



Registro de necessidades especiais da Flórida Informações de registro – Condado de Broward

Instruções: Preencha este formulário e envie-o por fax ou pelo correio ao Condado de Broward para registrar uma pessoa no Registro de necessidades especiais da Flórida. Este formulário não é necessário se você já se registrou on-line. Os campos obrigatórios são indicados com um asterisco (*).

Correio: Broward County Special Needs Registry
ATTN: Special Needs Shelter Coordinator
201 NW 84th Ave
Plantation, FL 33324

INFORMAÇÕES PESSOAIS SOBRE O INSCRITO

*Nome	
Nome do meio	
*Sobrenome	
Sufixo	
*Data de nascimento	
*Gênero (selecione apenas um)	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Transgênero <input type="checkbox"/> Não-binário <input type="checkbox"/> Prefiro não informar
*Altura	Pés: Polegadas:
*Peso (libras)	
Situação de moradia (selecione apenas uma)	<input type="checkbox"/> Sozinho(a) <input type="checkbox"/> Com parente ou cuidador <input type="checkbox"/> Sem-teto <input type="checkbox"/> Outra situação de moradia
*Idioma principal	
Idioma secundário	
Veterano	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Últimos 4 dígitos do SSN	
Endereço de e-mail	
Você está preenchendo este formulário em nome do inscrito? Se esse for o caso, explique seu vínculo com o inscrito (selecione apenas um)	<input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Cuidador <input type="checkbox"/> Vizinho <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Provedor de serviços de saúde <input type="checkbox"/> Equipe de gestão de emergências do condado <input type="checkbox"/> Equipe do departamento de saúde do condado <input type="checkbox"/> Equipe do DOH estadual

ENDEREÇO DO INSCRITO (um endereço físico é obrigatório)

*Endereço (não pode ser apenas uma caixa postal)	
Apto, unidade, prédio, suíte etc.	
*Cidade	
*Estado	FL
*CEP	
Nome do complexo, subdivisão ou parque de trailers	
A residência nesse endereço é um trailer?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
A residência neste endereço é um edifício ou uma casa com vários andares?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Essa residência tem escadas?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
É necessário inserir um código?	



Registro de necessidades especiais da Flórida Informações de registro – Condado de Broward

ENDEREÇO DO INSCRITO (um endereço físico é obrigatório)	
Você mora nesse endereço o ano todo?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se não, mora do mês: _____ Até mês: _____
Endereço de correspondência (se diferente do informado acima)	
Cidade	
Estado	
CEP	
Informações adicionais do condado	
Qual é o código do portão/porta?	

NÚMEROS DE TELEFONE DO INSCRITO (é necessário um número de telefone principal e pelo menos um outro número de telefone)				
*Número de telefone	Extensão	*Tipo de telefone (selecione apenas um)	Principal	Possui tecnologia de acessibilidade
() -		<input type="checkbox"/> Residencial <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Celular	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
() -		<input type="checkbox"/> Residencial <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Celular	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
() -		<input type="checkbox"/> Residencial <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Celular	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

CONTATO DE EMERGÊNCIA PRINCIPAL DO INSCRITO (obrigatório)	
*Nome do contato de emergência principal	
Endereço do contato	
Cidade	
Estado	
CEP	
*Número de telefone primário do contato	() - Extensão:
Este telefone possui tecnologia de acessibilidade?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Número de telefone do contato secundário	() - Extensão:
Este telefone possui tecnologia de acessibilidade?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Endereço de e-mail do contato	

CONTATOS ADICIONAIS DO INSCRITO (preenchimento opcional)	
*Nome do contato adicional	
*Tipo de contato (selecione apenas um)	<input type="checkbox"/> Contato de emergência secundário <input type="checkbox"/> Cuidador <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Vizinho <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Farmacêutico <input type="checkbox"/> Prestador de assistência médica domiciliar <input type="checkbox"/> Provedor de equipamento médico domiciliar <input type="checkbox"/> Provedor de cuidados paliativos <input type="checkbox"/> Provedor de oxigênio <input type="checkbox"/> Clínica de diálise <input type="checkbox"/> Outro provedor de serviços médicos/de saúde <input type="checkbox"/> Contato fora da área <input type="checkbox"/> Contato de arranjo de moradia alternativo
Endereço do contato	
Cidade	
Estado	
CEP	
*Número de telefone principal do contato	() - Extensão:



