\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**¿Qué es STRATFORD ¡ALERTA!?**

Un registro para residentes de Stratford que tienen una necesidad médica o especial que requiere preparación antes, durante y/o después de una emergencia debido a ciertas condiciones, incluyendo:

* Uso de sistemas de soporte vital como oxígeno, respirador/ventilador, diálisis, marcapasos o dependencia de la insulina
* Movilidad limitada o dificultad para caminar
* Ciego o con discapacidad visual, sordo o con discapacidad auditiva, o otra condición sensorial
* Discapacidades del habla, del desarrollo o de salud mental
* Uso de animales de servicio

**¿Por qué debería registrarme?**

Al registrarse en STRATFORD ¡ALERTA!serás puesto en un sistema de notificación que permitirá a los funcionarios de la ciudad alertarlo antes, durante y/o después de una emergencia. La información también se comparte con los socorristas para que sepan de su necesidad médica antes de llegar en caso de que alguna vez necesite asistencia de emergencia.

Nota: inscribirse no garantiza que usted recibirá ayuda durante una emergencia o que se le brindará un cierto nivel de atención o servicio.

**¿Cómo me inscribo?**

Para inscribirse usted mismo o cualquier otra persona por quien tenga una responsabilidad legal, simplemente complete, firme y envíe su formulario de inscripción. El Departamento de Salud de Stratford enviará un recordatorio anual para solicitar información actualizada.

Toda la información recopilada a través de este registro está protegida y el personal de emergencias de la ciudad de Stratford solo la utiliza durante una emergencia.

Los formularios se pueden encontrar en la pagina: www.stratfordct.gov/health

Puede enviar su solicitud completa por correo electrónico a health@townofstratford.com o enviarla por correo o dejarla en cualquiera de las siguientes ubicaciones:

Departamento de Salud de Stratford: 468 Birdseye Street, Stratford, CT 06615

Centro para personas mayores Baldwin: 1000 W Broad Street, Stratford, CT 06615

Si tienes preguntas o necesitas más información, llame al 203-385-4090. La solicitud está disponible en otros Idiomas y formatos alternativos.

Información General: Los campos marcados con un asterisco (\*) son obligatorios. Por favor imprime claramente. *rly*

Primer nombre \*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Apellido \*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sufijo (Jr., Sr., III):\_\_\_\_\_\_

Direccion de casa \*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Apt / Unidad #:\_\_\_\_\_\_\_\_

Ciudad (\*): Estado (\*): Código postal \*:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Es usted residente temporal de Stratford? (Se muda en menos de 12 meses) Sí No

Número de teléfono de casa: ­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de celular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Género: Masculino Femenino

Idioma principal (incluido el lenguaje de señas):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del cuidador (opcional): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de teléfono: ­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del medico (opcional): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de teléfono: ­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del farmacéutico (opcional): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de teléfono ­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Información de Contacto en caso de Emergencia:**

Primer nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sufijo (Jr., Sr., III):\_\_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de teléfono primario: ­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Correo electrónico:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Por favor marque sólo aquellos que correspondan:**

 Sordo o con problemas de audición Movilidad limitada o dificultad para caminar

 Ciego o con discapacidad visual Requiere atención las 24 horas

 Discapacitadad de hablar Alzheimer/Demencia/Discapacidad Psiquiátrica

 Condicion cronica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No se puede comunicar verbalmente

 Discapacidad del desarrollo (e.g. autismo) Requieren electricidad para equipos de soporte vital

 Requiere un ventilador/respirador Dependiente de insulina

 Requiere equipo de oxígeno portátil Requiere un marcapasos

 Requiere una silla de ruedas/scooter/andador Diálisis

 Confinado a una cama Otro (por favor especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Tiene acceso a transporte? Sí No

*\*El acceso al transporte debe ser de tiempo completo/dedicado, no incluyendo transporte público*

¿Tienes un animal de servicio?? Sí No

¿Tiene uno o más hijos menores de 18 años viviendo con usted? Sí No

¿Tiene una o más mascotas viviendo con usted? Sí No

**Condiciones y autorización para divulgar información, incluida información de salud protegida POR FAVOR LEA Y PON SUS INICIALES LO SIGUIENTE:**

Entiendo que mi participación en las STRATFORD ¡ALERTA!de la ciudad de Stratford es voluntaria y que toda la información proporcionada solo se utilizará para fines de planificación y respuesta a emergencias. **\_\_\_\_\_**

Entiendo que, en cualquier momento, puedo solicitar que mi nombre e información sean eliminados de STRATFORD ¡ALERTS! presentando una solicitud por escrito al Departamento de Salud de Stratford. **\_\_\_\_\_**

Entiendo que la información solo se utilizará para ayudar a los socorristas a comprender la condición que se encontrarán al responder, pero no garantiza que se brinde un nivel específico de atención/servicio.  **\_\_\_\_\_**

Entiendo que mi inscripción en STRATFORD ALERTS! no garantiza que la ciudad de Stratford proporcionará transporte o servicios de apoyo durante una emergencia o desastre.. **\_\_\_\_**\_

Entiendo que sigo siendo responsable de mí mismo en caso de una emergencia y debo llamar al 911 si me encuentro en una situación que pone en peligro mi vida.**\_\_\_\_\_**

Entiendo que sigo siendo responsable de cualquier costo asociado con el hospital u otra atención médica. **\_\_\_\_\_**

Entiendo que soy responsable de hacer mis propios preparativos de emergencia, incluido el suministro de medicamentos, equipos y suministros médicos y artículos dietéticos que puedan ser necesarios si soy evacuado de mi hogar.. **\_\_\_\_\_**

Entiendo que solo se puede brindar asistencia para la comunicación/planificación previa al evento y durante la duración de una evacuación, emergencia o desastre.. **\_\_\_\_\_**

Doy permiso para la divulgación de esta información a proveedores médicos de emergencia estatales y locales, agencias de transporte y otros socios de preparación y respuesta ante emergencias que trabajan con la ciudad de Stratford durante tiempos de desastre o emergencia.**\_\_\_\_\_**

*Por la presente confirmo que la información facilitada voluntariamente en esta inscripción es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.* *En caso de que la información que he facilitado deba modificarse o si deseo que se suprima, lo solicitaré por escrito. He tenido la oportunidad de leer y considerar el contenido de esta Autorización. Entiendo que, al firmar a continuación, confirmo mi autorización para que el Departamento de Salud de Stratford pueda divulgar la información descrita anteriormente a las organizaciones mencionadas en este formulario. Entiendo las limitaciones del servicio y el nivel de atención disponible.* **\_\_\_\_\_**

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: ­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y apellido: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Si alguien distinto del solicitante ha rellenado este formulario, responda a lo siguiente:**

Nombre y apellido: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de teléfono:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_