

- INFORMACION de EMERGENCIA --- CONFIDENCIAL

***** EVACUACION DE RESIDENTES EN NECESIDAD ***** **El Municipio	
R = REQUERIDO ** ECRIN ID NUMBER: ___ - _____ ** A / I / D: ___ Completa	
R. Fecha de la terminación inicial: ___/___/___ R. Fecha de la actualización pasada: ___/___/___	
R. Casa: Dueño _____ Rento _____ MH/R Hogar de Grupo _____ CYS Cuidado Adoptivo _____	
R. Usted Habla Ingles ? Si ___ No ___ R. Usted Lee Ingles? Si ___ No ___ Si la respuesta es NO, Cual es tu lengua maternal ? _____	
<u>Información Personal</u>	
R. Nombre: _____ R. Telefono: _____	
R. Dirección: _____ R. Celular: _____	
R. Municipio / Ciudad / : _____ E-mail: _____	
R. Codigo Postal: _____ R. Fecha de Nacimiento: ___ / ___ / ___	
R. Hombre: _____ Mujer: _____	
R. Movilidad: Comprobar si la respuesta es si. ___ Confinado de cama ___ Confinado a un sillón de ruedas ___ Requiere ayuda de equipo medico, Oxígeno / Ventilador, o Otro: _____ ___ Andar con caminata, bastón o otro: _____ ___ Deteroro de oído ___ Debilitación de la vista ___ Otra situación personal: _____ ___ Sin cualquier medio de transporte personal ___ Animal de servicio	
R: Puede ser que no pueda evacuar sin la ayuda debido a: Inhabilidad Mental, Retraso Mental, Autismo, Alzheimer o debido a no poder responder verbalmente. Si _____ No _____	
◆ Estas cosas me asustan (<i>los fuertes ruidos, las sirenas, siendo acercado de detrás, etc.</i>): _____	
◆ Aqui es donde ocultaría si soy temeroso (adentro, afuera): _____ _____	
Debo tomar al diario, medicina que es prescrito por mi doctor. Si _____ No _____	
Médico Primario: Nombre: _____	Numero de telefono: _____ Dirección: _____
CONTACTO DE EMERGENCIA: Nombre: _____ Telefono: _____ Cellular: _____ Dirección: _____ E-mail: _____ Relación: _____	CONTACTO DE EMERGENCIA: Nombre: _____ Telefono: _____ Cellular: _____ Dirección: _____ E-mail: _____ Relación: _____
Tienes animals domésticos en el hogar que necesitan evacaudos? Si _____ No _____	

