



Estimado Residente del Condado de Manatee:

La Temporada de Huracanes comienza el 1 de Junio y se extiende hasta el día 30 de Noviembre. Si usted utiliza equipo médico que dependen del suministro eléctrico, o vive en una zona de evacuación o casa rodante/prefabricada, deberá evacuar su hogar ante la amenaza de un huracán. Tal vez desee abandonar el área en cuanto sepa que el huracán es inminente. Instamos a los residentes del condado a utilizar los refugios públicos sólo en caso de no contar con otras alternativas, tales como permanecer en la casa de un amigo o familiar o en un hotel que se encuentre fuera de la zona de evacuación. Es importante comprender que la vida en los refugios es muy precaria y puede resultarle difícil. Recuerde: los refugios deben ser su último recurso.

Si usted necesita un medio de transporte para evacuar o requiere asistencia para establecerse en un refugio, puede pre-inscribirse para acelerar el proceso. Para pre-inscribirse y recibir asistencia a la hora de solicitar estos servicios a un Refugio para la Población General, Refugio para Ciudadanos con Necesidades Especiales, Hospital o a una casa-hogar, deberá completar el formulario adjunto. La inscripción debe realizarse anualmente. Cada año recibirá un formulario (aproximadamente 60 días antes de su cumpleaños). Debe actualizarlo y enviarlo para conservar su inscripción. Por favor, complete el formulario adjunto y envíelo a: Manatee County Emergency Management, PO Box 1000, Bradenton, Florida 34206-1000.

Los tipos de transportación y refugio varían de acuerdo con las necesidades médicas de cada ciudadano. Durante una evacuación, los Operadores de la Unidad de Necesidades Especiales lo llamarán para confirmar su información médica e indicaciones de transporte actualizadas. Los refugios para la población en general, administrados por la Cruz Roja Americana, están ubicados en Escuelas del Condado de Manatee que han sido reforzadas adecuadamente. Llame a la sucursal de la Cruz Roja Americana más próxima a su hogar al 792-8686 para recibir información sobre los refugios. El Comité Médico de Necesidades Especiales evaluará su formulario para determinar si debe ser trasladado al Refugio para Ciudadanos con Necesidades Especiales o al Refugio para la Población General. Asegúrese de que la persona que lo cuida lo acompañe al refugio. Por favor, tenga en cuenta que si elige la opción "ambulancia" como medio de transporte en el formulario adjunto, será transportado **SÓLO** a un hospital o a una casa-hogar. Debe contactarse con los mismos y consultar si deberá pagar por los servicios médicos que reciba.

La lista adjunta le ayudará a prepararse para la evacuación. Si usted sigue una dieta especial, deberá llevar alimentos no perecederos a cualquier refugio al que sea asignado, incluyendo el Refugio para Ciudadanos con Necesidades Especiales. No se permiten mascotas. Debe adoptar las medidas necesarias para el cuidado de su mascota previamente. Si desea formular alguna pregunta llame al (941)748-4501 X 3530. Para preguntas médicas específicas, llame al (941)748-0747 X 1297 o X 1450.

Atentamente, Laurie Feagans, Jefa de Manejo de Emergencias

# ***LISTA DE CONTROL PARA EVACUADOS CON NECESIDADES ESPECIALES***

A continuación se enumeran las medidas que usted debe implementar ANTES de la evacuación. Usted y su cuidador DEBEN estar listos antes del arribo del transporte de evacuación proporcionado por el condado. La evacuación de los ciudadanos con necesidades especiales debe realizarse antes del congestionamiento del tráfico. No olvide que, aunque el día esté soleado, la tormenta se avecina. Por favor, recuerde que usted es uno de los más de 1200 ciudadanos que se han inscrito para recibir nuestra ayuda. La División de Manejo de Emergencias del Condado de Manatee lo llamará para indicarle aproximadamente a qué hora lo recogerá el transporte.

## **ESTAS SON ALGUNAS DE LAS COSAS QUE DEBE HACER ANTES DEL ARRIBO DEL TRANSPORTE:**

### **AHORA:**

1.  Tome las medidas necesarias para dejar el cuidado de sus mascotas en manos de su veterinario, familiares o amigos. No podrá llevar a sus mascotas al refugio. Asegúrese de que cuenten con un collar de identificación y de disponer de los certificados de vacunación.

