



Registro del Estado de Texas para Asistencia en Casos de Emergencia (STEAR) 2024

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

<https://tdem.texas.gov/wp-content/uploads/2019/08/NursingAsstdLvnRegForm.pdf>

Cada persona inscrita debe llenar un (1) formulario.

****Al registrarse en STEAR, usted está dando su consentimiento para compartir su información con los socorristas y otras agencias estatales durante un desastre. ****

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? Sí 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 de apto o suite: _____

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

4d. * **Ciudad:** _____

5. Condado, si lo sabe: _____

6. * **Dirección de correspondencia** Marque la casilla de verificación si la dirección es la misma

6a. Número y nombre de la calle: _____

6b. Número de apartamento o suite: _____

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

6e. Ciudad: _____

7. Correo electrónico (si lo tiene): _____

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

8a. ¿Es el mejor número de teléfono su celular? (De ser así, escoja uno)

- AT&T, GoPhone, Net10, Straight Talk, or Tracfone | Boost Mobile | Cricket |
 Metro PCS | Nextel | Sprint | T-Mobile | Virgin Mobile | Verizon or Spectrum

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 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:

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, ¿sucidador, 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. * ¿do you have a disability or medical condition that would prevent you from receiving or understanding emergency warnings or instructions whether in your home or away from home?

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:

Nombre de la persona inscrita: _____

Ayuda con transporte

17.* ¿Tiene transporte para evacuar? Responda "Sí" si tiene un vehículo o alguien que conoce para llevarlo a un lugar fuera de la ciudad. Responda "No" si NO tiene una manera de evacuar. Los planificadores usan esta pregunta para estimar cuántas personas necesitan transporte durante una evacuación

Sí No

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

Sí No

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

Medically Fragile

20.* ¿Se identifica como un individuo médicamente frágil? En caso *afirmativo*, proceda a responder a las preguntas del 21 al 25b. Si "No", proceda a la pregunta 26.

Sí No

21. ¿Le han diagnosticado Alzheimer u otros trastornos relacionados?

Sí No

22. ¿Le han diagnosticado una enfermedad crónica debilitante?

Sí No

23. ¿Recibe servicios de diálisis?

Sí No

24. ¿Tiene una afección médica que requiere la supervisión de 24 horas de una enfermera especializada?

Sí No

25a. ¿Utiliza dispositivos médicos de soporte vital que requieren energía eléctrica? (Los ejemplos incluirían un respirador, una unidad de succión, un concentrador de oxígeno, un ventilador o una bomba de alimentación)

Sí No

25b. **[Si se responde Sí a 25a]** ¿Cuántas horas de energía proporciona su fuente de reserva de electricidad? _____ horas

Necesidades funcionales
<p>26.* ¿ Tiene una discapacidad o necesidad funcional o de acceso que requerirá asistencia adicional durante una emergencia? En caso afirmativo, proceda a responder a las preguntas del 27 al 31. En caso de "no", proceda a la pregunta 32.</p> <p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p>
<p>27. ¿ Está recibiendo tratamiento médico de un enfermero o médico en su hogar o en un consultorio más de dos veces a la semana? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p>
<p>28a. 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. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p>
<p>28b. [Si respondió afirmativamente a la P28a] ¿ 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 33]. Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>
<p>29. ¿ Tiene alguna discapacidad o necesidad médica en la que requiera viajar acostado?</p> <p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p>
Necesidades funcionales (cont.)
<p>30. ¿ Pesa más de 150 Kg/150 lbs? El transporte de emergencia requiere equipos especiales en ciertos casos si se excede este peso. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p>
<p>31a. ¿ 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. <i>Silla de ruedas</i> <i>Bastón</i> <i>Caminador</i> <i>Nebulizador</i> <i>Muletas</i></p> <p>Otro: _____ <i>Ninguno</i></p>
<p>31b. [Si marcó silla de ruedas en la P31a] ¿ Tiene una silla de ruedas motorizada o personalizada? Responda afirmativamente si tiene una motoneta o silla de ruedas eléctrica.</p> <p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p>
<p>32.* ¿ Tiene un refugio contra tormentas o una habitación de seguridad en su residencia?</p> <p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p>

Nombre de la persona inscrita: _____

33. ¿Hay comentarios u observaciones adicionales que debamos anotar en suregistro? 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: _____