

Recursos Adicionales

9-1-1 Emergencias

3-1-1 Información sobre el Gobierno

O llame gratis afuera del Condado Miami-Dade 1-888-311-DADE (3233); TTY/TTD 305-468-5402

2-1-1 Servicios Sociales para la Familia

TTY: 305-644-9449

Florida Power and Light (FPL)

1-800-4-OUTAGE (800-468-8243); 7-1-1 (Sordo Mudo)

Agencia Federal para el Manejo de Emergencias

1-800-621-FEMA (3362); TDD: 800-462-7585

<http://www.fema.gov>

Miami-Dade Manejo de Emergencia

<http://www.miamidade.gov/oem>

AT&T

1-888-757-6500; TDD: 305-780-2273

6-1-1 (reparaciones)

La Cruz Roja Americana

305-644-1200

<http://www.miamiredcross.org>



El Programa de Asistencia para Evacuación en caso de Emergencias



Miami-Dade Manejo de Emergencia

9300 NW 41 Street

Miami, Florida 33178

(305) 468-5900

www.miamidade.gov/oem



Miami-Dade Manejo de Emergencia

9300 NW 41 Street

Miami, Florida 33178

(305) 468-5900

www.miamidade.gov/oem

Esta información esta disponible en Inglés, Español, Criollo Haitiano. Para obtener esta información en formato alternativo como en braille, copias en letras aumentadas ó electrónicamente, por favor llame al 305-468-5900.



Que es el Programa de Asistencia para Evacuación de Emergencias (EEAP)?

El Programa de Asistencia para Evacuación en caso de Emergencias (EEAP, siglas en inglés) está diseñado para personas que viven en sus hogares y necesitan ayuda para ser evacuados.

El registro de EEAP puede ser usado para cualquier emergencia que requiera una evacuación, tales como inundaciones, huracanes o derrames de materiales peligrosos, escapes o fugas de gas. Los recursos de los Centros de Evacuación son limitados y las personas que estén registradas tendrán prioridad cuando surja una emergencia. Los Centros de Evacuación solo estarán disponibles como último recurso para personas que no tienen otro lugar donde acudir. Si usted necesita evacuar, primero debe buscar refugio con parientes, amistades u organizaciones comunitarias.

Quien califica para Asistencia de Evacuación?

Cualquier persona que no pueda evacuar o buscar refugio por cuenta propia y requiere asistencia para la evacuación. Los residentes que puedan requerir ayuda adicional para evacuar debido a condiciones médicas, necesiten transporte especializado u otra necesidad de asistencia para evacuar, deben preinscribirse para recibir asistencia. Miami-Dade Manejo de Emergencia trabajará con las personas registradas para asegurar que obtengan la ayuda necesaria en caso de un desastre. Las personas que puedan requerir asistencia de evacuación incluye a aquellos que:

- Son incapaces de evacuar por cuenta propia debido a que requieren transporte especializado.
- Son residentes incapacitados para salir de casa y no pueden caminar a un punto de recogida del autobús no tienen a nadie que puedan proporcionarles transporte.
- Tienen necesidades médicas que les impiden evacuar por cuenta propia.
- Son pacientes restringidos a una cama.
- Son individuos que la vida de ellos depende de equipo médico que requiere electricidad para funcionar.
- Son individuos que necesitan asistencia con las actividades de la vida diaria.

Los residentes de una vivienda con asistencia o residencias para la tercera edad no califican para este programa.

Porque Necesitar la Ayuda del EEAP

Acontecimientos potencialmente peligrosos que podrían ocurrir en el Condado de Miami-Dade incluyen los siguientes:

- Huracanes o tornados.
- Derrame de productos químicos/materiales peligrosos (p. ej., accidente industrial o un acto de terrorismo).
- Incendios forestales fuera de control.
- Cortes de electricidad generalizados.
- Emisiones de radiaciones (p. ej., de un incidente en una planta de energía nuclear o un acto de terrorismo).

