



Solicitud de albergue para niños con necesidades especiales del condado de Broward

FECHA DE LA SOLICITUD: _____

INFORMACIÓN SOBRE EL ALBERGUE PARA NIÑOS

Gracias por su interés en el albergue para niños con necesidades especiales del condado de Broward. Tenga en cuenta que el albergue es un lugar de refugio como último recurso para protección de condiciones climáticas peligrosas u otras emergencias. Aunque se ofrezcan servicios básicos, como alimentos, electricidad y supervisión médica, los clientes y los cuidadores deben suministrar todos los alimentos complementarios y los medicamentos para los primeros tres días.

Recuerde que: se ofrecen catres para los clientes. Los cuidadores deben traer sus propios medios para dormir.

Envíe el formulario completado a: Florida Department of Health in Broward County Special Needs Shelter Program, 780 SW 24th Street, Fort Lauderdale, FL 33315, O envíelo por fax al (954) 767-5155. Para obtener más información, llame al (954) 847-8136

IDENTIFICACIÓN DEL NIÑO

APELLIDO: _____ NOMBRE: _____
FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ ESTATURA: ____ PIES ____ PULGADAS PESO: ____
SEXO: MASCULINO o FEMENINO IDIOMA HABLADO: _____
TELÉFONO PARTICULAR: _____ TELÉFONO CELULAR: _____

INFORMACIÓN SOBRE LA RESIDENCIA DEL NIÑO

DIRECCIÓN: _____ N.º DE APT. /LOTE: _____
CIUDAD: _____ CÓDIGO POSTAL: _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____
DIRECCIÓN POSTAL: IGUAL A LA DE ARRIBA _____
CIUDAD: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

¿Vive en un piso superior a la planta baja?

Sí En caso afirmativo, ¿en qué piso? _____

TIPO DE VIVIENDA:

PARA UNA SOLA FAMILIA DÚPLEX/MÚLTIPLE
 VIVIENDA MÓVIL APT. / CONDOMINIO

NOMBRE DE LA URBANIZACIÓN: _____ CÓDIGO DE REJA: _____

INFORMACIÓN DEL PADRE, LA MADRE O EL TUTOR LEGAL

Los niños deben estar acompañados por su tutor legal en todo momento.

NOMBRE: _____ RELACIÓN: _____
CORREO ELECTRÓNICO: _____
TELÉFONO PARTICULAR: _____ TELÉFONO CELULAR: _____
DIRECCIÓN: _____ APT. _____
CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

CONTACTOS DE EMERGENCIA

NOMBRE: _____ RELACIÓN: _____ TELÉFONO: _____
NOMBRE: _____ RELACIÓN: _____ TELÉFONO: _____

¿EL NIÑO ES CLIENTE DEL PLAN DE ATENCIÓN DIRIGIDA DE CHILDREN'S MEDICAL SERVICES (SERVICIOS MÉDICOS PARA NIÑOS O CMS, POR SU SIGLA EN INGLÉS)? SÍ o NO

INFORMACIÓN DE APOYO MÉDICO

MÉDICO PRIMARIO: _____ TELÉFONO: _____

ORGANISMO DE ATENCIÓN A DOMICILIO: _____ TELÉFONO: _____

PROVEEDOR DE CUIDADOS PALIATIVOS _____ TELÉFONO: _____

PROVEEDOR DE EQUIPOS MÉDICOS A DOMICILIO: _____ TELÉFONO: _____

CENTRO DE DIÁLISIS: _____ TELÉFONO: _____

SUMINISTRO DE OXÍGENO: _____ TELÉFONO: _____

TRANSPORTE

¿El niño necesita utilizar algún medio de transporte para ir a un albergue para personas con necesidades especiales? Sí NO

SE NECESITA ASISTENCIA PARA LA VIDA DIARIA (marque todas las opciones que correspondan)

1. Asistencia para la vida diaria:

Ir al baño Tomar medicamentos Alimentarse Caminar más de 50 pies Levantarse de la cama Vestirse

