbox"/> Vivo solo <input type="checkbox"/> Vivo con un familiar o cuidador <input type="checkbox"/> Otra situación de vida
*Lenguaje primario	
Lengua secundaria	
Veterano	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Los últimos 4 dígitos del número de Seguro Social	
Dirección de correo electrónico	
¿Está completando este formulario en nombre del registrante? Si es así, indique su relación con el registrante (seleccione solo uno)	<input type="checkbox"/> Miembro de la familia <input type="checkbox"/> Cuidadora <input type="checkbox"/> Vecina <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Proveedor de cuidado de salud en el hogar <input type="checkbox"/> Personal del Departamento de Emergencias del Condado <input type="checkbox"/> Personal del Departamento de Salud del Condado <input type="checkbox"/> Personal estatal del DOH
DIRECCIÓN DEL REGISTRANTE (se requiere dirección física)	
* Dirección física (no puede ser un apartado postal)	
* Ciudad física	
* Estado físico	FL
* Código postal físico	
Nombre del complejo, subdivisión o parque de casas móviles	
¿Es la casa en esta dirección una casa móvil?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Es la casa en esta dirección una casa de varios pisos?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Esta casa tiene escaleras?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Hay un portón que requiera un código para entrar?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Vives en esta dirección todo el año?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es No, desde el mes: _____ Hasta el mes: _____
Dirección postal (si es diferente a la anterior)	
Ciudad de envío	



Registro de necesidades especiales de Florida Información de registro - Condado de Hardee

DIRECCIÓN DEL REGISTRANTE (se requiere dirección física)						
Estado de envío						
Código postal de envío						
Información adicional del condado						
Proveedor de electricidad (seleccione solo una)		<input type="checkbox"/> Ciudad de Wauchula <input type="checkbox"/> Duke Energy <input type="checkbox"/> Peace River				
NÚMEROS DE TELÉFONO DEL REGISTRANTE (se requiere un número de teléfono principal)						
*Número de teléfono	Extensión	* Tipo de teléfono (seleccione solo uno)			Primario	Compatible con TTY / TDD
() -		<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Célula			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
() -		<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Célula			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
() -		<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Célula			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
CONTACTO PRINCIPAL DE EMERGENCIA PARA EL REGISTRANTE (requerido)						
* Nombre del contacto de emergencia principal						
Dirección del contacto						
Ciudad del contacto						
Estado del contacto						
Código postal del contacto						
* Número de teléfono principal del contacto		() - Extensión:				
¿Este teléfono es compatible con TTY / TDD?		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
Número de teléfono secundario del contacto		() - Extensión:				
¿Este teléfono es compatible con TTY / TDD?		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
Correo electrónico del contacto						
OTROS CONTACTOS PARA EL REGISTRANTE (la entrada es opcional)						
* Otro nombre de contacto						
* Tipo de contacto (seleccione solo uno)		<input type="checkbox"/> Contacto Secundario de emergencia <input type="checkbox"/> Cuidadora <input type="checkbox"/> Miembro de la familia <input type="checkbox"/> Vecina <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Farmacia <input type="checkbox"/> Proveedor de atención médica a domicilio <input type="checkbox"/> Proveedor de equipos médico al hogar <input type="checkbox"/> Proveedor de cuidados paliativos <input type="checkbox"/> Proveedor de oxígeno <input type="checkbox"/> Clínica de diálisis <input type="checkbox"/> Otro proveedor médico <input type="checkbox"/> Contacto fuera del área				
Dirección del contacto						
Ciudad del contacto						
Estado del contacto						
Código postal del contacto						
* Número de teléfono principal del contacto		() - Extensión:				
¿Este teléfono es compatible con TTY / TDD?		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
Número de teléfono secundario del contacto		() - Extensión:				
¿Este teléfono es compatible con TTY / TDD?		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				



Registro de necesidades especiales de Florida Información de registro - Condado de Hardee