Para mas información, por favor contactar al:

Miami-Dade County Answer Center:
3-1-1 o (305) 468-5900
TDD: (305) 468-5402
o Florida Relay Service at **7-1-1**
Pagina electrónica de emergencia: www.miamidade.gov/oem

Planeando con anticipación, ayudará asegurar que usted y sus seres queridos permanezcan seguros. También podrá ahorrar tiempo, dinero y preocupaciones. Usted debe preparar un maletin que contenga los suministros que pueda necesitar durante una evacuación o un desastre. Almacenarlos en un contenedor que sea fácil de llevar, como una mochila o bolso de mano. Utilice las siguientes sugerencias para marcar los artículos que usted incluirá. Utilice los espacios en blanco para los artículos que desee agregar a la lista.

Que Llevar a un Centro de Evacuación

COMIDA/AGUA

- Agua embotellada
- Conservas alimenticias o enlatados de alimentos que no necesiten refrigeración
- Meriendas
- Artículos alimenticios especiales

MÉDICO

- Medicamentos
- Información de las recetas médicas (P.ej., nombre del médico, nombre del medicamento)
- Anteojos o lentes de contacto
- Equipo médico duradero (P. ej. Muletas, bastón, andador)
- Suministros médicos consumibles (e.g., tiras de prueba para diabéticos, inhalador, etc.)

ROPA

- Un cambio completo de ropa y calzado

ROPA DE CAMA

- Sábanas, sacos de dormir

ARTÍCULOS DE HIGIENE PERSONAL

- Desinfectante
- Cepillo de dientes/pasta de dientes
- Artículos sanitarios

MISCELÁNEOS

- Radio operado con baterías
- Baterías de repuesto
- Botiquín de primeros auxilios
- Par de anteojos extra
- Dinero en efectivo, tarjetas de crédito
- Juego de llaves adicional
- Documentos importantes (P. ej. prueba de residencia, documentos de seguros, identificación)
- Linterna
- Silbato
- Bolsas plásticas de basura
- Números de teléfono importantes
- Artículos de entretenimiento para niños (P.ej. rompecabezas, juguetes pequeños, juegos, peluches)
- Comida y suministros para animales
- Pañales
- _____
- _____
- _____
- _____



Una lista completa de los suministros para evacuación en casos de emergencias puede encontrarse en la pagina electrónica Ready South Florida:
www.readysouthflorida.org

Notificación a los solicitantes

Todos los solicitantes recibirán una carta por correo informando:

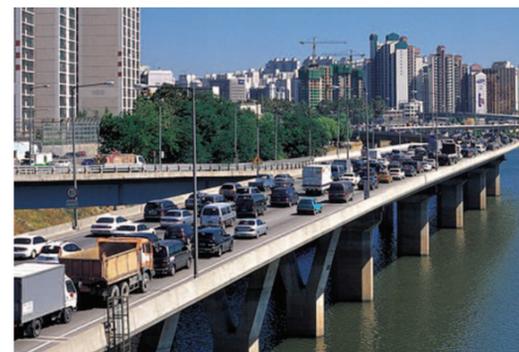
- El tipo de asistencia de evacuación que son elegibles para recibir;
- La responsabilidad de tener un plan de evacuación personal y un equipo de suministro para desastres; y
- La responsabilidad de actualizar su información en caso de cualquier cambio.

Debido a un número limitado de personal, nosotros recomendamos que una persona lo acompañe y permanezca con usted durante su estadía en el centro de evacuación para asegurarse de que se atiendan sus necesidades de manera oportuna.

Los solicitantes elegibles serán asignados a un centro de evacuación basado en sus necesidades. Centros de evacuación para menores de 18 años que requieren un nivel de atención especializado también estarán disponibles.



Los participantes registrados en el programa tienen la responsabilidad de mantener toda su información actualizada. Los participantes serán contactados por teléfono para coordinar la asistencia de evacuación cuando se emita la orden de evacuación. Los participantes deben llamar el número de Servicio al Cliente de EEAP (305) 513-7700 o 3-1-1 para reportar cambios en la información proporcionada en la aplicación.