Registro de necessidades especiais da Flórida Informações de registro – Condado de Broward

CONTATOS ADICIONAIS DO INSCRITO (preenchimento opcional)	
Este telefone possui tecnologia de acessibilidade?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Número de telefone do contato secundário	() - Extensão:
Este telefone possui tecnologia de acessibilidade?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Endereço de e-mail do contato	
*Nome do contato adicional	
*Tipo de contato (selecione apenas um)	<input type="checkbox"/> Contato de emergência secundário <input type="checkbox"/> Cuidador <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Vizinho <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Farmacêutico <input type="checkbox"/> Prestador de assistência médica domiciliar <input type="checkbox"/> Provedor de equipamento médico domiciliar <input type="checkbox"/> Provedor de cuidados paliativos <input type="checkbox"/> Provedor de oxigênio <input type="checkbox"/> Clínica de diálise <input type="checkbox"/> Outro provedor de serviços médicos/de saúde <input type="checkbox"/> Contato fora da área <input type="checkbox"/> Contato de arranjo de moradia alternativo
Endereço do contato	
Cidade	
Estado	
CEP	
*Número de telefone principal do contato	() - Extensão:
Este telefone possui tecnologia de acessibilidade?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Número de telefone do contato secundário	() - Extensão:
Este telefone possui tecnologia de acessibilidade?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Endereço de e-mail do contato	
Informações adicionais do condado	
*Haverá o acompanhamento de um cuidador até o abrigo?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
*Você recebe cuidados ou tem um médico com privilégios no Holy Cross Hospital?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

ANIMAIS DE SERVIÇO DO INSCRITO		
*Tipo de animal (selecione apenas um)	*Obrigatório devido à incapacidade	*Trabalho ou tarefa que o animal foi treinado para realizar
<input type="checkbox"/> Cachorro <input type="checkbox"/> Mini Cavallo	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
<input type="checkbox"/> Cachorro <input type="checkbox"/> Mini Cavallo	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
<input type="checkbox"/> Cachorro <input type="checkbox"/> Mini Cavallo	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

EQUIPAMENTO DO INSCRITO	
Indique o equipamento clinicamente necessário que o inscrito utiliza e que precise de energia elétrica para funcionar: (selecione todas as opções aplicáveis)	<input type="checkbox"/> Monitor de apneia <input type="checkbox"/> Monitor cardíaco <input type="checkbox"/> CPAP / BiPAP <input type="checkbox"/> Cateter de diálise <input type="checkbox"/> Bomba elétrica de insulina <input type="checkbox"/> Sonda nasogástrica <input type="checkbox"/> Medicação que requer refrigeração <input type="checkbox"/> Nebulizador <input type="checkbox"/> Concentrador de oxigênio <input type="checkbox"/> Bomba de sucção <input type="checkbox"/> Respirador <input type="checkbox"/> Terapia de feridas por pressão negativa <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px;">Outro: _____</div>



Registro de necessidades especiais da Flórida Informações de registro – Condado de Broward

EQUIPAMENTO DO INSCRITO

Indique qualquer equipamento clinicamente necessário para o inscrito que NÃO precise de energia elétrica para funcionar: (selecione todas as opções aplicáveis)

- | | | | |
|---------------------------------------|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> EpiPen | <input type="checkbox"/> Cateter urinário de demora (Foley) | <input type="checkbox"/> Bomba de insulina | <input type="checkbox"/> Linha intravenosa periférica |
| <input type="checkbox"/> Cateter PICC | <input type="checkbox"/> Cateter Port-a-Cath | <input type="checkbox"/> Oxímetro de pulso | <input type="checkbox"/> Traqueostomia |

Informações adicionais do condado

Que tipo de respirador é usado?

Quais são os ajustes do respirador?

Indique qualquer equipamento clinicamente necessário para o inscrito que NÃO precise de energia elétrica para funcionar

TRANSPORTE E MOBILIDADE

O inscrito tem as seguintes necessidades de transporte: (selecione todas as opções válidas)

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Precisa de transporte para um abrigo | <input type="checkbox"/> Pode ser transportado em um carro | <input type="checkbox"/> Pode ser transportado em um ônibus | <input type="checkbox"/> Precisa ser transportado em um veículo acessível para cadeirantes |
| <input type="checkbox"/> Precisa ser transportado de maca em uma van | <input type="checkbox"/> Usa cadeira de rodas, mas pode ser transferido para um assento de van | <input type="checkbox"/> Requer transporte especial devido ao peso | <input type="checkbox"/> Precisa de oxigênio contínuo durante o transporte |

