



**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**



## Que son las necesidades especiales?

Esto significa que hay necesidades de salud física o mental, severas y usted necesita un cuidado o ayuda para realizar sus necesidades básicas.

La gente con necesidades médicas especiales debe planear cuidadosamente en caso de desastres u otra clase de emergencias. Incluido con este folleto hay una Forma de Registro Voluntario para necesidades Médicas especiales. Por favor llénelo y envíelo a la dirección. Esto permitirá que los oficiales del manejo de Emergencias lo localicen rápidamente y le hagan saber con tiempo suficiente que tipo de ayuda usted necesitará.

## QUE HACER SI USTED DEBE DEJAR SU CASA?



Si usted debe ser llevado a un lugar mas seguro, haga planes, para estar con parientes o amigos fuera del área de desastre. No tome los albergues como primera elección. Esta debe ser la última.

El personal de socorro de la emergencia, no siempre pueden llegar a cada persona rápidamente, para ayudarlo después de un desastre. La siguiente lista lo va a ayudar para prepararse si usted debe dejar su casa:



**\*La persona que lo cuida** Esta persona debe ir con usted a su lugar de evacuación y debe estar preparado para hacer lo mismo como si usted estuviera en casa.

**\*Medicinas** Empaque al menos 5 días de medicamentos y una lista actual de estos, además como debe tomarla y la cantidad de miligramos que tienen, en una bolsa hermética, (zip-lock).



**\*Equipo médico** Marque todos los equipos médicos con su nombre y téngalos listos para transportar. Esto incluye, : Tanques de oxígeno, bombas de alimentación, caminadores, sillas de ruedas, etc.

**\*Suplementos Médicos** Empaque y marque una bolsa con su nombre con los materiales médicos, suplementos alimenticios, vendajes para heridas, pañales y otros materiales esenciales.



- ✓ **\*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.)