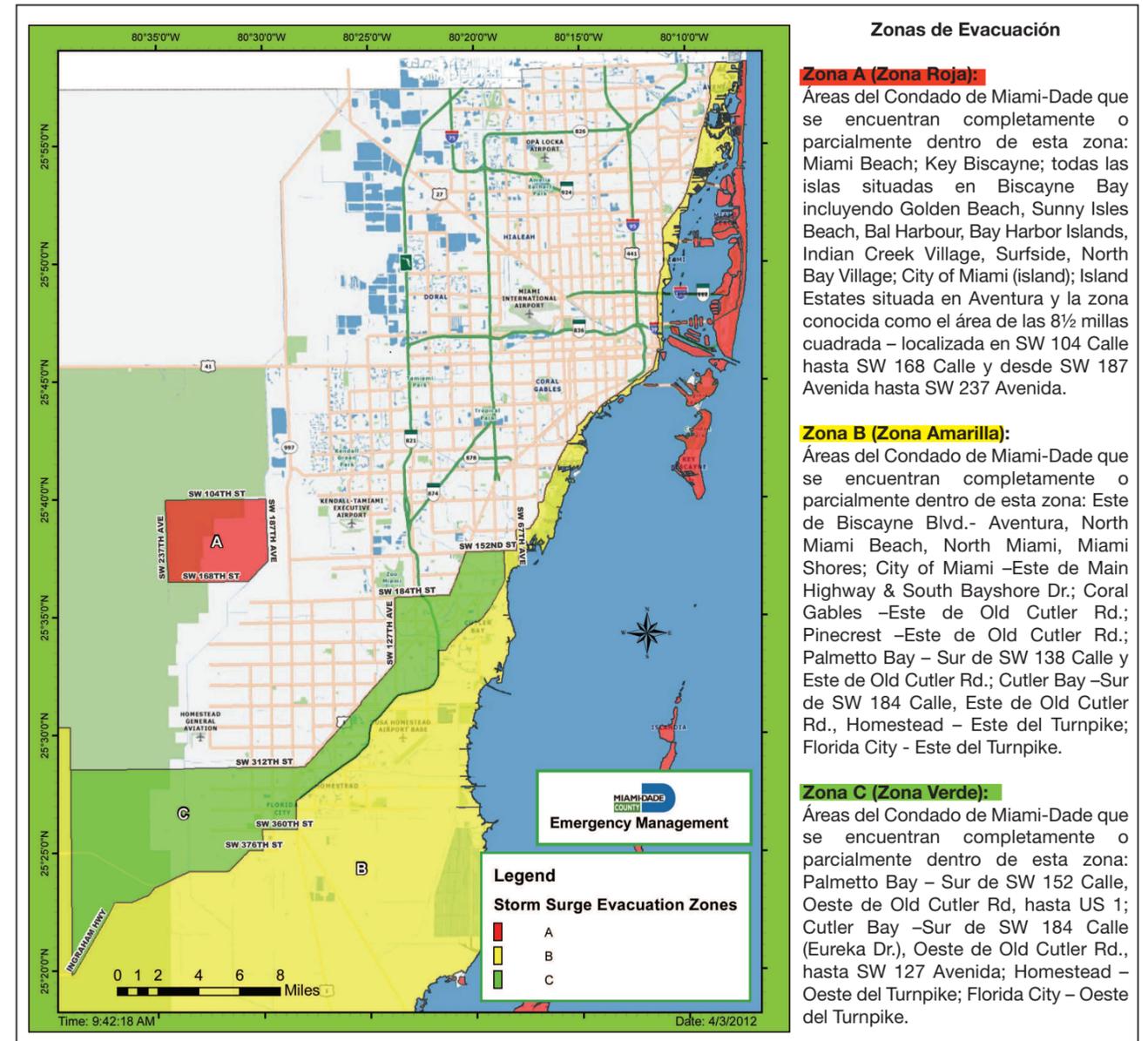


Lo Que Usted Puede Esperar

- Tan pronto como el Condado de Miami-Dade determine que debe emitir una orden de evacuación, todas las personas registradas en el Programa de Asistencia para Evacuación de Emergencias recibirán una llamada telefónica de Miami-Dade Manejo de Emergencia para determinar si necesitan de un centro de evacuación especializado y/o servicios de transporte.
- Los proveedores del servicio de transporte contactarán a las personas registradas en el Programa para coordinar el tiempo específico de la recogida.
- Las personas registradas en EEAP, que tienen su propio medio de transporte, serán contactados por teléfono para verificar a que centro de evacuación están asignados.
- Las personas registradas tienen la responsabilidad de estar preparados para evacuar cuando llegue el servicio de transporte. Si pierden el servicio de transporte previsto, puede no haber tiempo para un segundo intento de evacuación.

