

Florida Department of Health - Hillsborough Shelter Evaluation Form
(PLEASE PRINT)

Failure to complete the entire form WILL delay your evaluation!

Last Name:		First Name:		Middle Initial:	Last 4 digit of SS: XXX-XX-
Sex: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	Height:	Weight:	Date of Birth:	Telephone:	Primary Language:
Street Address:		Lot/Apt #	City:		Zip Code:
Living Arrangements: <input type="checkbox"/> Alone <input type="checkbox"/> With Relative <input type="checkbox"/> Other:					
Mailing Address(if different):		City:	Zip Code:	Mobile Home?: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Mobile Home Park Name:	
<u>Local</u> Emergency Contact Name:		Relationship:		Telephone:	
<u>Out of Town</u> Emergency Contact Name:		Relationship:		Telephone:	
Caregiver Name:		Relationship:		Telephone:	
Only immediate family living in household can accompany you to the shelter.					
Primary Doctor's Name: Telephone:			Home Health Agency: Telephone:		
Name Your Medical Problems: (Bring List of Medications with you to the Shelter)					
Are you under the care of HOSPICE? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No (HOSPICE patients do NOT need to complete this form. They should contact their HOSPICE caregiver to arrange for special needs shelter and/or transportation.)					
TRANSPORTATION: Do you need a ride to the Shelter? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No					
Mobility Assessment: (Check all that apply)			Electric Dependent: (Check all that apply)		
<input type="checkbox"/> I can walk <input type="checkbox"/> Walker <input type="checkbox"/> Bedridden <input type="checkbox"/> Hearing Impaired <input type="checkbox"/> Blind			<input type="checkbox"/> Wheelchair/scooter <input type="checkbox"/> Cane <input type="checkbox"/> Uses lift to get out of bed <input type="checkbox"/> Deaf <input type="checkbox"/> Partially Blind		
<input type="checkbox"/> Feeding Pump <input type="checkbox"/> Nebulizer <input type="checkbox"/> Apnea Monitor <input type="checkbox"/> Ventilator <input type="checkbox"/> Oxygen _____ No. of hrs. daily _____ Liter Flow _____ Portable Tank <input type="checkbox"/> Dialysis <input type="checkbox"/> Other _____			<input type="checkbox"/> Suction Pump <input type="checkbox"/> Cardiac Monitor <input type="checkbox"/> CPAP/BPAP <input type="checkbox"/> Concentrator		
Cognitive Assessment: (Check all that apply)			Special Care: (Check all that apply)		
<input type="checkbox"/> Mental Health Problems <input type="checkbox"/> Psychiatric <input type="checkbox"/> Alzheimer's <input type="checkbox"/> Autism <input type="checkbox"/> Conduct Disorder <input type="checkbox"/> Obsessive Compulsive <input type="checkbox"/> Anxiety <input type="checkbox"/> Depression <input type="checkbox"/> Dementia			<input type="checkbox"/> Open Wound <input type="checkbox"/> Ostomy <input type="checkbox"/> Catheter <input type="checkbox"/> Incontinence/Adult Diapers Assistance required with medication? <input type="checkbox"/> I need a nurse or caregiver to administer medication		
I have Trained Service Animal: What kind? _____			What arrangements have you made for your pets? _____		
By signing this form I give my authorization for the medical information contained herein to be released to the county health department, emergency management, local fire districts, and receiving facilities for the purpose of evaluating my needs and providing emergency transportation and sheltering. Records relating to registration of disabled citizens are exempt for the provisions of F.S. 119.07(1), Public Records Law. The information contained here will be kept confidential.					
_____ Signature of Patient / Guardian			_____ Date Signed		
Return form to: Florida Department of Health – Hillsborough PHP PO Box 5135 Tampa, Fl 33675-5135 Or FAX to (813) 276-8689. For more information call (813) 307-8063					
For Office Use Only (Check all that apply): Special Needs Shelter: _____ Red Cross Shelter: _____ Hospital: _____ Shriners: _____ Dialysis: _____ FAHA _____ Aging Services _____					

Hoja de Evaluación para Refugio Departamento de Salud de Florida - Hillsborough
(FAVOR DE USAR LETRA DE MOLDE)

¡Si el formulario no está completo esto, atrasará la evaluación de su solicitud!