### **A LA HORA DE EVACUAR:**

#### **2. Prepare un bolso y disponga de los siguientes elementos:**

- Medicación para 3 semanas, lista de medicamentos y nombre de su(s) médico(s)
- Órdenes médicas, incluyendo una orden de “No Resucitar”, si corresponde
- Su andador, silla de ruedas y demás equipamiento médico
- Concentrador de oxígeno (si necesita oxígeno), lleve el equipo completo. Sólo se suministrará oxígeno de emergencia en el Refugio para Ciudadanos con Necesidades Especiales.
- Ropa limpia para tres días
- 1 Par de anteojos adicional
- Frazadas y almohadas
- Artículos de higiene personal
- Llaves de su casa y auto
- Agenda telefónica personal o lista de números importantes
- Documentos importantes, incluyendo sus documentos de identificación, en bolsas de plástico herméticamente cerradas
- Silla plegable, silla de jardín o cama para acampar
- Material de lectura
- Refrigerios no perecederos para consumir hasta que los refugios entren en plena actividad
- Alimentos no perecederos si usted cumple una dieta especial

3.  Llame a su cuidador y familiares, incluyendo a los que residan fuera del estado, para informales acerca de sus planes de evacuación.

4.  Es importante que, de ser posible, corte los suministros de electricidad, agua y gas.

5.  Por favor, evacue a todas sus mascotas antes del arribo de su transporte de evacuación. Los asistentes sociales de emergencia no podrán asistirlo en el cuidado de sus mascotas.

### **CUANDO SE APROXIME LA TORMENTA:**

6.  Haga los preparativos necesarios para todas sus necesidades médicas, tales como la diálisis, cuando escuche que se aproxime una tormenta.

**SI TIENE ALGUNA PREGUNTA, POR FAVOR  
LLAME AL MANEJO DE EMERGENCIAS DEL CONDADO DE  
MANATEE AL (941)748-4501 X 3530**

SpNS Final Letter & Check List 3.30.2007

# MANATEE COUNTY EMERGENCY MANAGEMENT SPECIAL NEEDS PROGRAM QUESTIONNAIRE

Emergency Management is mandated by Florida Statutes to maintain a voluntary registry of persons who will need assistance during emergency evacuations. Records relating to registration of disabled citizens are exempt from the Provisions of F.S. 119.07(1), Public Records Law

Please complete this form to register for the Special Needs Program and return to: **DO NOT FAX**  
Manatee County Emergency Management, P.O. Box 1000, Bradenton, FL 34206-1000 Phone: 941-748-4501 x 3500

## Transportation Registration

Last Name: \_\_\_\_\_ First : \_\_\_\_\_ MI: \_\_\_\_\_ Nick Name: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Age: \_\_\_\_ yrs. SSN: \_\_\_\_ -- \_\_\_\_ Height \_\_\_\_ ft. \_\_\_\_ in. Weight: \_\_\_\_ lbs.

Address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

1.  Private Home  Manufactured Housing  Apartment/Condo  
 HUD Housing  Assisted Living Facility  Independent Living Facility/Group Home  Nursing Home  
 Hotel  Other \_\_\_\_\_

Complex Name: \_\_\_\_\_

2.  Own  Rent 3. Primary Language  English  Spanish  Other \_\_\_\_\_

4. Live Alone  Yes  No If No, with whom do you live?: \_\_\_\_\_

5. Do you have access to a generator?  Yes  No Do you have access to generator fuel?  Yes  No

Do you know how to safely operate and refuel the generator?  Yes  No

TRANSPORTATION WILL ONLY BE PROVIDED TO A GENERAL POPULATION SHELTER, A SPECIAL NEEDS SHELTER OR A HOSPITAL/NURSING HOME. PLEASE BE AWARE THAT IF YOU CHOOSE AN AMBULANCE AS YOUR TRANSPORTATION SOURCE, YOU WILL BE TRANSPORTED **ONLY** TO A HOSPITAL OR NURSING HOME.

Own Transportation \_\_\_\_\_ Bus/Handi-Bus \_\_\_\_\_ Ambulance is Required \_\_\_\_\_

## Special Needs Shelter Application

- 1) PETS ARE NOT ALLOWED AT THE SpNS..... PRIOR ARRANGEMENTS SHOULD BE MADE.  
 2) SPECIAL DIETS ARE NOT PROVIDED. ....BRING YOUR OWN SPECIAL DIET FOOD  
 3) LIMITED NUMBERS OF ARMY COTS ARE AVAILABLE. COT WEIGHT LIMIT 250 LBS. BRING YOUR OWN COT TO ASSURE THAT YOU HAVE ONE. YOU MUST BE ABLE TO GET UP AND DOWN FROM A COT

### You Need to Bring a Care Giver With You.

Caregiver's Last Name: \_\_\_\_\_ First Name: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Are you confined to a bed  YES  NO Use a Wheel Chair  YES  NO