Cuidador(es) precisa(m) de transporte:

Outra(s) pessoa(s) precisa(m) de transporte para o abrigo:

O inscrito tem as seguintes dificuldades de mobilidade: (selecione todas as opções válidas)

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Precisa de ajuda para caminhar | <input type="checkbox"/> Precisa de ajuda para ser transferido de/para a cama e/ou dispositivo de mobilidade | <input type="checkbox"/> Usa um elevador Hoyer para sair de uma cama | <input type="checkbox"/> Está acamado |
| <input type="checkbox"/> Paraplégico | <input type="checkbox"/> Quadriplégico | <input type="checkbox"/> Usa um andador | <input type="checkbox"/> Usa uma bengala |
| <input type="checkbox"/> Usa uma cadeira de rodas | <input type="checkbox"/> Usa uma cadeira de rodas motorizada/scooter | | |

Outro:

Informações adicionais do condado

*Você está registrado no Broward County Paratransit (TOPS)?

- Sim Não

Se sim, qual é o seu número de identificação de cliente TOPS?

*Você consegue chegar ao meio-fio do lado de fora de sua residência sozinho ou usando seu auxílio/dispositivo de mobilidade?

- Sim Não

*O inscrito precisa de transporte para um abrigo?

- Sim Não

Se você utiliza uma cadeira de rodas, precisa de ajuda na transferência?

- Sim Não

INFORMAÇÕES MÉDICAS E OUTRAS

Comportamental: (selecione todas as opções válidas)

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ansiedade | <input type="checkbox"/> Autismo | <input type="checkbox"/> Bipolar | <input type="checkbox"/> Agressivo/violento |
| <input type="checkbox"/> Transtorno de conduta | <input type="checkbox"/> Depressão | <input type="checkbox"/> Atraso no desenvolvimento | <input type="checkbox"/> Síndrome de Down |
| <input type="checkbox"/> Risco de fuga | <input type="checkbox"/> Obsessivo/compulsivo | <input type="checkbox"/> Transtorno de personalidade | <input type="checkbox"/> Psicose |
| <input type="checkbox"/> PTSD | <input type="checkbox"/> Esquizofrenia | <input type="checkbox"/> Pode representar perigo para si mesmo e/ou outras pessoas | <input type="checkbox"/> Abuso de substâncias |

Outro:



Registro de necessidades especiais da Flórida Informações de registro – Condado de Broward

