



Registro del Estado de Texas para Asistencia en Casos de Emergencia (STEAR) 2016

Jurisdicción local: _____

Organización que recopila la información: _____

Teléfono de contacto de la organización: _____ Ext: _____

Correo electrónico de contacto de la organización: _____

Formulario de registro personal de STEAR

Este documento no es para el uso de centros de vida asistiva o centros para los ancianos. El formulario en inglés se puede encontrar en <http://www.dads.state.tx.us/forms/1085/>. **Cada persona inscrita debe llenar un (1) formulario.**

El Registro para Asistencia en Casos de Emergencia contribuye a la planificación de los funcionarios para atender situaciones de emergencia. Su información nos ayudará a determinar los servicios que podría necesitar durante un desastre y a que los socorristas planifiquen y se capaciten de manera más efectiva. Las comunidades utilizan la información de diversas formas y, por tanto, debe tener en cuenta que incluir su información en el registro **NO** garantiza que recibirá un servicio específico durante una emergencia. El registro no sustituye la elaboración y actualización del plan de emergencia para su familia.

Nos gustaría que nos suministrara alguna información básica de manera totalmente opcional. Para inscribirse, se necesita alguna información básica. Puede optar por responder todas o solo algunas de las preguntas opcionales. *Si está llenando un formulario impreso, escriba el nombre de la persona inscrita en el espacio designado en la parte inferior de cada página del formulario.*

Información básica de la persona inscrita (La información con asterisco rojo * es obligatoria)

1.*Idioma principal. Si habla más de un idioma, seleccione el que utilizaría para comunicarse en casos de emergencia. Las personas que no se puedan comunicar de forma oral, deben escribir comunicación no verbal.

Inglés Español Vietnamita Hindi Coreano
Chino _____ (dialecto) Otro: _____

2. *¿Necesita un intérprete de lenguaje de señas? Si No

Nombre de la persona inscrita: _____

Información básica de la persona inscrita (cont.) (La información con asterisco rojo * es obligatoria)

3a. * **Nombre:** _____

3b. * **Apellido:** _____

4. * Dirección física

4a. * Número y nombre de la calle: _____

4b. Número de apto o suite: _____

4c. * Código postal (5 dígitos): _____ 4e. Código postal (4 dígitos +), si lo sabe: _____

4d. * Ciudad: _____

5. Condado, si lo sabe: _____

6. * Dirección de correspondencia Nota: Al hacer clic en la casilla, la dirección se llenará automáticamente.

6a. * Número y nombre de la calle: _____

6b. Número de apartamento o suite: _____

6c. * Código postal (5 dígitos): _____ 6e. Código postal (4 dígitos +), si lo sabe: _____

6d. * Ciudad: _____

7. Correo electrónico (si lo tiene): _____

8. * Número de teléfono más adecuado para contactarlo: _____ Ext: _____

9. ¿Tiene otro número de teléfono en caso de que no podamos contactarlo en el número anterior? _____ Ext: _____

10. Si usted es menor de edad (menor de 18 años) o si la persona a la que está registrando es menor de edad, escriba la edad en años _____. Escriba 0 si es menor de 1 año de edad. Deje el espacio en blanco si se trata de un adulto.

Información del contacto en casos de emergencia

En estas preguntas, emergencia se define como peligros para la salud y seguridad públicas, como huracanes, tornados, atentados terroristas, accidentes químicos y otros desastres que puedan ocasionar muertes, lesiones o daños y que requerirían evacuar a la comunidad y proveerle refugio.

11. Necesitamos recopilar cierta información sobre la persona más apropiada a quien pueden contactar los planificadores en caso de emergencia.

11a. **Nombre** de la persona de contacto en caso de emergencia: _____

11b. **Apellido** de la persona de contacto en caso de emergencia: _____

Nombre de la persona inscrita: _____

Información del contacto en casos de emergencia (cont.)

11c. ¿Cuál es la relación de esta persona con usted? *Esposo/a* *Padre/Madre*
Hermano/a *Hijo/a* *Tío/a* *Tutor/a* *Amigo/a*
Otra: _____

11d. Número de teléfono del contacto en caso de emergencia. Recuerde que debe ser la manera más adecuada de contactar a esta persona en caso de emergencia: _____
Ext: _____

Cuidadores y animales

12. Si tuviese que evacuar su vivienda, ¿lo acompañaría un animal de servicio?
Si *No*

13a. ¿Cuenta con un cuidador, intercesor o tutor legal? No importa si se trata de su contacto de emergencia o de otra persona. *Si* *No*

13b. **[Si respondió afirmativamente a la P13a]** Durante una emergencia, ¿su cuidador, intercesor o tutor legal evacuaría con usted? *Si* *No*

14. ¿Cuántas personas prevé que lo acompañarán en el momento de evacuar? Incluya a su cuidador o tutor legal si ellos evacuarían con usted: _____