2. ¿El niño puede dormir en un catre? Sí NO

NECESIDADES ESPECIALES (marque todas las que correspondan)

<p style="text-align: center;">Necesidades eléctricas</p> <p><input type="checkbox"/> Monitor de apnea</p> <p><input type="checkbox"/> Sistema BiPap o CPap</p> <p><input type="checkbox"/> Monitor cardíaco</p> <p><input type="checkbox"/> Bomba de alimentación</p> <p><input type="checkbox"/> Medicamentos por vía intravenosa</p> <p><input type="checkbox"/> Medicamentos que requieren refrigeración</p> <p><input type="checkbox"/> Nebulizador</p> <p><input type="checkbox"/> Bomba de succión</p> <p><input type="checkbox"/> Concentrador de oxígeno</p> <p><input type="checkbox"/> Oxígeno: _____ horas por día a _____ litros por minuto</p> <p><input type="checkbox"/> Medicamentos por vía intravenosa</p>	<p style="text-align: center;">Evaluación de movilidad</p> <p><input type="checkbox"/> El niño puede caminar</p> <p style="text-align: center;">o usa lo siguiente:</p> <p><input type="checkbox"/> Bastón</p> <p><input type="checkbox"/> Andador</p> <p><input type="checkbox"/> Silla de ruedas/scooter</p> <p><input type="checkbox"/> Elevador para levantarse de la cama</p> <p><input type="checkbox"/> Otro: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Está postrado en la cama</p>	<p style="text-align: center;">Equipo especializado</p> <p><input type="checkbox"/> Sonda de alimentación</p> <p><input type="checkbox"/> Equipo IV</p> <p><input type="checkbox"/> Animal de servicio</p> <p><input type="checkbox"/> Otro: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Respirador</p> <p>PB _____</p> <p>F1O₂ _____</p> <p>Control de presión _____</p> <p>Velocidad _____</p> <p>Ti _____</p>
<p style="text-align: center;">Evaluación cognitiva</p> <p><input type="checkbox"/> ADD/ADHD (trastorno por déficit de atención e hiperactividad)</p> <p><input type="checkbox"/> Ansiedad</p> <p><input type="checkbox"/> Autismo</p> <p><input type="checkbox"/> Trastorno de conducta</p> <p><input type="checkbox"/> Depresión</p> <p><input type="checkbox"/> Retraso del desarrollo</p> <p><input type="checkbox"/> Trastorno obsesivo-compulsivo</p> <p><input type="checkbox"/> Psicosis controlada</p> <p><input type="checkbox"/> Psicosis no controlada</p>	<p style="text-align: center;">Neurológico/sensorial</p> <p><input type="checkbox"/> Ceguera</p> <p><input type="checkbox"/> Sordera</p> <p><input type="checkbox"/> Discapacidad auditiva</p> <p><input type="checkbox"/> Convulsiones controladas</p> <p><input type="checkbox"/> Convulsiones no controladas</p> <p><input type="checkbox"/> Discapacidad visual</p>	<p style="text-align: center;">Cuidados especiales/consideraciones</p> <p><input type="checkbox"/> Catéter de Foley</p> <p><input type="checkbox"/> Heridas abiertas/decúbito</p> <p><input type="checkbox"/> Ostomía</p> <p><input type="checkbox"/> Usa pañales</p> <p><input type="checkbox"/> Diálisis: (n.º) _____ días por semana</p> <p><input type="checkbox"/> Dieta especial</p> <p style="text-align: center;">Especifique:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

