



**Por su propia seguridad
tome responsabilidad!**

**Plan para
Desastres
Para individuos con**

**Necesidades
Medicas
Especiales**



Manejo de Emergencias del Condado Dare Teléfono 252-475-5655



Que son las necesidades especiales?

Esto significa que hay necesidades de salud física o mental, severas y usted necesita un cuidado o ayuda para realizar sus necesidades básicas.

La gente con necesidades médicas especiales debe planear cuidadosamente en caso de desastres u otra clase de emergencias. Incluido con este folleto hay una Forma de Registro Voluntario para necesidades Médicas especiales. Por favor llénelo y envíelo a la dirección. Esto permitirá que los oficiales del manejo de Emergencias lo localicen rápidamente y le hagan saber con tiempo suficiente que tipo de ayuda usted necesitará.

Special Medical Needs Voluntary Registration
(Return this form to: Care Co. DSS, P.O. Box 665, Warren, NC 27584)

Name: _____ Date of Birth: _____
 Physical Address: _____ Zip: _____ Phone: _____
 City: _____
 Directions to home: _____
 Mailing Address: _____ Is spouse registered? _____
 (provide name of spouse) _____ (Priority) _____ (Phone) _____
 Caregiver: _____ Phone: _____

You must provide the most up-to-date number of an emergency contact who will always know where you are. This person should live in your area and must be aware that you have listed them as your contact. _____ Phone: _____

What is your primary disaster plan?
 1. Stay with family or others. (Provide name, address, phone) _____
 2. Stay at home. Do you have a generator? _____
 3. Evacuate to a shelter. (A caregiver must accompany you to the shelter and stay with you.) _____
 4. Evacuate to a shelter. (A caregiver must accompany you to the shelter and stay with you.) _____

Do you have transportation to a shelter or to the place you will be staying? _____
 Can you be transported in a car or van? _____
 Do you need a wheelchair for transportation? _____
 Do you require an ambulance for transportation? _____
 Are you receiving home health or assistance at home from an agency or program? _____
 If yes, name of agency: _____

Please check all that apply:

Blind, hearing or speech impaired	Deaf-blind	(provide details)
Spinal Cord Injuries	Paralysis	
Amputation & Prostheses	Seizures	
Respiratory	Psychiatry	
Heart/vascular/diabetes	Stroke/epilepsy	
Psychiatric	Chronic disease	
Stroke/epilepsy	Special Needs (Specify)	
Chronic disease	Other medical condition	
Special Needs (Specify)	High risk pregnancy	
Other medical condition	Disaster? _____	

I certify that the above information is correct. I hereby authorize Care County representatives to contact, use or disclose this information to other emergency response or health service agencies or officials, and to use the information for purposes of the Care County Emergency Management and other state or federal disaster preparedness and response activities. I have the right to revoke consent at any time. I have the right to revoke consent at any time. I have the right to revoke consent at any time. I have the right to revoke consent at any time.

Signature _____ Date _____ Printed no. _____

QUE HACER SI USTED DEBE DEJAR SU CASA?



Si usted debe ser llevado a un lugar mas seguro, haga planes, para estar con parientes o amigos fuera del área de desastre. No tome los albergues como primera elección. Esta debe ser la última.

El personal de socorro de la emergencia, no siempre pueden llegar a cada persona rápidamente, para ayudarlo después de un desastre. La siguiente lista lo va a ayudar para prepararse si usted debe dejar su casa:



***La persona que lo cuida** Esta persona debe ir con usted a su lugar de evacuación y debe estar preparado para hacer lo mismo como si usted estuviera en casa.

***Medicinas** Empaque al menos 5 días de medicamentos y una lista actual de estos, además como debe tomarla y la cantidad de miligramos que tienen, en una bolsa hermética, (zip-lock).



***Equipo médico** Marque todos los equipos médicos con su nombre y téngalos listos para transportar. Esto incluye, : Tanques de oxígeno, bombas de alimentación, caminadores, sillas de ruedas, etc.

***Suplementos Médicos** Empaque y marque una bolsa con su nombre con los materiales médicos, suplementos alimenticios, vendajes para heridas, pañales y otros materiales esenciales.



- ✓ ***Dieta especial** Tenga listo alimentos especiales para su dieta para 5 días y con las instrucciones por escrito, como usarlos.
- ✓ ***Papeles Importantes** Ponga copias de sus papeles importantes, tarjetas de seguro, pólizas, nombres en caso de emergencia y teléfonos en una bolsa hermética (zip-lock).
- ✓ ***Ropa** Empaque suficiente ropa y cosas personales, para 3 días.
- ✓ ***Mascotas o Animales** Ponga a su mascota en una caja para viaje. Provea alimentos, agua y suministros para 5 días. Haga arreglos previos con alguien para que recoja y cuide de ella, mientras usted no esta. **Los animales o mascotas no son permitidos en los Albergues.**



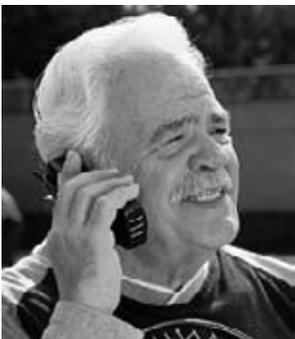
Recuerde!

