



Brian Burnett,  
Sheriff

ADMINISTRACION DE EMERGENCIA  
DE LA OFICINA DEL ALGUACIL  
EN EL CONDADO DE CHELAN

Registro de Necesidades Especiales  
Formulario de Registracion

Nombre: \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Primer Nombre) (Segundo Nombre)

Dirección: \_\_\_\_\_  
(Calle, Numero de casa) (Ciudad)

PERSONAS CON DEFICIENCIA AUDITIVA  
Teléfono: (509) \_\_\_\_\_ TDD/TTY \_\_\_\_ SI \_\_\_\_ NO

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_ Masculino \_\_\_\_ Femenino Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Estatura: \_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_ Idioma Primario: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\* Información Residencial \*\*\*\*\*

Tipo de residencia: \_\_\_\_ Casa \_\_\_\_ Apartamento/Condominio \_\_\_\_ Casa Móvil  
\_\_\_\_ Hogar de Jubilación \_\_\_\_ Duplex \_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

Nombre del Complejo/Subdivisión/Parque de Casa Móvil: \_\_\_\_\_

¿Tiene mascotas? \_\_\_\_ Si \_\_\_\_ No ¿Si contesto que si, tiene un plan de emergencia? \_\_\_\_\_  
(Por favor tome en cuenta que sus mascotas no pueden ir con usted a un albergue a menos que sean animales de servicio.)

\*\*\*\*\* Información de Evacuación \*\*\*\*\*

¿Adonde iría si tuviese que evacuar? \_\_\_\_ Familia \_\_\_\_ Amigos \_\_\_\_ Albergue

¿Necesitara ayuda para evacuar? \_\_\_\_ Si \_\_\_\_ No

Si contesto que si, ¿Qué clase de transportación necesitara?

\_\_\_\_ vehículo normal \_\_\_\_ Con capacidad/silla de rueda \_\_\_\_ Ambulancia

\_\_\_\_ Usted se cuida solo \_\_\_\_ Alguien cuida de Usted

Nombre de quien lo cuida \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Si fuera a un albergue, ¿esta persona lo acompañaría? \_\_\_\_ Si \_\_\_\_ No

\*\*\*\*\* Información Medica \*\*\*\*\*

Marque cualquier situación que se aplique a su estado medico

- Camina sin ayuda
  - Camina con:  andadera  bastón
  - Silla de rueda
  - En cama
  - Ciego
  - Deficiencia Auditiva/Sordo
  - Deficiencia de Habla
  - Enfermedad contagiosa
  - Otra discapacidad
- 
- 
- 

Alergia Medica - ¿A que? \_\_\_\_\_

Maque lo que usted requiere

- Respirador
- Insulina
- Tubo de Alimentación
- Otro Medicamento especial \_\_\_\_\_
- Diálisis
- Suero
- Unidad de Succión

Dieta especial Si contesto que si ¿que tipo de dieta? \_\_\_\_\_

- Necesita ayuda las 24 horas
- Necesita oxigeno \_\_\_\_\_ horas al día Fluido de litro: \_\_\_\_\_
- Quien es el proveedor de Oxigeno: \_\_\_\_\_
- Tengo una maquina de Oxigeno (concentrador)
- Tengo un tanque de Oxigeno portátil

Si toma medicamentos, indique para que condición medica

- Problemas de corazon
  - Derrame
  - Problemas respiratorios
  - Convulciones
  - Otro \_\_\_\_\_
  - Presion alta
  - Diabetes
  - Dolor
  - Demencia
- 
- 

Nombre de su Doctor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

La información que esta acá es verdadera y correcta con el mejor de mi entendimiento. Entiendo que la ayuda será dada solamente mientras dure el estado de emergencia, y que arreglos alternativos deberán ser hechos de antemano en caso de que yo no pueda regresar a mi hogar.

\_\_\_\_(Iniciales)

Entiendo que basado en la información que yo he proveído, podría no ser asignado a un albergue especial basado en el criterio establecido en la información proveída.

