



Condado de Miami-Dade

Programa de asistencia para evacuación en caso de emergencias

Instrucciones e información para el solicitante

El Programa de asistencia para evacuación en caso de emergencias (EEAP) está concebido para las personas que vivan en sus hogares y que necesiten asistencia para ser evacuados y acudir a un refugio. Además, el programa también puede ser utilizado para recibir una llamada y así comprobar que todo esté bien después de un desastre. Los residentes de instalaciones de residencia asistida (ALF, sigla en inglés) o residencias para la tercera edad no califican para este programa debido a que estos negocios tienen sus propios planes de emergencia para asistir a sus clientes.

Por favor, tenga en cuenta que se espera que todos los residentes del Condado de Miami-Dade elaboren sus propios planes para evacuar a sus familias y mascotas. Es importante que todas las personas se responsabilicen por su propia seguridad y que elaboren un plan que incluya dónde ir, a quién contactar, que artículos traer y cómo llegar al sitio. Sin embargo, el Condado entiende que algunas personas pueden necesitar asistencia. Las personas que cumplan con una de las siguientes categorías pueden recibir asistencia del Condado:

- Personas que necesiten transporte especial y/o que no tengan medios de transporte.
- Personas cuyas necesidades médicas les impidan evacuarse por sí mismos.

Por favor, tenga en cuenta que al tramitar su solicitud, un representante de La Oficina de Manejo de Emergencias (OEM) del Condado de Miami-Dade se comunicará con usted de ser necesaria una mayor aclaración.

.....

Lo que debe saber para estar listo en caso de una evacuación:

- El registro del Programa de asistencia para evacuación en caso de emergencias (EEAP) se utiliza para cualquier situación de emergencia que requiera evacuación.
- **No espere hasta que se emita una orden de evacuación para pedir que se le incluya en el registro del programa EEAP.**
- Los recursos son limitados; por lo tanto, las personas inscritas tendrán prioridad en caso de emergencia.
- En los centros de evacuación no se ofrece el mismo nivel de atención o tecnología de equipos disponibles que existen en las instalaciones de atención médica.
- Solamente se cuenta con la atención y asistencia médica básicas.
- Las camas y catres mejorados para personas con necesidades especiales se ofrecen de manera limitada.
- A las personas que necesiten un nivel de atención médica superior se les dará refugio en hospitales locales que participen en el programa.
- **Debido al número limitado de personal, le sugerimos que su cuidador le acompañe y permanezca con usted durante su estadía en el centro de evacuación para garantizar que se atiendan sus necesidades de manera oportuna.**
- Si usted sigue una dieta especial, traiga esos alimentos dietéticos para asegurarse de tener el mayor nivel de comodidad posible.
- Recuerde traer un maletín para desastres con los siguientes artículos: ropa de cama, medicamentos y suministros personales (alimentos, agua y equipos médicos).
- Asegúrese de ingerir alimentos antes de salir de su vivienda.
- En todos los centros para evacuación del Condado de Miami-Dade se admiten personas acompañadas con animales de servicio.
 - Si usted tiene un animal de servicio, por favor, incluya sus alimentos y suministros en el maletín para desastres.

Es necesario completar todas las secciones de esta solicitud. Si usted necesita un nivel de atención médica superior, su médico de cabecera (PCP) debe llenar y firmar esta solicitud antes de enviarla a nuestra oficina. Si más de una persona en su hogar necesita asistencia médica durante la evacuación, cada una de esas personas debe llenar una planilla por separado. Se le enviarán por correo las instrucciones especiales una vez tramitada su solicitud.

A usted se le llamará semestralmente para que vuelva a afirmar la necesidad de seguir participando en este programa. No es necesario que llene una solicitud cada año. Si tiene alguna pregunta, llame a la Línea de Ayuda de EEAP al 305-513-7700. **Por favor, guarde una copia de esta solicitud rellena para su uso personal y envíe por correo el original a:**

**Miami-Dade County Office of Emergency Management
Emergency and Evacuation Assistance Program
9300 NW 41 Street, Doral, FL 33178**

Esta planilla está disponible en inglés, español y Creole Haitiano. Para solicitar este material en otro formato como sistema Braille, letra grande de imprenta o de forma electrónica, llame al (305) 468-5900.