Apague el suministro de electricidad de su casa, desde el control principal.

Cierre el suministro de combustible, fuel a su casa

Cierre las válvulas de agua, y luego vacíe por completo el inodoro, o toilet, y deje abiertas las llaves de agua de las bañeras, regaderas, y lavamanos.

Dígale a sus vecinos que usted esta saliendo y adonde y con quien esta yendo.



DARE COUNTY EMERGENCY MANAGEMENT
P.O. BOX 1000, MANTEO, NC 27954
Phone: 252-475-5655



QUE DEBE HACER SI USTED PERMANECE EN SU CASA?



- 1) Usted necesitará un suministro de agua para 5 días y por lo menos 3 días de alimentos enlatados, cocidos o alimentos secos.
- 2) Tener un abrelatas manual y un medio para calentar los alimentos sin electricidad. **No debe usar estufas de gas propano o carbón, adentro de su casa!** Puede morir intoxicado por el Monóxido de carbono que se produce
- 3) Necesitará linternas o lámparas manuales con baterías y un radio que funcione con pilas o baterías, Baterías o pilas extra para cada cosa. Un teléfono celular puede ser de mucha ayuda.
- 4) Recuerde tener al menos 5 días de suministro de sus medicinas.
- 5) Debe tener un generador si usted necesita un ventilador, concentrador de oxígeno, o bomba de alimentación. Debe tener suficiente combustible para 72 horas, **No lo ponga adentro de su casa, mientras esté prendido.**

Nota: El Registro Voluntario de Necesidades médicas Especiales se mantiene en Los Servicios Sociales del Condado Dare,
(Dare Co DSS)
Teléfono 252- 475- 5500



Necesidades Médicas Especiales, Registro Voluntario

(Devuelva este formulario a: Dare Co. DSS, P O box 669, Manteo, NC 27954)

DSS / HD USE ONLY
Level

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección de la Vivienda: _____

Ciudad: _____ Código Postal: _____ Teléfono: _____

Como llegar a su casa: _____

Dirección Postal: _____

Si casada(o), Nombre del (la) esposo(a): _____ Su pareja, está registrada? _____

Cuidador: _____ Teléfono (h): _____ Teléfono (t): _____

Usted debe proveer el nombre y número de teléfono de un contacto de emergencia que siempre sepa dónde está usted. Esta persona debe vivir en su área y estar consciente que usted lo ha referido como su contacto! Nombre: _____

No. Telefono: _____

Necesita ayuda con la planificación y/o evacuación de emergencia? _____ Si _____ No

Cuál es su plan principal de desastre?

_____ 1. Alojarse con familiares u otros. Proveer nombre, Dirección, Teléfono: _____

_____ 2. Quedarse en casa. Tiene un generador de energía? _____ Si _____ No

_____ 3. Evacuar a un refugio.

_____ 4. Indeciso.

Tiene transporte a un refugio o al lugar donde se alojara? _____ Si _____ No

Puede sentarse y viajar en un automóvil o una furgoneta? _____ Si _____ No

Necesita un ascensor para silla de ruedas? _____ Si _____ No

Necesita una ambulancia para el transporte? _____ Si _____ No

Está recibiendo salud o asistencia en el hogar de cualquier agencia o programa? _____ Si _____ No

Si la respuesta es afirmativa, nombre de la agencia: _____

Favor marcar todos los que aplican:

Incapacitado de la vista, oído, habla _____

Dieta especial (tipo) _____

Enfermedad de Alzheimer _____

Convulsiones _____

Condición del Corazón/ Ataque _____

Parálisis _____

Artritis severa _____

Enfermedad contagiosa _____

Enfermedad terminal _____

Enfermedad mental (especifique) _____

Otra condición especial _____

Embarazo de alto riesgo? _____

Fecha probable del parto? _____

Yo necesito:(proveer detalles)

Oxigeno _____

Respirador _____

Diálisis _____

Medicación I.V. _____

Electricidad _____

Catéter _____

Caminador, bastón _____

Silla de ruedas _____

Postrado en cama _____

Ayuda para comer _____

Ayuda para el baño _____

Certifico que la información anterior es correcta. Por la presente autorizo a los administradores del Condado de Dare a revelar, utilizar o divulgar esta información a otra agencia de Respuesta de Emergencia y/o Servicios Humanos o funcionarios. También doy permiso a la ley (Policía) para que entre a mi hogar en caso de emergencia. Entiendo que tengo el derecho de revocar este permiso, notificando a la administración de emergencias del condado de Dare, pidiendo que mi nombre sea removido del registro de necesidades especiales

Firma _____ Fecha _____ Grupo No. _____