CONOZCA SU ZONA DE EVACUACIÓN PARA LOS HURACANES

Cuando ocurre un desastre, los residentes del Condado de Miami-Dade saben lo importante que es seguir las órdenes de evacuación y de evacuar las zonas de emergencia tan pronto como sea posible. En última instancia, le corresponde a la persona permanecer a salvo y refugiarse del peligro. Por eso es fundamental que los residentes planifiquen por adelantado como protegerse en caso de un desastre.



Para determinar si su ubicación está dentro de una área de evacuación, visite: <http://tinyurl.com/md-hurricanezone> (Escriba su dirección y haga click en "Hurricane Storm Surge Evacuation Zone" o llame al Centro de Información del Condado al 3-1-1 o gratis a 1-888-311-DADE (3233).

Alertas de Miami-Dade

No sea el último en saber cuando se emita una orden de evacuación. Inscríbese con Miami-Dade Alerts para recibir alertas por medio de mensajes de texto sobre incidentes de emergencias. Para obtener más información y para registrarse, visite: www.miamidade.gov/oem

RESPONSABILIDADES DE LOS EVACUADOS

Suministros

Los evacuados tienen la responsabilidad de traer suministros que les duren por lo menos 72 horas de todos sus medicamentos, suplementos alimenticios, equipos médicos y artículos personales al centro de evacuación. Es sumamente recomendable que si usted tiene una dieta especial, que usted traiga esos artículos alimenticios consigo para asegurarse de su máxima comodidad.



Período de Emergencia

Los clientes registrados tienen la responsabilidad de estar preparados para evacuar cuando llegue el servicio de transporte. El cliente tiene la responsabilidad de supervisar los medios de comunicación para obtener la información más actualizada sobre las acciones que tendrá que tomar. Si el cliente registrado pierde su recogida prevista, puede no haber tiempo para un segundo intento de evacuación.



Persona Encargada de su Cuidado

Debido a un número limitado de personal, nosotros recomendamos que una persona encargada de su cuidado permanezca con usted durante su estadía en el centro de evacuación para asegurar que se atiendan sus necesidades de manera oportuna.

Animales de Servicio/Mascotas

- Perros de guía y animales de servicio están permitidos en todos los centros de evacuación.
- Personas que han solicitado asistencia para la evacuación deben hacer arreglos para la evacuación y el cuidado de sus mascotas antes de ser evacuado.
- Miami-Dade ofrece centros de evacuación (Pet Friendly Evacuation Centers) para los residentes y sus mascotas que viven en áreas clasificadas como zonas de evacuación, en estructuras inseguras o casas móviles.
- Los evacuados deben acompañar y permanecer con sus mascotas en el centro de evacuación y simplemente no pueden dejar su mascota.

¿Sabía Usted?

Marcando el 3-1-1, usted recibe servicio personalizado en Inglés, Español ó Criollo Haitiano que proporciona las respuestas a sus preguntas sobre programas y servicios del Gobierno.

Regístrese Ahora

No espere que una orden de evacuación sea anunciada

- Los recursos que proporciona EEAP son limitados y las personas que están registradas tendrán prioridad cuando surge una emergencia.
- Los Centros de Evacuación solo estarán disponibles como último recurso para personas que no tienen otro lugar donde acudir. Solamente tienen atención médica básica y no ofrecen el mismo nivel de cuidado, ni tienen los mismos equipos disponibles, que en las instalaciones médicas.
- Personas que necesiten un nivel más alto de atención médica como oxígeno continuo o que la vida de ellos depende de equipo médico que requiere electricidad para funcionar y tienen condiciones médicas avanzadas, serán colocados en una instalación de acuerdo al nivel de cuidado requerido.
- Si más de una persona en su núcleo familiar necesita ayuda médica durante las evacuaciones, cada persona debe rellenar una solicitud separada.
- Para los solicitantes que requieran un nivel más alto de atención, su aplicación necesita ser firmada por su médico primario.
- Miami-Dade Manejo de Emergencia les enviará una carta a los solicitantes donde les informará si han sido aceptados en el programa EEAP.

