

FORMULARIO DE REGISTRACION PARA NECESIDADES ESPECIALES

Apellido _____ Nombre _____ Segundo Nombre _____

Seguro Social _____ (si lo tiene) Sexo _____ Idioma _____ Raza _____

Fecha de Nacimiento ____ - ____ - ____ Edad ____ Número de Teléfono(____) _____
Mes Día Año

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Codigo Posta _____ Fecha _____

Contacto de Emergenica:

Nombre _____ Relación _____

Dirección _____

Teléfono del trabajo _____ Teléfono de la casa _____ Celular _____

Funciones en general y Condición Médica

- ADL Impairment (incapacidad de actividades diarias)
- Postrado(a) en cama
- Ciego(a)
- Bastón
- HDM (recibe comida ambulante)
- El cliente se cuida solo(a)
- El cliente entiende lo que esta pasando
- Sordo(a)
- Diabetes (azúcar en la sangre)
- Diálisis
- Necesidad Económica
- Necesidades Especiales
- Ensure
- Oxigeno
- Impedido de la vista (no puede ver)
- Elegibilidad especial
- Cliente con necesidades especiales
- Incapacitado del habla
- Aparato que se usa para ayudar a caminar
- Estado general de Funciones _____
- Impedido para oír
- Presión arterial alta/embolia cerebral
- IADL impairments (necesidad de instrumentos para actividades diarias)
- Necesita usar Insulina
- Vista limitada
- Vive solo(a)
- Necesita Electricidad Médica
- Casa Ambulante(traila)
- No se puede mover bien (impedido)
- Monitor
- Escala Nutritiva (dieta)
- Requiere otra clase de Electricidad
- Recibe comida ambulante en su casa
- Necesita cuidado las 24 horas del día
- Aparato para producir respiración artificial
- Se ha declarado Incapacitado
- Perro o animal lazarillo (perro guia)

Esta de acuerdo hacer transportado _____

Medicamentoss: _____

Condiciones Médicas: _____

