



FORMULARIO DE REGISTRACION PARA NECESIDADES ESPECIALES

Office Use Only

ID #: _____ -- _____
A/I/D: _____
Revised: 10/2013

- Fecha: ___/___/_____
- Liste el municipio que se encuentra: _____
- Hogar: Propio ___ Alquiler ___ Hogar de Grupo ___ Cuidado Adoptivo ___
- ¿Habla usted Inglés? Sí ___ No ___
- Si no, ¿Cuál es su idioma nativo? _____
- ♦ ¿Lee usted Inglés? Sí ___ No ___

Información Personal:

- Nombre: _____ Teléfono: Hogar: _____
 - Fecha de Nacimiento: _____ Celular: _____
 - Dirección: _____ # Apartamento: _____
 - Ciudad: _____ Código Postal: _____
- Hombre o Mujer (Circule uno)

¿Mascotas que necesiten ser evacuadas? Sí ___ No ___
Si es sí, ¿Qué tipo de mascota? _____

Contacto de Emergencia: Nombre: _____ Dirección _____
Teléfono: _____
Celular: _____ Relación: _____

Marque todas las que se aplican:

- Confinado a una cama
- Confinado a una silla de rueda
- Requiere equipos de apoyo médico (oxígeno, ventilador, otro)
- Camina con andador, bastón, u otro
- Sin ningún medio de transporte personal
- No puede evacuar sin ayuda debido a una incapacidad mental, retardación mental, autismo, Alzheimer, debido a no poder responder verbalmente (circule la que aplique)
- Animal de servicio
- Problema de la vista
- Problema de audición

He leído y entendido la publicación de información en el reverso de este formulario.

Firma del Registrante/Encargado: _____ Fecha: _____

Formulario de Consentimiento del Cliente

Privacidad de la Información de Salud/Revelación HIPAA en Situaciones de Emergencias

HIPAA permite que varias agencias y oficiales públicos que están respondiendo a una emergencia de origen humano o natural a revelar la información necesitada a oficiales públicos en varias formas. Esto permite que los respondedores de emergencia se comuniquen efectivamente en caso de una emergencia. Las entidades cubiertas pueden revelar información médica protegida, sin la autorización del individuo, a una autoridad de salud pública como autorizado por la ley en respuesta a una emergencia de origen humano o natural.

Consentimiento del Cliente

- ◆ Yo doy consentimiento para que mi información sea compartida con el “York County Human Services”, “York County Emergency Management”, otras personas involucradas en para necesidades espéciate así como respondedores de emergencia local y funcionarios municipales.

- ◆ **Aviso de Responsabilidad:** Ni el Condado de York (o ningunos de sus oficiales electos, trabajadores, agencias, o departamentos), “York County Planning Commission”, su municipalidad local, ni ninguna de las personas o entidades que participan en la acumulación de datos, la entrada de datos, o el uso de los datos puede garantizar la exactitud, integridad o fiabilidad de la información o el uso de esa información en una situación de emergencia. En ningún caso el Condado de York ni las otras entidades como se ha señalado anteriormente serán responsable a usted, incluyendo reclamo de negligencia, por cualquier daño especial, incidental, directo, indirecto, punitivo o consecuente.

- ◆ **Nota de Información:** Yo estoy de acuerdo que pueden retener mi información y usarla para planificación de emergencia y repuesta, efectivamente de la fecha de mi firma y continuando hasta que / si presento una constancia firmada, fechada a la oficina de mi municipio local, a la atención de “Emergency Management”, pidiendo que ellos remuevan mi información. Yo entiendo que mi municipio local puede remover mi nombre del servicio para necesidades especial . Yo entiendo que yo soy responsable en notificar mi municipio si cambio mi dirección o estado de salud.

Questions?

Email: humanservices@yorkcountypa.gov
Call: York County Human Services: (717) 771-9347