INFORMAÇÕES MÉDICAS E OUTRAS			
Memória: (selecione todas as opções válidas)	<input type="checkbox"/> Alzheimer e outras doenças relacionadas	<input type="checkbox"/> Demência	<input type="checkbox"/> Memória prejudicada
Diálise: (selecione todas as opções válidas)	<input type="checkbox"/> Hemodiálise (hospitalar/residencial)	<input type="checkbox"/> Diálise peritoneal	
Nome da seguradora principal:			
Frequência de diálise: (selecione apenas uma)	<input type="checkbox"/> 1 vez por semana	<input type="checkbox"/> 2 vezes por semana	<input type="checkbox"/> 3 vezes por semana
	<input type="checkbox"/> 5 vezes por semana	<input type="checkbox"/> 6 vezes por semana	<input type="checkbox"/> 4 vezes por semana
		<input type="checkbox"/> 7 vezes por semana (diariamente)	
Número de identificação do seguro:			
Tipo de oxigênio: (selecione apenas um)	<input type="checkbox"/> Gasoso	<input type="checkbox"/> Líquido	
Você tem uma ordem de Não Reanimar (DNR)? IMPORTANTE: Em caso afirmativo, lembre-se de levar a cópia original amarela com você para o abrigo de necessidades especiais.	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Fluxo de litro de oxigênio/quantidade: (selecione apenas um)	<input type="checkbox"/> 0,5	<input type="checkbox"/> 1,0	<input type="checkbox"/> 1,5
	<input type="checkbox"/> 2,5	<input type="checkbox"/> 3,0	<input type="checkbox"/> 2,0
	<input type="checkbox"/> 4,5	<input type="checkbox"/> 5,0	<input type="checkbox"/> 3,5
	<input type="checkbox"/> 6,5	<input type="checkbox"/> 7,0	<input type="checkbox"/> 4,0
		<input type="checkbox"/> > 7,0	<input type="checkbox"/> 6,0
Modo de administração do oxigênio: (selecione apenas um)	<input type="checkbox"/> Máscara	<input type="checkbox"/> Cânula nasal	<input type="checkbox"/> Máscara de oxigênio de traqueostomia
Número do Medicaid:			
Número do Medicare:			
Alergias e reações a medicamentos (liste todos)			
Você precisa de ajuda para administrar seus medicamentos?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Outro: (selecione todas as opções válidas)	<input type="checkbox"/> Deficiência visual	<input type="checkbox"/> Parcialmente cego	<input type="checkbox"/> Cego
	<input type="checkbox"/> Surdo	<input type="checkbox"/> ELA (ALS)	<input type="checkbox"/> Artrite/Osteoporose
	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Câncer	<input type="checkbox"/> Paralisia cerebral
	<input type="checkbox"/> DPOC (COPD)	<input type="checkbox"/> Fibrose cística	<input type="checkbox"/> Diabetes (Tipo 1)
	<input type="checkbox"/> Incontinência	<input type="checkbox"/> Sonda IV	<input type="checkbox"/> Não fala
	<input type="checkbox"/> Dificuldade de fala	<input type="checkbox"/> Enfisema	<input type="checkbox"/> Doença cardíaca
	<input type="checkbox"/> Hipotensão (pressão baixa)	<input type="checkbox"/> Doença renal	<input type="checkbox"/> EM (MS)
	<input type="checkbox"/> Colostomia	<input type="checkbox"/> Ileostomia	<input type="checkbox"/> Urostomia
	<input type="checkbox"/> Parkinson	<input type="checkbox"/> Sonda de diálise peritoneal	<input type="checkbox"/> AVC
			<input type="checkbox"/> Deficiência auditiva
			<input type="checkbox"/> Angina
			<input type="checkbox"/> Insuficiência cardíaca
			<input type="checkbox"/> Diabetes (Tipo 2)
			<input type="checkbox"/> Dificuldade em entender instruções verbais
			<input type="checkbox"/> Hipertensão (pressão alta)
			<input type="checkbox"/> Distrofia muscular
			<input type="checkbox"/> Marcapasso/AICD
	Escaras (úlceras de decúbito):		
	Doença contagiosa:		
	Alergias e reações a alimentos:		
	Convulsões:		
	Outro:		



Registro de necessidades especiais da Flórida Informações de registro – Condado de Broward

MEDICAMENTOS DO INSCRITO (use outra folha se precisar de mais espaço)

*Nome da medicação	Dosagem	Via	Requer refrigeração
		<input type="checkbox"/> Autoinjeter <input type="checkbox"/> Injeção <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Subcutâneo <input type="checkbox"/> Sublingual <input type="checkbox"/> Transdermal <input type="checkbox"/> Inalação	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		<input type="checkbox"/> Autoinjeter <input type="checkbox"/> Injeção <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Subcutâneo <input type="checkbox"/> Sublingual <input type="checkbox"/> Transdermal <input type="checkbox"/> Inalação	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		<input type="checkbox"/> Autoinjeter <input type="checkbox"/> Injeção <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Subcutâneo <input type="checkbox"/> Sublingual <input type="checkbox"/> Transdermal <input type="checkbox"/> Inalação	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		<input type="checkbox"/> Autoinjeter <input type="checkbox"/> Injeção <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Subcutâneo <input type="checkbox"/> Sublingual <input type="checkbox"/> Transdermal <input type="checkbox"/> Inalação	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		<input type="checkbox"/> Autoinjeter <input type="checkbox"/> Injeção <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Subcutâneo <input type="checkbox"/> Sublingual <input type="checkbox"/> Transdermal <input type="checkbox"/> Inalação	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		<input type="checkbox"/> Autoinjeter <input type="checkbox"/> Injeção <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Subcutâneo <input type="checkbox"/> Sublingual <input type="checkbox"/> Transdermal <input type="checkbox"/> Inalação	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		<input type="checkbox"/> Autoinjeter <input type="checkbox"/> Injeção <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Subcutâneo <input type="checkbox"/> Sublingual <input type="checkbox"/> Transdermal <input type="checkbox"/> Inalação	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

OUTRAS OBSERVAÇÕES SOBRE O INSCRITO



**Registro de necessidades especiais da Flórida
Informações de registro – Condado de Broward**

OUTRAS OBSERVAÇÕES SOBRE O INSCRITO
