



**Por su propia seguridad
tome responsabilidad!**

**Plan para
Desastres
Para individuos con**

**Necesidades
Medicas
Especiales**



Manejo de Emergencias del Condado Dare Teléfono 252-475-5655



- ✓ ***Dieta especial** Tenga listo alimentos especiales para su dieta para 5 días y con las instrucciones por escrito, como usarlos.
- ✓ ***Papeles Importantes** Ponga copias de sus papeles importantes, tarjetas de seguro, pólizas, nombres en caso de emergencia y teléfonos en una bolsa hermética (zip-lock).
- ✓ ***Ropa** Empaque suficiente ropa y cosas personales, para 3 días.
- ✓ ***Mascotas o Animales** Ponga a su mascota en una caja para viaje. Provea alimentos, agua y suministros para 5 días. Haga arreglos previos con alguien para que recoja y cuide de ella, mientras usted no esta. **Los animales o mascotas no son permitidos en los Albergues.**



Recuerde!

Apague el suministro de electricidad de su casa, desde el control principal.

Cierre el suministro de combustible, fuel a su casa

Cierre las válvulas de agua, y luego vacíe por completo el inodoro, o toilet, y deje abiertas las llaves de agua de las bañeras, regaderas, y lavamanos.

Dígale a sus vecinos que usted esta saliendo y adonde y con quien esta yendo.



DARE COUNTY EMERGENCY MANAGEMENT
P.O. BOX 1000, MANTEO, NC 27954
Phone: 252-475-5655



QUE DEBE HACER SI USTED PERMANECE EN SU CASA?



- 1) Usted necesitará un suministro de agua para 5 días y por lo menos 3 días de alimentos enlatados, cocidos o alimentos secos.
- 2) Tener un abrelatas manual y un medio para calentar los alimentos sin electricidad. **No debe usar estufas de gas propano o carbón, adentro de su casa!**. Puede morir intoxicado por el Monóxido de carbono que se produce
- 3) Necesitará linternas o lámparas manuales con baterías y un radio que funcione con pilas o baterías, Baterías o pilas extra para cada cosa. Un teléfono celular puede ser de mucha ayuda.
- 4) Recuerde tener al menos 5 días de suministro de sus medicinas.
- 5) Debe tener un generador si usted necesita un ventilador, concentrador de oxígeno, o bomba de alimentación. Debe tener suficiente combustible para 72 horas, **No lo ponga adentro de su casa, mientras esté prendido.**

Nota: El Registro Voluntario de Necesidades médicas Especiales se mantiene en Los Servicios Sociales del Condado Dare,
(Dare Co DSS)
Teléfono 252- 475- 5500



REGISTRO VOLUNTARIO DE NECESIDADES ESPECIALES

DEVUELVA ESTA FORMA A: DARE CO DSS, PO BOX 669, MANTEO NC 27954

Nombre _____

Direccion donde vive _____

Ciudad _____ NC, Codigo Postal: _____ Telefono: _____

Direcciones para llegar a su casa: _____

Direccion Postal: _____

Si es casado(a), nombre del esposo(a): _____

Su esposo(a) esta registrado(a)?: _____ Si _____ No

Persona que lo cuida: _____ Tel(casa): _____ Tel(trabajo): _____

Usted debe proveer el nombre y telefono de un contacto de emergencia, quien siempre sabra donde esta usted. Esta persona debe vivir en su area y debe saber que usted lo nombro como su Contacto de Emergencia!!

Nombre: _____ Telefono: _____

Cual es su primer plan en caso de un desastre?

1. _____ Estar en familia u otros. Proveer nombre, direccion, telefono _____
2. _____ Estar en casa. Usted tiene generador, planta electrica? _____ Si _____ No
3. _____ Evacuar a un refugio. (La persona que lo cuida lo debe acompañar al refugio y estar con usted.)

Usted tiene transporte par ir al refugio o al lugar en el que usted estara? _____ Si _____ No

Usted se puede sentar e ir en un carro o van? _____ Si _____ No

Usted necesita un vehiculo para silla de ruedas? _____ Si _____ No

Usted necesita ambulancia para transporte? _____ Si _____ No

Usted esta recibiendo atencion de salud o asistencia en casa de alguna Agencia o Programa?

Si, nombre de la Agencia _____.

Por favor conteste lo que aplique:

Dano en la vision, oido o para hablar _____
Dieta especial (tipo) _____
Enfermedad Alzheimer _____
Convulsiones _____
Condicion del Corazon/Derrame _____
Paralisis _____
Artritis Severa _____
Enfermedad Contagiosa _____
Enfermedad Terminal _____
Enfermedad Mental _____
Otra condicion Especial _____
Embarazo de Alto Riesgo _____
Fecha Probable del Parto _____

Yo requiero/Proveer Detalles

Oxigen _____
Respirador _____
Dialisis _____
Medicacion intravenosa _____
Electricidad _____
Cateter _____
Caminador, baston _____
Silla de Ruedas _____
Postrado en cama _____
Ayuda para comer _____
Ayuda al inodoro _____

Yo certifico que la informacion anterior es correcta. Por medio de la presente autorizo al Manejo de Emergencias del Condado de Dare para proveer esta informacion a otras agencias que prestan servicios de emergencia, al personal de Agencias de servicios humanos u oficiales. Tambien doy permiso a las autoridades de la ley para entrar en mi casa en caso de emergencia. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorizacion al Manejo de Emergencias del Condado Dare y solicitar que mi nombre sea retirado de la lista del Registro de Necesidades Especiales.

Firma

Fecha

(parcel no.)