Use a Cane or Walker  YES  NO On electrical life support  YES  NO

C-PAP  YES  NO Apnea Monitor  YES  NO

Require Oxygen Liters/Min. \_\_\_\_  YES  NO Have an Oxygen Regulator  YES  NO

Have an Oxygen Concentrator  YES  NO Have a portable Oxygen Tank  YES  NO

On a Respirator  YES  NO On a Ventilator  YES  NO

### **Oxygen concentrators must be brought to the Special Needs Shelter!!! Assistance Will be Provided.**

Require a Nebulizer  YES  NO Receiving I.V. Infusion  YES  NO

Require Dialysis ? \_\_\_\_ x per Wk.  YES  NO Have/Require Dressing Changes  YES  NO

Dialysis Type  Peritoneal  Hemodialysis NG tubes/ colostomy  YES  NO

Immune Suppression  YES  NO Central Venous Line  YES  NO

Indwelling Catheter  YES  NO Tube Feeding  YES  NO

Have a Tracheostomy  YES  NO Suction Equipment  YES  NO

Incontinent  YES  NO Medication Requiring Refrigeration  YES  NO

Do Not Resuscitate (DNR) Status  YES  NO DNR Attached  YES  NO

Alzheimer's disease  YES  NO Dementia  YES  NO

Attention deficit hyper. disorder  YES  NO Obsessive compulsive disorder  YES  NO

Autism  YES  NO Conduct disorder  YES  NO

Anxiety  YES  NO Depression  YES  NO

Legally Blind  Deaf  Mute Assistive Device  YES  NO

Do you have a service animal?  YES  NO If yes, Type of animal: \_\_\_\_\_ Type Service: \_\_\_\_\_

I authorize emergency response personnel to enter my home for search and rescue operations  YES  NO

**Signature of the Person Requesting Assistance and/or Sheltering**

**Date:**

**DISCHARGE PLANNING INFORMATION**

In the event that your home is damaged and you are not able to return home, this information will be used to assist the Department of Elder Affairs in finding a place for you to stay.

Last Name: \_\_\_\_\_ First Name: \_\_\_\_\_ MI: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Age: \_\_\_\_ yrs. Social Security Number: \_\_\_\_ -- \_\_\_\_ .

**Insurance Information and ID Number(s)**

<input type="checkbox"/> Medicare:	<input type="checkbox"/> Medicaid:
<input type="checkbox"/> Champus:	<input type="checkbox"/> Private Insurance:
<input type="checkbox"/> TriCare for Life:	<input type="checkbox"/> Other:

Veteran  Yes  No

1. If someone calls to inquire if you are in this shelter, do we have permission to tell them you are here?  Yes  No

2. Do we have permission to tell them where you have relocated once you leave the shelter?  Yes  No

Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

**POST EVENT PLANNING**

1. If you can't return home when the shelter closes, do you have an alternative plan for housing?  Yes  No

2. If yes, where will you go? \_\_\_\_\_

Contact information for relocation site: Name: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Street Address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_

3. Do you have transportation?  Yes  No If yes, describe: \_\_\_\_\_

4. Do you receive services from a Physician or Outside Agency?  YES  NO

If Yes, Primary Physician:  Yes  No Physician Name: \_\_\_\_\_

Contact: \_\_\_\_\_ Phone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

If Yes, Hospice:  Yes  No Agency Name: \_\_\_\_\_

Contact: \_\_\_\_\_ Phone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

If yes, Home Health:  Yes  No Agency Name: \_\_\_\_\_

Contact: \_\_\_\_\_ Phone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

If yes, Nurse Registry:  Yes  No Agency Name: \_\_\_\_\_

Contact: \_\_\_\_\_ Phone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

If yes, Oxygen Provider:  Yes  No Agency Name: \_\_\_\_\_

Contact: \_\_\_\_\_ Phone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

If yes, Medical Equipment Provider:  Yes  No Agency Name: \_\_\_\_\_

Contact: \_\_\_\_\_ Phone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

If yes, Dialysis Provider:  Yes  No Agency Name: \_\_\_\_\_

Contact: \_\_\_\_\_ Phone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

If Yes, Pharmacy:  Yes  No Pharmacy Name: \_\_\_\_\_

Contact: \_\_\_\_\_ Phone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

5. Local Emergency Contact: \_\_\_\_\_ Phone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Relationship: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_

6. Non-Local Emergency Contact: \_\_\_\_\_ Phone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Relationship: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_

7. Do you have a pet?  YES  NO Type & Number  Dog(s) # \_\_\_\_\_  Cat(s) # \_\_\_\_\_

Other Type \_\_\_\_\_

Veterinarian Name: \_\_\_\_\_ Phone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_

8. E-mail Address:  YES  NO If Yes: \_\_\_\_\_

**MEDICAL PROFILE**

Last Name: \_\_\_\_\_ First Name: \_\_\_\_\_ MI: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_ yrs. Social Security Number: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**List All Allergies:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**List All Medical Conditions**


**List All Medications**

Drug	Dose	Frequency	Route of Administration

**Signature of Person / Agency Completing Form**

**Date**