EQUIPO DEL REGISTRANTE	
Indique el equipo médicamente necesario que depende de la electricidad para este solicitante de registro: (seleccione todos los que correspondan)	<input type="checkbox"/> Monitor de apnea <input type="checkbox"/> Monitor cardiaco <input type="checkbox"/> CPAP / BIPAP <input type="checkbox"/> Catéter de diálisis <input type="checkbox"/> Bomba de alimentación <input type="checkbox"/> Medicación que requiere refrigeración <input type="checkbox"/> Nebulizador <input type="checkbox"/> Concentrador de oxígeno <input type="checkbox"/> Bomba de succión <input type="checkbox"/> Ventilador <input type="checkbox"/> aspiradora de heridas <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px;">Other:</div>
Indique cualquier equipo médicamente necesario que NO dependa de la electricidad para este solicitante: (seleccione todos los que correspondan)	<input type="checkbox"/> Urinaria permanente <input type="checkbox"/> Bomba de insulina <input type="checkbox"/> Intravenoso periférico <input type="checkbox"/> Línea PICC <input type="checkbox"/> Catéter <input type="checkbox"/> Línea <input type="checkbox"/> Port-a-Cath <input type="checkbox"/> Oxímetro de pulso <input type="checkbox"/> Traqueotomía
TRANSPORTE Y MOVILIDAD	
El inscrito tiene las siguientes necesidades de transporte: (seleccione todo lo que corresponda)	<input type="checkbox"/> Puede transportarse en un coche <input type="checkbox"/> Puede transportarse en un autobús <input type="checkbox"/> Debe ser transportado en vehículo accesible a silla de rueda <input type="checkbox"/> Debe ser transportado en una camilla <input type="checkbox"/> Usa silla de ruedas, pero puede transferir a una camioneta <input type="checkbox"/> El peso requiere transporte especial <input type="checkbox"/> Necesita continua oxígeno durante transporte <input type="checkbox"/> Solo necesita transporte al Refugio
El registrante tiene los siguientes problemas de movilidad: (seleccione todo lo que corresponda)	<input type="checkbox"/> Necesita ayuda para caminar <input type="checkbox"/> Necesita ayuda para salir fuera / dentro de camilla <input type="checkbox"/> Usa un ascensor para salir de la camilla <input type="checkbox"/> Está confinado a una cama <input type="checkbox"/> Usa una silla de ruedas <input type="checkbox"/> Usa un bastón <input type="checkbox"/> Utiliza una silla de ruedas / scooter motorizada <input type="checkbox"/> Está paralizada (completa o parcial) <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px;">Otra:</div>
MÉDICO Y OTROS	
Comportamiento: (seleccione todo lo que corresponda)	<input type="checkbox"/> Autismo <input type="checkbox"/> Abuso de sustancias <input type="checkbox"/> Combativa / Violenta <input type="checkbox"/> Desorden de conducta <input type="checkbox"/> Obsesivo / Compulsiva <input type="checkbox"/> Desorden de personalidad <input type="checkbox"/> Psicosis <input type="checkbox"/> Esquizofrenia <input type="checkbox"/> Bipolar <input type="checkbox"/> Autolesión o peligro para otros <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px;">Otra:</div>
Memoria: (seleccione todas las que correspondan)	<input type="checkbox"/> Alzheimer y afines demencias <input type="checkbox"/> Demencia <input type="checkbox"/> Memoria deteriorada
Diálisis: (seleccione todas las que correspondan)	<input type="checkbox"/> Hemodiálisis (Instalación / Hogar) <input type="checkbox"/> Diálisis peritoneal
Frecuencia de diálisis: (seleccione solo uno)	<input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> 3 veces a la semana <input type="checkbox"/> 2 veces a la semana
Tipo de oxígeno: (seleccione solo uno)	<input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Líquido
Flujo / cantidad de litros de oxígeno: (seleccione solo uno)	<input type="checkbox"/> 1.0 <input type="checkbox"/> 1.5 <input type="checkbox"/> 2.0 <input type="checkbox"/> 2.5 <input type="checkbox"/> 3.0 <input type="checkbox"/> 3.5 <input type="checkbox"/> 4.0 <input type="checkbox"/> 4.5 <input type="checkbox"/> 5.0 <input type="checkbox"/> 5.0 <input type="checkbox"/> 6.0
Modo de administración de oxígeno: (seleccione solo uno)	<input type="checkbox"/> Máscara <input type="checkbox"/> Cánula nasal <input type="checkbox"/> Collar de traqueostomía
Alergias y reacciones a medicamentos (enumerar todos)	
¿Necesita ayuda para administrar sus medicamentos?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No



Registro de necesidades especiales de Florida Información de registro - Condado de Hardee

MÉDICO Y OTROS

Otro: (seleccione todo lo que corresponda)	<input type="checkbox"/> Discapacidad visual <input type="checkbox"/> Parcialmente ciega <input type="checkbox"/> Legalmente ciega <input type="checkbox"/> Personas con discapacidad auditiva <input type="checkbox"/> Sorda <input type="checkbox"/> ALS <input type="checkbox"/> Artritis / Osteoporosis <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Angina de pecho <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Escaras (decúbito Úlcera) <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardiaca congestiva <input type="checkbox"/> COPD <input type="checkbox"/> Fibrosis quística <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Incontinente <input type="checkbox"/> Bomba IV (Bomba Intravenosa) <input type="checkbox"/> Riesgo de vuelo <input type="checkbox"/> No verbal <input type="checkbox"/> Cardiopatía <input type="checkbox"/> Enfisema <input type="checkbox"/> Dificultad comprendiendo instrucciones verbal <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Nefropatía <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> Ostomía (colostomía, ileostomía, urostomía) <input type="checkbox"/> Marcapasos / AICD <input type="checkbox"/> Parkinsons <input type="checkbox"/> Diálisis peritoneal Bomba <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Embolio
	Enfermedad contagiosa:
	Alergias y reacciones alimentarias:
	Otra:

Nombre de la compañía de seguros principal:	
Número de identificación del seguro:	
Medicare #:	
Medicaid #:	

Información adicional del condado

Proveedor de oxígeno (seleccione solo uno)	<input type="checkbox"/> Aprea <input type="checkbox"/> Baycare <input type="checkbox"/> Bis <input type="checkbox"/> Lincare <input type="checkbox"/> Qaulimed
--	---

MEDICAMENTO DEL REGISTRANTE

* Nombre del medicamento	Dosis	Ruta	Requiere Refrigeración
		<input type="checkbox"/> Inyector automático <input type="checkbox"/> Inyección <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> Boca <input type="checkbox"/> Subcutánea <input type="checkbox"/> Sublingual <input type="checkbox"/> Transdérmico	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Inyector automático <input type="checkbox"/> Inyección <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> Boca <input type="checkbox"/> Subcutánea <input type="checkbox"/> Sublingual <input type="checkbox"/> Transdérmico	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Inyector automático <input type="checkbox"/> Inyección <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> Boca <input type="checkbox"/> Subcutánea <input type="checkbox"/> Sublingual <input type="checkbox"/> Transdérmico	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Inyector automático <input type="checkbox"/> Inyección <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> Boca <input type="checkbox"/> Subcutánea <input type="checkbox"/> Sublingual <input type="checkbox"/> Transdérmico	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

