

**Por favor seleccione todas las respuestas válidas.**

**Mantenimiento de la salud o necesidades médicas:**

- Uso oxígeno (tanques/cilindros).
- Yo uso un concentrador de oxígeno.
- Yo uso un ventilador.
- Yo uso un CPAP o BiPAP
- Necesito ayuda con tratamientos médicos (como cuidado de heridas, manejo de medicamentos, tratamientos respiratorios...)

**Transporte**

- Necesitaría transporte en caso de una evacuación.
- No puedo conducir.
- No tengo acceso a transporte privado en caso de emergencia.

**Necesidades de Independencia**

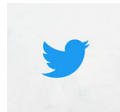
- Yo uso un (circule todo lo que corresponda):  
silla de ruedas scooter andador bastón
- Estoy principalmente atado a la cama
- Necesito una fuente de alimentación para cargar mis dispositivos de asistencia alimentados por batería
- Necesito adaptaciones bariátricas
- Necesito la ayuda de un cuidador con actividades no médicas, como arreglarme, bañarme, vestirme, ir al baño y alimentarme.

**Animales**

- Tengo un animal de servicio certificado:  
Perro                    Mini Caballo
- Tengo un animal de apoyo emocional. Raza:
- Tengo mascotas. Raza(s):
- Tengo animales de granja. Raza(s):



**Síguenos en las redes sociales**



**@LebanonDES**



**Lebanon County Department  
of Emergency Services**



**Lebanon County Special  
Operations 50**

**Departamento de Servicios  
de Emergencia del Condado  
de Lebanon**

**Preparación para emergencias  
Registro de Acceso y  
Necesidades Vulnerables**

1805 Cornwall Road  
Lebanon, PA 17042  
717-272-7621  
EM@lcdes.org



Separe este extremo del papel y envíelo por correo a LCDES.

- ¿Tienes movilidad limitada?
- ¿Necesita energía para sus dispositivos médicos?
- ¿Tiene una discapacidad visual o auditiva que podría afectar su capacidad para saber que un desastre es inminente o que se necesita una evacuación?
- ¿Tienes un niño con necesidades especiales?
- ¿Tiene necesidades médicas especiales?
- En una emergencia, el tiempo cuenta. En un desastre, el tiempo se vuelve aún más crucial.
- Durante los desastres, es imperativo que los proveedores de servicios de emergencia locales sepan quién necesita su ayuda.

Su información se mantendrá confidencial y solo se utilizará para la planificación de emergencias y los esfuerzos de respuesta.

Tu participación es voluntaria...pero esperamos que nos ayudes...a ayudarte!

Complete el formulario en el reverso y envíelo por correo al Departamento de Servicios de Emergencia del Condado de Lebanon:

**1805 Cornwall Road  
Lebanon, PA 17042**

**(717) 272-7621**

**EM@lcdes.org**



Nombre:

Dirección:

Ciudad:

Código Postal:

Municipio:

Número de teléfono:

Móvil:

Casa:

Nombre del contacto de emergencia:

Número de teléfono de contacto de emergencia:

**Por favor seleccione todas las respuestas válidas.**

**Necesidades de comunicación:**

El inglés no es mi idioma principal. Yo hablo:

Tengo una discapacidad auditiva.

Tengo una discapacidad visual.

No hablo o tengo dificultad para hablar.

Necesito acceso a servicios o dispositivos de comunicación auxiliares.

**Servicios/Soporte/Autodeterminación**

Tengo necesidades de salud mental.

Tengo necesidades de discapacidad del desarrollo.

Tengo un deterioro cognitivo.