DIAGNÓSTICO

Enfermedad crónica, pero estable	<input type="checkbox"/> Afasia (dificultad para comunicarse) <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Anomalías cardíacas (controladas con medicamentos y que requieren supervisión) Especifique: _____ <input type="checkbox"/> Cáncer Especifique: _____ <input type="checkbox"/> Diálisis peritoneal ambulatoria continua (estable, autocuidado) <input type="checkbox"/> Fibrosis quística <input type="checkbox"/> Diabetes/hiperglucemia (requiere asistencia con insulina y monitoreo) <input type="checkbox"/> Diálisis (peritoneal y hemodiálisis) (No se ofrece diálisis en el albergue) <input type="checkbox"/> Catéter de Foley <input type="checkbox"/> Huesos fracturados (cuidado de la zona con clavos/cambio de apósitos) <input type="checkbox"/> Hemofilia <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar Otro Especifique: _____ <input type="checkbox"/> Déficit neurológico Especifique: _____ <input type="checkbox"/> Convulsiones controladas <input type="checkbox"/> Anemia de células falciformes
Enfermedad crónica, pero estable Con problemas de movilidad	<input type="checkbox"/> Parálisis cerebral <input type="checkbox"/> En silla de ruedas a causa de una enfermedad crónica (como: ALS (esclerosis lateral amiotrófica), accidente cerebrovascular, esclerosis múltiple, distrofia muscular, etc.) Especifique: _____
Dependiente de la electricidad	<input type="checkbox"/> Equipos médicos eléctricos
Dependiente de oxígeno	<input type="checkbox"/> Dependiente de oxígeno

Indique cualquier otro problema médico: _____

Alergias: SÍ o NO En caso afirmativo, enumere: _____

MEDICAMENTO CON RECETA

Nombre del medicamento:	Dosis:	Cantidad de veces por día:
1. _____	1. _____	1. _____
2. _____	2. _____	2. _____
3. _____	3. _____	3. _____
4. _____	4. _____	4. _____
5. _____	5. _____	5. _____
6. _____	6. _____	6. _____
7. _____	7. _____	7. _____
8. _____	8. _____	8. _____
9. _____	9. _____	9. _____
10. _____	10. _____	10. _____

Departamento de Salud del estado de Florida, Departamento de Salud del condado de Broward (State of Florida Department of Health, Broward County Health Department) Solicitud de asistencia para el transporte en caso de evacuación y albergue para personas con necesidades especiales

**DECLARACIÓN DE ENTENDIMIENTO Y FIRMA DE AUTORIZACIÓN
PARA USO Y DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**

Broward County Health Department (Departamento de Salud del condado de Broward o BCHD, por su sigla en inglés) utilizará la información incluida en esta solicitud junto con el material y la información de apoyo que yo haya entregado a la hora de determinar qué albergue y asistencia de evacuación ante emergencias, de haberla, podrá ofrecer este programa para el menor identificado en esta solicitud.

La información incluida en el presente es auténtica y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que, en caso de aceptarse, solo se ofrecerá asistencia durante la emergencia y que deben hacerse planes alternativos por adelantado en caso de que el menor no pueda regresar a casa.

Al firmar a continuación, doy permiso y autorizo a BCHD a divulgar la información incluida en el presente, incluida la información médica, a otro personal de respuesta ante emergencias, organismos de servicios sociales, funcionarios gubernamentales o a aquellos a quienes BCHD considere necesario a fin de evaluar las necesidades identificadas del niño y brindar transporte y albergue.

Si hubiera un cambio en la información que presento en forma voluntaria para fines de registro para recibir albergue o asistencia de evacuación ante emergencias, es necesario que complete una nueva solicitud y que vuelva a presentarla.

Asimismo, entiendo que si se acepta mi ingreso al registro y BCHD solicita información adicional o que si no presento de forma oportuna la información solicitada o si no se pueden comunicar conmigo, BCHD podría retirar al niño del registro. Esta autorización tendrá una vigencia de 12 meses a partir de la fecha de mi firma.

Los registros y los documentos presentados a los efectos de este registro son confidenciales o quedan exentos de conformidad con la legislación de Florida.

Nombre legal completo del niño/paciente (EN LETRA DE IMPRENTA): _____

Padre/madre/tutor del niño/paciente (FIRMA): _____

Padre/madre/tutor del niño/paciente (EN LETRA DE IMPRENTA): _____

Fecha: _____

Una vez revisada esta solicitud, el padre, la madre o el tutor recibirán la asignación del niño al albergue para niños con necesidades especiales, albergue general o nivel de atención superior.