Si necesita consejos sobre preparación en caso de desastres, llame al Centro de Información 3-1-1 del Condado de Miami-Dade, marcando 3-1-1 o el (305) 468-5900 (los usuarios del sistema TTY/TDD deben llamar al (305) 468-5402). Para más información o para completar la solicitud en línea, visite:

www.miamidade.gov/fire/eeap.asp

Solicitud del Programa de asistencia para evacuación en caso de emergencias

POR FAVOR, ESCRIBA EN LETRA LEGIBLE

Sírvase leer las instrucciones en la página uno y llene esta solicitud completamente, de lo contrario se le devolverá.

¿Qué tipo de asistencia le interesaría recibir?

- Asistencia para evacuación (se requiere la firma del médico en dependencia de las necesidades médicas)
 Llamadas por teléfono para saber si esta bien (para que alguien lo llame posterior a un desastre.)

Fecha de solicitud ____/____/____ ¿Es usted veterano del ejército de EE.UU? Sí No
Apellido _____ Nombre _____ Inicial ____ Sexo M F
Fecha de Nacimiento ____/____/____ Idioma primario _____
Tipo de vivienda Casa/Dúplex Apto/Condominio (Piso ____) Casa móvil/Tráiler
Dirección _____ # Apto _____ # Edificio _____
Nombre del complejo o subdivisión _____
Ciudad _____ Código postal _____

Dirección postal (si es diferente de la anterior) _____

Teléfono de la casa (____) _____ (Línea TTY/TDD Sí) Otro teléfono (____) _____

Condición de vivienda Solo Con familiar Cuidador Otra opción _____

¿Un acompañante/cuidador irá con usted al centro de evacuación? Sí No

Nombre del acompañante _____ Teléfono(____) _____

Persona a quién se debe contactar en caso de emergencia:

En su área _____ Relación _____ Teléfono (____) _____

Fuera de su área _____ Relación _____ Teléfono (____) _____

Se les recomienda a aquellas personas que solo estén solicitando una llamada por teléfono para saber si están bien, que terminen de completar el resto de la solicitud, aunque no es obligatorio hacerlo.

Requisitos de transporte

¿Usted necesita que le transporten a un centro de evacuación? Sí No

Si dijo sí, por favor diga el motivo.

¿Cuántas personas hay que evacuar? _____

No tengo automóvil.

No conozco a nadie que me pueda transportar.

No puedo caminar hasta el punto de recogida del bus.

Mis necesidades médicas me impiden evacuar por mí mismo.

¿Qué tipo de asistencia necesita usted a diario? (Marque todas las que correspondan)

Atención personal (vestirse/ir al baño)

Movilidad (caminar/traslados)

Alimentación

Guía visual (ciego con deficiencia visual)

Administración de medicamentos

Comunicación (sordo incapaz de expresarse)

Succión de vía respiratoria

Atención médica especial (intermitente continua)

Cuidado de heridas

Atención médica mental (intermitente continua)

Si dijo sí, qué tipo de herida: _____

Otra (especifique): _____

Yo uso Silla de ruedas (Me puedo trasladar sin ayuda Sí No) Andador Bastón Muletas

Otro equipo médico duradero (especifique) _____ Animal de servicio

¿Necesita usted oxígeno? Intermitente Continuo No

Proveedor del oxígeno _____ Teléfono(____) _____

¿Usa usted equipo médico que funciona con electricidad? Sí No (intermitente continuo)

Especifique el tipo de equipo médico _____

¿Recibe usted atención médica para enfermos terminales o en el hogar? Sí No Si dijo sí, ¿cuántas horas al día? _____

Agencia _____ Teléfono (____) _____

Estoy confinado(a) a mi cama Sí No

Peso más de 300 libras Sí No

Tengo las siguientes enfermedades (Marque todas las que correspondan)