Apellido:		Nombre:		Inicial:	Ultimos 4 dígitos del SS: XXX-XX-	
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Estatura:	Peso:	Fecha de Nacimiento:	Teléfono:	Lenguaje Principal:	
Dirección:		Lote/Apt #:	Ciudad:		Código Postal:	
Usted vive: <input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Con familiares <input type="checkbox"/> Otro:						
Dirección Postal (si es diferente):		Ciudad:	Código Postal:	Casa Móvil?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nombre de la Comunidad:		
Contacto de Emergencia <u>Local</u> :			Parentesco:		Teléfono:	
Contacto de Emergencia <u>Fuera del Condado</u> :			Parentesco:		Teléfono:	
Nombre de la persona que lo cuidará en el refugio:			Parentesco:		Teléfono:	
Solo personas que viven en su casa pueden acompañarlo al refugio.						
Nombre del doctor de cabecera: Teléfono:			Agencia de cuidado en la casa "Home Health" _____ Teléfono:			
Escriba sus Problemas Médicos: (Traiga su lista de medicamentos con usted al refugio.)						
¿Está bajo el cuidado de "HOSPICE"? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Pacientes de "HOSPICE" NO necesitan completar esta forma. Deben comunicarse con "HOSPICE" para hacer arreglos para el refugio de necesidad especial/y transportación.)						
TRANSPORTACION: ¿Necesita que lo busquen para llevarlo al refugio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
Evaluación de Movilidad: (Seleccione todas las que sean pertinentes.)				Depende de Electricidad: (Seleccione todas las que sean pertinentes.)		
<input type="checkbox"/> Puedo caminar <input type="checkbox"/> Uso andador <input type="checkbox"/> Impedimento auditivo <input type="checkbox"/> Ciego(a) <input type="checkbox"/> Convalezco en Cama <input type="checkbox"/> Levantamiento para salir de la cama.				<input type="checkbox"/> Bomba de Alimentación <input type="checkbox"/> Nebulizador <input type="checkbox"/> Monitor de Apnea <input type="checkbox"/> Ventilador Respiratorio <input type="checkbox"/> Oxígeno ____ Num. de hrs. diarias ____ Fluído por Litro ____ Tanque Portable		
<input type="checkbox"/> Uso silla de ruedas <input type="checkbox"/> Uso un bastón <input type="checkbox"/> Mudo(a) <input type="checkbox"/> Parcialmente ciego(a) <input type="checkbox"/> Uso Sistema de				<input type="checkbox"/> Bomba de Succión <input type="checkbox"/> Monitor Cardiac <input type="checkbox"/> CPAP/BPAP <input type="checkbox"/> Concentrador <input type="checkbox"/> Diálisis <input type="checkbox"/> Otro _____		
Evaluación Cognitiva: (Seleccione todas las que sean pertinentes.)				Cuidado Especial: (Seleccione todas las que sean pertinentes)		
<input type="checkbox"/> Problemas Salud Mental <input type="checkbox"/> Alzheimer's <input type="checkbox"/> Autismo <input type="checkbox"/> Problema de Conducta <input type="checkbox"/> Obsesión Compulsiva <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Demencia				<input type="checkbox"/> Problemas Siquiátricos <input type="checkbox"/> Herida abierta <input type="checkbox"/> Catéter (sonda) <input type="checkbox"/> Colostomía <input type="checkbox"/> Incontinencia/ Pañales de Adulto ¿Necesita ayuda con las medicinas? <input type="checkbox"/> Necesito una enfermera o asistente para que me de las medicinas		
Tengo un Animal de Servicio (ejemplo, Perro Guía): ¿Qué clase? _____			¿Qué arreglos ha hecho para sus mascotas (animales domésticos) ? _____			
Firmando esta forma doy mi autorización al Departamento de Salud del Condado de Hillsborough, departamento de manejo de emergencias, a los distritos locales de bomberos, y a facilidades del gobierno para usar la información médica contenida en esta forma con el fin de evaluar mis necesidades y de proporcionar el transporte de emergencia al refugio. Los expedientes relacionados con el registro de ciudadanos con necesidades especiales están exentos de las provisiones de F.S. 119.07(1), ley de los expedientes públicos. La información contenida aquí será mantenida confidencial.						
Firma del Paciente / Guardian				Fecha		
Envíe esta forma al: Departamento de Salud de Florida - Hillsborough PHP PO Box 5135 Tampa, Fl 33675-5135 O FAX a (813) 276-8689. Para más información llame al (813) 307-8063						
For Office Use Only (Check all that apply):						
Special Needs Shelter: _____	Red Cross Shelter: _____	Hospital: _____	Shriners: _____	Dialysis: _____	FAHA: _____	Aging Services: _____