DEPARTAMENTO DE BOMBEROS DE OAKLAND
REGISTRO 9-1-1

para personas con necesidades especiales

Escriba claramente con letra de imprenta

Fecha: _____

Nombre: _____
Apellido Nombre Inicial del segundo nombre

Fecha de nacimiento: _____/_____/_____ **EDAD**: ___ **SEXO:** ☐ Hombre ☐ Mujer
(mes) (día) (año)

Dirección residencial: _____

Ciudad: _____ **Código postal:** _____

Número de teléfono :(___)_____TDD: ☐sí ☐no **Teléfono celular:** (__)_____
(código de área) (código de área)

Dirección postal (si es diferente): _____

Ciudad: _____ **Código Postal:** _____

Residence Type: **(Marque una opción)**

☐ Residencia privada ☐ Casa rodante

☐ Institución de vivienda asistida ☐ Hogar comunitario (tipo:_____)

☐ Asilo

☐ Apartamento ☐ Condominio ¿Piso? _____

☐ Otro (favor describa) _____

Nombre de la subdivisión o desarrollo del complejo residencial (si corresponde):
_____

¿Habla usted inglés? ☐ Sí ☐ No **Si no, ¿cuál es su idioma natal?:**_____
(favor especifique)

Special Needs Information: **(Marque todas las respuestas que correspondan)**

☐ Sordo(a)/Dificultades de audición ☐ Ciego(a)/Visión disminuida ☐ Problemas de movimiento

☐ Se mueve en silla de ruedas ☐ Dependiente de oxígeno ☐ Dependiente de respirador

☐ Otro: favor especifique: _____

¿Tiene usted alguna discapacidad emocional o psiquiátrica? ☐ Sí ☐ No
Comentario: _____

¿Tiene alguna discapacidad física? ☐ Sí ☐ No Comentario: _____

---

1) Usted: ¿se cuida a sí mismo(a)? ☐ ¿Tiene algún cuidador? ☐ ¿Necesita asistencia? Sí ☐ No ☐ Si la respuesta es afirmativa, explique: _____
2) ¿Puede usted caminar? ☐ Sí ☐ No
3) ¿Está confinado(a) en cama? ☐ Sí ☐ No
4) ¿Usa usted alguno de los siguientes elementos? (marque todas las opciones que correspondan) Andadera ☐ Muletas/Bastón ☐ Scooter/Patinete ☐ Silla de ruedas manual ☐ Silla de ruedas motorizada ☐ Aparatos de audición ☐ Bastón blanco
5) ¿Tiene usted un animal de servicio? ☐ Sí ☐ No
6) ¿Tiene una mascota? ☐ Sí ☐ No
   Si la respuesta es afirmativa, ¿qué clase de mascota/animal? _____
7) ¿Hay en su casa un abrepuertas de control remoto? ☐ Sí ☐ No
   ☐ Al frente ☐ Al lado ☐ Atrás
8) ¿Funciona el abre puertas con pilas/baterías? ☐ Sí ☐ No
9) ¿Funciona el abre puertas con electricidad? ☐ Sí ☐ No
10) ¿Tiene usted alergia a algún medicamento? ☐ Sí ☐ No
    Si la respuesta es afirmativa, especifique: _____
11) ¿Hay en su hogar un detector de humo estándar? ☐ Sí ☐ No
12) ¿Necesita usted un detector de humo para personas que tienen dificultades para oír? ☐ Sí ☐ No
13) ¿Le convendría tener un teléfono de botones más grandes que tuviera mayor volumen? ☐ Sí ☐ No

INFORMACIÓN DE CONTACTO PARA CASOS DE EMERGENCIA:

Favor comunicarse con: _____ Teléfono: _____ Teléfono celular:_____

Parentesco: _____

14) INFORMACIÓN OPCIONAL:

Nombre del médico: _____ Teléfono: _____

Dirección:
_____

Otro proveedor de salud: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Recibí ayuda ☐ o no recibí ayuda ☐ para suministrar esta información.

FIRMA DEL SOLICITANTE _____ Fecha: _____

Nombre de la persona/agencia que presta asistencia: _____

Fecha: _____

Si necesita formatos alternativos de esta solicitud o ayuda para llenarla, le rogamos comunicarse con:

Agencia Oakland Fire Department Atención: Constance Myers
Dirección 1605 Martin Luther King, Jr. Way, Oakland, CA 94612
Teléfono (510) 444-4432
TDD (510) 839-6451
Correo electrónico afountaine@oaklandnet.com

O

Agencia Oakland Department of Human Services/OSCAR Atención: Sarah Lin
Dirección 150 Frank Ogawa Plaza, Suite #4340, Oakland, CA 94612
Teléfono (510) 238-2382
TDD (510) 238-3254
Correo electrónico Slin@oaklandnet.com

La información aquí contenida es verdadera y correcta a mi mejor saber y entender. Entiendo que la participación en el programa Registro de 9-1-1 Oakland es voluntaria y que soy responsable de informar de cualquier cambio o actualización de mi información. Entiendo que esta información se mantendrá en estricta confidencialidad.

Autorizo al Departamento de Bomberos de Oakland a divulgar mi información al personal de respuesta de emergencia y a otras agencias de respuesta, según sea necesario. Entiendo que el Departamento de Bomberos podría prestar asistencia en la medida de sus capacidades, pero que el programa de Registro 9-1-1 de Oakland no ofrece garantía implícita o absoluta de que habrá disponibilidad de asistencia en casos de desastre o situaciones de emergencia. Entiendo que la información proporcionada al Registro 9-1-1 tiene la finalidad de mejorar la capacidad de respuesta durante emergencias cotidianas, como también proporcionar información para la planificación de emergencia en casos de desastre o situaciones de emergencia de alta gravedad.

Por medio de la presente, el suscrito exonera, exime y descarga a la Ciudad de Oakland, sus directores, funcionarios, empleados, agentes y contratistas independientes de toda responsabilidad con el suscrito y/o sus representantes personales, asignados, herederos y parientes, por todo daño o pérdida, y por cualquier reclamación o demanda acumulada o resultante de lesiones a personas y/o propiedades del suscrito.

_____ _____

Firma del solicitante Fecha

Sírvase enviar los formularios llenados a: Oakland OES
1605 Martin Luther King, Jr. Way
Oakland, CA 94612

Si necesita ayuda para llenar la solicitud por teléfono, le rogamos comunicarse con:
Annette Fountaine, Departamento de Bomberos de Oakland**, (510)444-4432**, de lunes a viernes de 9 a. m. a 3 p. m. **O BIEN**
Sarah Lin, Departamento de Servicios Humanos de Oakland/OSCAR,(**510) 238-2382**, de martes a viernes de 9 a. m. a 5 p. m.