\_\_\_\_(Iniciales)

Entiendo que soy responsable en ayudar con suministro de cualquier prescripción medica, provisiones de oxigeno, equipo medico, y objetos especiales de dieta que serian necesarios en caso de emergencia.

\_\_\_\_(Iniciales)

También entiendo que seré responsable por cualquier cargo o costo relacionados con hospitales y otro centro medico o transporte medico.

\_\_\_\_(Iniciales)

Doy autorización a proveedores médicos y agencias de transportación y otras así sean necesarias para proveer cuidado y revelar cualquier información precisa para asistir mi necesidad.

\_\_\_\_(Iniciales)

Por tanto doy autorización de revelar esta información a las agencias de emergencia y de antemano autorizo a estas agencias a que entren a mi casa con el propósito de una búsqueda y rescate.

\_\_\_\_(Iniciales)

Entiendo que mi participación en este registro es voluntario y que toda información será estrictamente confidencial, utilizados con propósito de emergencia solamente y por tanto solicito el registro en el Programa de Registro de Necesidades Especiales del Condado de Chelan.

\_\_\_\_(Iniciales)

Firma del Solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Asistente/Enfermera: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

(si el solicitante no puede firmar)

Relación con el Solicitante: \_\_\_\_\_

(Si existe alguna relación)

Por favor envíe la forma completa a:

Chelan County Sherriff's Office Emergency Management  
ATTN: Special Needs Registry  
408 N. Western  
Wenatchee, WA 98801

## Administración de Emergencia en la Oficina del Alguacil del Condado de Chelan

El Registro de Necesidades Especiales del Condado de Chelan es un registro voluntario de individuos que necesitaran asistencia en el evento de una emergencia. Esta ayuda podría ser tan sencilla como advertir a una persona de una situación en la zona de residencia de aquellas personas que necesitarían asistencia en la evacuación en caso de un desastre natural o causado por mano humana. Este registro alerta a los contestadores de emergencia así como la dirección de los residentes y les da información vital que necesitaran para ayudar para asistir de la mejor manera las necesidades de los residentes. Es importante que el personal de emergencia tenga conocimiento de donde lo puede encontrar, y saber como suplir cualquiera de sus necesidades durante un desastre que requerirá evacuación.

La participación en el registro es **voluntario** y toda la información es estrictamente confidencial la cual será utilizada en caso de una emergencia.

Las personas son elegibles para inscribirse con el Registro de Necesidades Especiales si es que son delicados, ancianos, tienen necesidad medica, o si son discapacitados y también si no reciben la ayuda de un servicio en el hogar.(apartamentos de jubilación, hogar para ancianos, etc.) Las personas que califican solo necesitan llenar la forma y enviarla a la Administración de Emergencia. Los formularios están disponibles en nuestra pagina de Internet [www.co.chelan.wa.us](http://www.co.chelan.wa.us) o puede visitar nuestras oficinas en la dirección 408 N. Western, Wenatchee durante horas de trabajo, también puede llamar a nuestra oficina 509-667-6863

La misión de nuestro departamento es evaluar un plan para peligros y emergencias y trabajar con otras agencias municipales y seguridad publica para asegurarnos del bienestar del publico. Como una herramienta de la pre-planeación el Registro de Necesidades Especiales debería ser fuertemente considerado por **todas** personas que tienen una necesidad medica (Oxigeno o sistema de soporte de vida los cuales funcionan a través de electricidad) o si tienen una discapacidad física lo cual le dificultaría evacuar por si solo si hay una necesidad.

Para mas información en este servicio, llame al la Oficina de la Administración de Emergencia 9509) 667-6863 o por correo electrónico a [Eileen.Ervin@co.chelan.wa.us](mailto:Eileen.Ervin@co.chelan.wa.us)  
Gracias por su colaboración in el Registro de Necesidades Especiales del Condado de Chelan.

**Envíe las formas a: Chelan County Emergency Management  
ATTN: Special Needs Registry  
408 N. Western  
Wenatchee, WA 98801**