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Alzheimer
<input type="checkbox"/> inicial <input type="checkbox"/> moderada <input type="checkbox"/> avanzada | <input type="checkbox"/> Obstrucción pulmonar crónica (COPD)
(Bronquitis/ Enfisema crónicos)
<input type="checkbox"/> oxígeno intermitente
<input type="checkbox"/> oxígeno continuo | <input type="checkbox"/> Reemplazo de cadera
<input type="checkbox"/> ambulatorio
<input type="checkbox"/> no ambulatorio |
| <input type="checkbox"/> Demencia | <input type="checkbox"/> Cardíaca
<input type="checkbox"/> estable <input type="checkbox"/> no estable | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular (CVA) |
| <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral | <input type="checkbox"/> Diálisis | <input type="checkbox"/> Fibrosis cística |
| <input type="checkbox"/> Psicosis
<input type="checkbox"/> controlada <input type="checkbox"/> no controlada | <input type="checkbox"/> Remplazo de rodilla
<input type="checkbox"/> ambulatorio
<input type="checkbox"/> no ambulatorio | <input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Dependiente de insulina
<input type="checkbox"/> No dependiente de insulina |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson
<input type="checkbox"/> inicial <input type="checkbox"/> moderada <input type="checkbox"/> avanzada | <input type="checkbox"/> Trastornos neuromusculares
<input type="checkbox"/> iniciales <input type="checkbox"/> moderados
<input type="checkbox"/> avanzados | <input type="checkbox"/> Epilepsia
<input type="checkbox"/> controlado <input type="checkbox"/> no controlado |
| | | <input type="checkbox"/> Ninguna |

Otra enfermedad _____

Para los evacuados que necesiten atención médica avanzada, esta sección debe ser rellena por el médico de cabecera (PCP) del paciente o por el enfermero en el hogar.

POR FAVOR, ESCRIBA EN LETRA LEGIBLE

Nombre del médico/enfermero _____ ☐ Teléfono (____) _____

Diagnóstico primario _____

Diagnóstico secundario _____

A mi leal saber y entender, la información proporcionada en esta planilla es correcta e íntegra.

Firma _____ Fecha _____

Número de licencia _____

Firma del solicitante y Regla de Privacidad (HIPAA) (Health Insurance and Accountability Act)

Certifico que esta información es correcta. Entiendo que, teniendo en cuenta esta solicitud y la información que he proporcionado, el Condado de Miami-Dade determinará qué tipo de asistencia para evacuación, si hubiera, se ofrecerá mediante este programa. **Entiendo que no hay costo alguno relacionado con el uso de cualquiera de los centros para evacuación en caso de desastres o los servicios de transporte del Condado. No obstante, en caso de que mi estado de salud empeorara y yo necesitara recibir tratamiento médico de emergencia durante la evacuación o en cualquier centro de evacuación, yo tendré la responsabilidad de pagar los cargos correspondientes incurridos una vez “que se me acepte como paciente” en un hospital.** Otorgo mi autorización a los profesionales de la salud, a las agencias de transporte y a otras personas que me brindan atención médica para divulgar cualquier información necesaria a fin de que puedan atender mis necesidades.

Ley de Privacidad de HIPAA: Según se define en la Ley de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA) de 1996, al firmar esta autorización, por la presente yo autorizo el uso y la divulgación por parte del Condado de Miami-Dade de mi información médica a fin de brindarme asistencia durante evacuaciones por casos de emergencia. Entiendo que la información utilizada o divulgada, conforme a esta autorización, puede estar sujeta a su divulgación por parte del receptor, con fines de evacuación, refugio, transporte o cualquier tipo de atención médica, según estos servicios. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que el Condado de Miami-Dade haya emprendido medidas basándose en esta autorización. Entiendo que para revocar esta autorización debo presentar una petición por escrito en la Oficina de Manejo de Emergencias del Condado de Miami-Dade, 9300 NW 41 St, Miami, FL 33178. Atención EEAP.

Entiendo que si elijo revocar esta autorización, no recibiré asistencia para evacuación.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Nombre de quien llena esta solicitud (si no es el médico de cabecera del paciente o el enfermero en el hogar):

Nombre _____ Teléfono (____) _____



Emergency Management

Emergency and Evacuation Assistance Program

9300 NW 41st Street

Miami Florida 33178-2312

125_01-222 7/15