



Condados de Jackson y Josephine, Oregon

¿Necesitaría ayuda especial en caso de emergencia?

Usted podría querer ser parte del Registro de desastres si, -- en el caso de inundaciones, incendios forestales u otros desastres -- usted o alguien que usted quiera podría:

- Necesitar ayuda externa para salir de su casa durante un desastre de manera segura;
- Estar en peligro si permaneció en su casa, sin ayuda, durante tres días;
- Necesitar una notificación especial sobre la necesidad de evacuación debido a una discapacidad.

El Registro de Desastres proporciona los nombres y las ubicaciones de las personas que necesitan asistencia especial para el personal de emergencia y personal de primera respuesta durante los desastres. Hay tantas necesidades en esos momentos, que nuestros bomberos y policías no pueden ayudar a todos a la vez. Estar en el Registro de desastres no garantiza que recibirá la ayuda primero, pero si su nombre está en el Registro, sabrán de su necesidad de asistencia especial.

Recuerde: Aunque usted este en el Registro de desastres, debe llamar al 911 si se encuentra en una situación que pone en peligro su vida.

Si quiere estar en el Registro de Desastres, o si quiere que alguien de quien usted es legalmente responsable esté en él, por favor complete y firme el formulario adjunto. Una vez que recibamos su solicitud, pueden pasar tres meses o más para que su información esté disponible para los trabajadores de rescate.

Después de completar el formulario de registro, conserve esta carta para sus archivos.

También puede registrarse en línea en www.rvcog.org o imprima una solicitud para enviarla por correo.

¡Esté preparado! Recuerde: ya sea que una persona se quede en casa durante un desastre o vaya a un refugio, hay ciertos pasos que puede seguir para prepararse. Para obtener instrucciones sobre cómo crear un "kit de 72 horas", y como usarlo, si se queda en casa, consulte el Manual de preparación para emergencias familiares de su condado. Puede obtener una copia gratuita en su condado local o en la oficina de aplicación de la ley.

Si usted es una persona que tiene necesidades especiales debido a una discapacidad, debe hacer una lista con anticipación de los artículos que debe empacar rápidamente en caso de que deba abandonar su hogar por un desastre. Debe mantener una mochila o maleta pequeña ya empacada con una lista personalizada según sus necesidades, similar a la que se muestra a continuación:

- Artículos de higiene personal y cambio de ropa.
- Un juego adicional de llaves para su casa y su automóvil
- Efectivo, tarjeta de crédito y monedas para poder usar un teléfono público
- El nombre y el número de teléfono de su agente de seguros
- Necesidades especiales como anteojos, baterías para audífonos, suministros para la incontinencia, andador, bastón, silla de ruedas, todos etiquetados con su nombre y número de teléfono.
- Una copia de su tarjeta de información médica.
- Algunos días de medicamentos esenciales y, si los usa, cilindros de oxígeno u otros suministros esenciales.

Nos comunicaremos con usted trimestralmente para asegurarnos de que su información esté actualizada.

Si tiene alguna pregunta sobre el Registro de Desastres, llame a Servicios para Personas Mayores y Discapacitados del Consejo de Gobiernos de Rogue Valley al (541) 664-6674.

**Complete y envíe el formulario de solicitud adjunto a:
SDS RVCOG, P.O. Box 3275, Central Point, OR 97502.**

POR FAVOR FECHÉ Y GUARDE ESTE AVISO PARA SUS REGISTROS

Fecha de aplicación _____





Condados de Jackson y Josephine, Oregon
Solicitud

9/16 ver.

Fecha _____
 Nombre: Apellido _____ Nombre _____
 Calle # _____ N S E W _____ Calle _____ ST LN RD _____ Apt/Sp # _____
 Ciudad _____ Código postal _____ Condado _____

Dirección de envío _____

Teléfono _____ Correo electrónico _____

Teléfono móvil _____

¿El número de casa es visible desde la calle? Si / No ¿Es este un centro de atención?? Si /No

Apartamento/ Parque móvil Nombre _____

Apartamento / Parque móvil Dirección _____

Género _____ Fecha de nacimiento _____

Necesidades especiales que afectan mi capacidad de ayudarme a mí mismo en una emergencia:

¿Impedimento de movilidad?	Si/No	Describir _____
¿Limitaciones auditivas?	Si/No	Describir _____
¿Limitaciones de la vista?	Si/No	Describir _____
¿Uso de oxígeno?	Si/No	Describir _____
¿Dificultad para hablar?	Si/No	Describir _____
¿Salud mental?	Si/No	Describir _____
¿Equipo médico?	Si/No	Describir _____
¿ME necesidad de electricidad?	Si/No	Describir _____
¿Diálisis?	Si/No	Describir _____
¿Otra condición?	Si/No	Describir _____
¿Habla inglés?	Si/No	Idioma _____
¿Animal de servicio o mascota?	Si/No	Tipo _____
¿Coopera usted bajo el estrés?	Si/No	¿Problemas de memoria / concentración? Si/No
		Necesito llevar medicamentos conmigo Si/No

Detalles médicos y otras notas: _____

Información del cuidador

¿Requiere un cuidador? Si/No___

Mis necesidades son: _____

Cuidador _____ ¿Relación? _____

Dirección de envío _____

Teléfono _____ Célula _____ Correo electrónico _____

Información de contacto de emergencia: tutor, miembro de la familia

Contacto de Emergencia uno _____ ¿Relación? _____

Dirección de envío _____

Teléfono _____ Célula _____ Correo electrónico _____

Contacto de Emergencia dos _____ ¿Relación? _____

Dirección de envío _____

Teléfono _____ Célula _____ Correo electrónico _____

¿Utiliza alguno de los siguientes servicios? Tenga en cuenta todo lo que se aplica

¿Contacto SDS? Si/No___ Contacto Teléfono

¿Medical Equip Co? Si/No___ Nombre Teléfono

¿Contacto DDS? Si/No___ Contacto Teléfono

¿Contacto DHS? Si/No___ Contacto Teléfono

¿Doctor medico? Si/No___ Medico Teléfono

¿Farmacia utilizada? Si/No___ Nombre

¿Proveedor de salud mental? Si/No___ Nombre Teléfono

¿Otro servicio? Si/No___ Nombre Teléfono

Información Varia _____
Misceláneos _____

La información de este formulario se utiliza en caso de una emergencia para ayudar a las personas con necesidades especiales que necesitarían más tiempo para evacuar su hogar o necesitarían ayuda de otras personas. **Esta información está disponible solo para los trabajadores del Servicio de Emergencia, los Planificadores de Emergencias y el personal del Centro de Operaciones de Emergencia.**

¿Desea recibir información sobre preparación para emergencias? Si _____ No _____

Autorizo que esta información sea utilizada por los planificadores de emergencias y los trabajadores del servicio de emergencia en los condados de Jackson o Josephine para ayudarme en caso de una emergencia y en preparación para dicho evento.

Entiendo que me contactaran cada trimestre para asegurarse de que mi información está actualizada y que el no proporcionar información puede resultar en que mi registro sea eliminado del Registro de Desastres.

Nombre impreso _____ Firma _____ Fecha _____

Nombre del preparador _____ Firma _____ Fecha _____