



REGISTRO PARA TRANSPORTACION ESPECIAL

Fecha en que completo este cuestionario: _____

¿Posee usted transportación para evacuar? Si No

Datos Personales:

Primer Nombre: _____

Apellido: _____

Domicilio (Calle): _____

Ciudad: _____

Código postal: _____

Número de teléfono: (_____) _____

Sexo: Femenino Masculino

Persona de contacto en caso de emergencia:

Primer Nombre: _____

Apellido: _____

Parentesco o Relación: _____

Número de teléfono: (_____) _____

Información adicional:

¿Cuántas personas evacuarán con usted? _____

¿Tiene usted una mascota? Si No

Si sí, ¿Cuántas? _____ Posee portadores para cada una? Si No ¿Cuántos? ____

¿Tiene usted necesidades médicas especiales? Si No

(Si requiere ayuda para evacuar o refugiarse debido a incapacidades físicas o mentales, o si requiere un nivel de cuidado y recursos que van más allá del nivel básico de primeros auxilios o de los disponibles en albergues públicos.)

¿Necesitan usted u otra persona que va a evacuar con usted oxígeno? Si No

Si usted posee necesidades médicas especiales ¿Que nivel las describe?

Nivel 1 Persona que depende o que necesita de la ayuda de otros para realizar actividades de cuidado diario (comer, caminar, bañarse, etc.). Un niño menor de 18 años que carece de supervisión por parte de un adulto.

Nivel 2 Persona que es ciega, sorda, tiene dificultades auditivas o que posee una amputación. Si este es el caso ¿Utiliza un animal de servicio? Si No

Nivel 3 Persona que requiere ayuda en la administración de cuidado médico, que debe ser supervisada por una enfermera, que es dependiente de equipo, que necesita ayuda en la administración de medicamentos, o que posee desórdenes mentales de la salud.

Nivel 4 Persona no institucionalizada que requiere de extenso monitoreo medico (como por ejemplo: quimioterapia, ventilador, diálisis peritoneal, hemodiálisis, dependiente de equipo de soporte artificial de vida, cama de hospital o es mórbidamente obesa)

Si selecciono Niveles 3, o 4:

¿Utiliza una silla de ruedas manual o una silla de ruedas eléctrica? Si No

¿Esta confinado a una cama? Si No

¿Requiere energía para equipo médico? Si No

Envíe ha: Oficina de La Administración de Emergencias
5320 N. Shepherd Drive
Houston, Texas 77091