15a. Si usted tuviera que evacuar su vivienda, ¿lo acompañaría una mascota?
Si *No*

15b. **[Si respondió afirmativamente a la P15a]** ¿Cuántas mascotas en total necesitarían evacuar con usted? _____

15c. **[Si respondió afirmativamente a la P15a]** ¿Tiene cajas transportadoras para todas sus mascotas? *Si* *No*

Advertencias e instrucciones de emergencia

16a. ¿Tiene alguna discapacidad o necesidad médica que le impida recibir o comprender las advertencias o instrucciones para casos de emergencia en su hogar o lejos de él?
Si *No*

16b. **[Si respondió afirmativamente a la P16a]** ¿Necesitaría ayuda para leer la información por ser invidente o tener visión corta? *Si* *No*

16c. **[Si respondió afirmativamente a la P16a]** ¿Tiene otras necesidades de comunicación?
Si *No* Si respondió afirmativamente, escriba la descripción aquí:

Ayuda con transporte

17. ¿Tiene transporte en caso de evacuación? Responda afirmativamente si tiene un vehículo o conoce una persona que le transportaría a un lugar fuera de el area. Responda negativamente si **NO** tiene un medio de evacuación. Con la respuesta a esta pregunta, los planificadores podrán calcular cuántas personas necesitan servicios de transporte durante una evacuación.

Si No

18. ¿Dispone de un medio de transporte para llegar a un punto de encuentro o refugio local? Responda "si" si posee un vehiculo o si alguien puede llevarlo a un punto de encuentro local.

Si No

19. ¿Necesita ayuda para evacuar su vivienda debido a una discapacidad? *Si No*

Necesidades funcionales

20. ¿Tiene una discapacidad, disfunción o necesidad médica, además de un bastón, que le obligue a depender de ayuda adicional durante una emergencia? Si respondió afirmativamente, continúe con las preguntas 21 a 27. Si respondió negativamente o no respondió, continúe con la pregunta 28. *Si No*

21. ¿Está recibiendo tratamiento médico de un enfermero o médico en su hogar o en un consultorio más de dos veces a la semana? *Si No*

22a. Si estuviese lejos de su hogar, ¿necesitaría ayuda para realizar actividades cotidianas como bañarse, comer, caminar o ir al baño? Su respuesta nos servirá para mejorar los planes que elaboramos para los refugios. *Si No*

22b. **[Si respondió afirmativamente a la P22a]** ¿Estos servicios los presta en la actualidad una persona diferente a sus familiares o amigos? Si respondió afirmativamente, escriba el nombre del proveedor de servicios y su información de contacto en la sección de comentarios [Pregunta 29]. *Si No*

23. ¿Necesita oxígeno portátil? *Si No*

24. ¿Tiene alguna discapacidad o necesidad médica en la que requiera viajar acostado? *Si No*

25a. ¿Tiene un dispositivo médico de soporte vital que necesite energía eléctrica? (Algunos ejemplos son máquinas de respiración, unidades de succión o concentradores de oxígeno) *Si No*

25b. **[Si respondió afirmativamente a la P25a]** ¿Cuántas horas de energía ofrece su fuente de reserva? _____ horas.

Necesidades funcionales (cont.)

26. ¿Pesa más de 150 Kg/150 lbs? El transporte de emergencia requiere equipos especiales en ciertos casos si se excede este peso. Si No

27a. ¿Cuáles equipos médicos duraderos o voluminosos, como una silla de ruedas, un bastón o un caminador, necesita para evacuar en casos de emergencia? Marque todas las que correspondan. Su respuesta les servirá a los planificadores del transporte en caso de evacuación. Silla de ruedas Bastón Caminador Nebulizador Muletas
Otro: _____ Ninguno

27b. [Si marcó silla de ruedas en la P27a] ¿Tiene una silla de ruedas motorizada o personalizada? Responda afirmativamente si tiene una motoneta o silla de ruedas eléctrica. Si No

28. ¿Tiene un refugio contra tormentas o una habitación de seguridad en su residencia? Si No

29. ¿Hay comentarios u observaciones adicionales que debamos anotar en su registro? Si No

Este formulario se puede llenar electrónicamente con Adobe Reader o Adobe Acrobat. En tal caso, haga clic en el botón de arriba para enviarlo.

Si tiene problemas para enviar el formulario por vía electrónica, llénelo y guárdelo en su computadora como archivo PDF con un nombre único.
(Ejemplo: FormularioPersonalStear_nombreúnico_fecha.pdf) Luego, adjunte el PDF a un correo electrónico y envíelo a STEAR@tdem.texas.gov.
O
Llene el formulario, imprímalo y envíelo por fax al (866) 557-1074.
****Llene y envíe un nuevo formulario si cualquier parte de la información anterior cambia.**

Nombre de la persona inscrita: _____