Ciudad de Oakland
Cuestionario del Registro 9-1-1

Introducción

El programa de Registro 9-1-1 de la Ciudad de Oakland permite a la gente con discapacidades y a las personas mayores proveer información a la Ciudad sobre su salud y necesidades médicas. Esta información se utiliza para poder ofrecer servicios de emergencia rápidos y eficaces. El cuestionario que sigue está diseñado para obtener información de personas con discapacidades y personas mayores que deseen participar en el programa de Registro 9-1-1. Este programa es gratuito y voluntario para los participantes calificados. Las personas con discapacidades y las personas mayores que viven en la Ciudad de Oakland están calificadas para participar en el programa de Registro 9-1-1.

Utilice este formulario para crear un perfil nuevo o actualizar uno existente. **Debe** actualizar su información al menos una vez cada cinco años aunque no haya habido cambios en ella.

Puede eliminar su información del Registro 9-1-1 en cualquier momento poniéndose en contacto con el Departamento de Bomberos de la Ciudad de Oakland al número telefónico o dirección de correo electrónico indicados a continuación.

Al completar este formulario, comprendo que doy mi autorización al Departamento de Bomberos de Oakland para divulgar mi información al personal de respuesta de emergencia y a otras agencias de respuesta, según sea necesario. Comprendo que la información proporcionada al Registro 9-1-1 tiene la finalidad de proporcionar información específica a los profesionales médicos y equipos de respuesta durante una emergencia. Comprendo que el Departamento de Bomberos de Oakland puede asistirme en la medida de su capacidad, pero que la participación en el Registro 9-1-1 no implica ni garantiza que se podrá ofrecer asistencia.

Información de Contacto

Si tiene alguna pregunta sobre el Registro 9-1-1 de la Ciudad de Oakland o necesita ayuda para llenar este formulario, póngase en contacto con:

City of Oakland Fire Department Office of Emergency Services
1605 Martin Luther King, Jr. Way
Oakland, CA 94612
VOZ: 510-238-3938
TTY: 510-839-6451

Ciudad de Oakland
Cuestionario del Registro 9-1-1

POR FAVOR, MARQUE UNA RESPUESTA:

☐ Perfil Nuevo

☐ Actualizar Perfil

FECHA: _____

NOMBRE:_____
Apellido Nombre Inicial del segundo nombre

FECHA DE NACIMIENTO: _____ / _____ / _____
(MM) / (DD) / (AAAA)

SEXO: ☐ HOMBRE
☐ MUJER

DIRECCIÓN RESIDENCIAL:_____

CIUDAD: _____CÓDIGO POSTAL:_____

DIRECCIÓN POSTAL (si es diferente del domicilio indicado anteriormente):
_____

CIUDAD: _____CÓDIGO POSTAL:_____

NÚMERO TELEFÓNICO: _____

NÚMERO DE TELÉFONO MÓVIL / CELULAR: _____

TELÉFONO EN EL TRABAJO: _____

NÚMERO TTD / TTY: _____

CORREO ELECTRÓNICO:_____

ESTATURA: _____ PESO: _____

CARACTERÍSTICAS DISTINTIVAS QUE NOS AYUDEN A IDENTIFICARLE:
_____

_____

¿TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD? ☐ SÍ ☐ NO

TIPO DE DISCAPACIDAD (MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN):

☐ DISCAPACIDAD MOTORA
☐ CEGUERA / DISCAPACIDAD VISUAL
☐ SORDERA / DIFICULTADES AUDITIVAS
☐ DISCAPACIDAD COGNITIVA
☐ RETRASO MENTAL
☐ OTRO: _____

MARQUE CUÁL ES SU MEDIO PRINCIPAL DE MOVILIDAD:

☐ SILLA DE RUEDAS MOTORIZADA
☐ SILLA DE RUEDAS MANUAL
☐ PATINETA MOTORIZADA
☐ BASTÓN / MULETAS / ANDADOR
☐ BASTÓN PARA CIEGOS
☐ OTRO: _____
☐ PERMANEZCO EN CAMA
☐ NO NECESITO AYUDA PARA MOVERME

DE LAS OPCIONES SIGUIENTES, MARQUE TODAS LAS QUE DESCRIBEN SUS NECESIDADES:

☐ IDIOMA NORTEAMERICANO DE SEÑAS
☐ APARATO PARA LA SORDERA (AUDÍFONO)
☐ EN LETRA GRANDE
☐ SÓLO SISTEMA BRAILLE
☐ DEPENDIENTE DE RESPIRADOR
☐ DEPENDIENTE DE OXÍGENO
☐ ASISTENTE DE ATENCIÓN PERSONAL NECESARIO PARA REALIZAR LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA
☐ OTRO: _____

¿UTILIZA ALGÚN EQUIPO MÉDICO QUE REQUIERE GAS O ELECTRICIDAD TODOS LOS DÍAS Y ES ESENCIAL PARA MANTENERLE CON VIDA? ☐ SÍ ☐ NO

EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE QUÉ ARTÍCULOS:

☐ RESPIRADOR
☐ EQUIPO DE INFUSIÓN DE MEDICAMENTOS /ALIMENTOS
☐ BOMBA DE INFUSIÓN INTRAVENOSA
☐ COLCHÓN O COJÍN INFLABLE
☐ TRATAMIENTO DE DIÁLISIS
☐ EQUIPO DE CALEFACCIÓN O ENFRIAMIENTO
☐ ELEVADOR HOYER
☐ OTRO _____

¿TIENE UN ANIMAL DE SERVICIO? ☐ SÍ ☐ NO

¿TIENE UN ANIMAL DE APOYO EMOCIONAL? ☐ SÍ ☐ NO

¿TIENE UNA MASCOTA? ☐ SÍ ☐ NO

DESCRIBA EL TIPO Y EL COLOR DE CADA ANIMAL: _____

¿TIENE ALERGIA A ALGÚN MEDICAMENTO? ☐ SÍ ☐ NO

EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE TODOS LOS MEDICAMENTOS A LOS QUE TIENE ALERGIA:

SI TIENE ALGUNA OTRA NECESIDAD FUNCIONAL O RELACIONADA CON UNA DISCAPACIDAD DE LA QUE DESEE INFORMARNOS EN ESTE MOMENTO, POR FAVOR ESCRIBALA EN EL ESPACIO QUE SIGUE:

OTRO:

¿UTILIZA UN CONTROL REMOTO PARA ABRIR LA PUERTA DE SU VIVIENDA?

☐ SÍ ☐ NO

EN CASO AFIRMATIVO, ¿DÓNDE ESTÁ UBICADO EL ABRIDOR DE CONTROL REMOTO?

☐ PUERTA DELANTERA ☐ PUERTA LATERAL ☐ PUERTA TRASERA

¿ES UN ABRIDOR CON BATERÍAS? ☐ SÍ ☐ NO

¿ES UN ABRIDOR ELÉCTRICO? ☐ SÍ ☐ NO

¿HAY EN SU HOGAR UN DETECTOR DE HUMO ESTÁNDAR? ☐ SÍ ☐ NO

¿LE SERÍA DE UTILIDAD TENER UN DETECTOR DE HUMO PARA SORDOS Y PERSONAS CON DIFICULTADES AUDITIVAS? ☐ SÍ ☐ NO

¿LE SERÍA DE UTILIDAD UN TELÉFONO DE TECLAS GRANDES CON CONTROL PARA ELEVAR EL VOLUMEN? ☐ SÍ ☐ NO

CONTACTO DE ATENCIÓN MÉDICA:

NOMBRE DEL MÉDICO: _____

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD:_____ CÓDIGO POSTAL: _____

NÚMERO TELEFÓNICO: _____

OTRO PROVEEDOR DE SALUD: _____

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD:_____ CÓDIGO POSTAL: _____

NÚMERO TELEFÓNICO: _____

CONTACTOS DE EMERGENCIA:

NOMBRE: _____

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD:_____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____
NÚMERO TELEFÓNICO: _____

NÚMERO DE TELÉFONO MÓVIL / CELULAR: _____

TELÉFONO EN EL TRABAJO: _____

NÚMERO TTD / TTY:_____

PARENTESCO: _____

NOMBRE: _____

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD:_____ ESTADO: _____

CÓDIGO POSTAL: _____

NÚMERO TELEFÓNICO: _____

NÚMERO DE TELÉFONO MÓVIL / CELULAR: _____

TELÉFONO EN EL TRABAJO:_____ NÚMERO TTD / TTY:_____

PARENTESCO: _____

POR FAVOR, ENCIERRE EN UN CÍRCULO UNA RESPUESTA:

(RECIBÍ) / (NO RECIBÍ) ayuda para completar este formulario.

▪ Comprendo que doy mi autorización al Departamento de Bomberos de Oakland para divulgar mi información al personal de respuesta de emergencia y a otras agencias de respuesta, según sea necesario. Comprendo que la información proporcionada al Registro 9-1-1 tiene la finalidad de proporcionar información específica a los profesionales médicos y equipos de respuesta durante una emergencia. Comprendo que el Departamento de Bomberos de Oakland puede asistirme en la medida de su capacidad, pero que la participación en el Registro 9-1-1 no implica ni garantiza que se podrá ofrecer asistencia.

_____ _____

FIRMA DEL SOLICITANTE FECHA

NOMBRE DE LA PERSONA QUE OFRECE SU AYUDA:_____

AGENCIA / PARENTESCO CON EL SOLICITANTE:_____

FECHA: _____

SÍRVASE ENVIAR LOS FORMULARIOS LLENADOS A:

Oakland OES Attn: 911
1605 Martin Luther King, Jr. Way
Oakland, CA 94612

Para obtener versiones en otros formatos o si necesita ayuda para llenar la solicitud por teléfono, le rogamos comunicarse con:

Oficina de Servicios de Emergencia del Departamento de Bomberos de la ciudad de Oakland
1605 Martin Luther King, Jr. Way
Oakland, CA 94612
VOZ: 510-238-3938
TTY: 510-839-6451

Oakland Department of Human Services/OSCAR Atención: Sarah Lin
150 Frank Ogawa Plaza, Suite #4340
Oakland, CA 94612
VOZ: 510-238-2382
TTY: 510-238-3254