Como Aplicar para Asistencia

Los residentes registrados en el Programa de Asistencia para Evacuación de Emergencias tendrán la tranquilidad que si ocurre un desastre recibirán la ayuda que necesitan para evacuar y un lugar seguro donde refugiarse hasta que pase el peligro. Por eso es tan importante que se registren antes que suceda un desastre. Si usted espera hasta el último momento para registrarse, Miami-Dade Manejo de Emergencia tratará de ayudarlo, pero aquellas personas que están registradas recibirán asistencia primero.

- Para aplicar a este Programa, residentes tienen que llenar todas las secciones de la aplicación, que incluye las preguntas médicas y el tipo de ayuda que necesita.
- Si el aplicante requiere ayuda médica especial, el médico primario tiene que llenar y firmar la aplicación antes de usted entregárselo a Miami-Dade Manejo de Emergencia.
- Copias adicional de la aplicación pueden ser obtenidas por correo ó por nuestra pagina electrónica del condado. Para encontrar la aplicación, por favor visite: www.miamidade.gov/fire/evacuation-program.asp
- Para obtener aplicaciones adicional en Inglés, Español, Criollo Haitiano, o en formato alternativo como en braille, copias en letras aumentadas ó electrónicamente, por favor llame al **3-1-1, 305-468-5900** ó gratis al **888-311-DADE (3233)**.



POR FAVOR PONGA CINTA A LO LARGO DEL BORDE PARA ASEGURAR LA ENTREGA

Miami-Dade Emergency Management
Emergency Evacuation Assistance Program
9300 NW 41 Street
Miami, Florida 33178-2414

STAMP
HERE

RETURN ADDRESS

MANDAR POR CORREO
DOBLE AQUÍ PARA
FOLLETO

POR FAVOR PONGA CINTA A LO LARGO DEL BORDE PARA ASEGURAR LA ENTREGA

CON CUIDADO, RETIRE LA APLICACIÓN DEL CENTRO DEL
FOLLETO PARA MANDAR POR CORREO



Delivering Excellence Every Day

Condado de Miami-Dade Programa de Asistencia Para Evacuación de Emergencias

Información e Instrucciones Para el Solicitante

El Programa de Asistencia para Evacuaciones de Emergencia (*EEAP, sigla en inglés*) está diseñado para personas que viven en sus hogares y necesitan ayuda para ser evacuados. Los residentes de instalaciones de residencia asistida (*ALF, sigla en inglés*) ó residencias para la tercera edad no califican para este programa porque estos negocios tienen que tener sus propios planes de emergencia para sus clientes.

Por favor tenga en cuenta que los residentes del condado de Miami-Dade deberían tener su propio plan de evacuación para sus familiares y mascotas. Es importante que todos se hagan responsables de su propia seguridad y que tengan un plan de evacuación que incluya a dónde ir, a quien contactar, lo que deben llevar, y como llegar ahí. Sólo los residentes que reúnan uno de los siguientes requisitos son elegibles para recibir asistencia del Condado:

- Aquellos que requieren transporte especializado ó no tienen transporte.
- Aquellos que requieren ayuda médica que les impide evacuar por su propia cuenta.

Por favor tenga en cuenta que al procesar su aplicación, un representante de Miami-Dade Manejo de Emergencias (MDEM) lo podría contactar si es necesario y si se necesita mas clarificación.

El registro de EEAP puede ser usado para cualquier emergencia que requiera una evacuación, tal como inundaciones, huracanes o derrames de materiales peligrosos como escapes o fugas de gas. Los recursos son limitados y las personas que están registradas tendrán prioridad cuando surge una emergencia. **No espere hasta que den la orden de evacuar para pedir que lo agreguen al Registro.**

Los Centros de Evacuación solo estarán disponibles como último recurso para personas que no tienen otro lugar donde ir. Si usted necesita evacuar, primero debe buscar refugio con parientes, amistades u organizaciones comunitarias. Los Centros de Evacuación solamente tienen atención médica básica y no ofrecen el mismo nivel de cuidado, ni tienen los mismos equipos disponibles, que en las instalaciones médicas. Camas superiores para los que tienen necesidades especiales y catres son proveídos en forma limitada. Individuos que necesitan un nivel más alto de atención médica como oxígeno continuo, el uso de equipo de soporte vital que requiere electricidad y tienen condiciones y necesidades médicas avanzadas serán asignados a los hospitales locales participantes. **Debido a un número limitado de personal, nosotros recomendamos que una persona encargada de su cuidado lo acompañe y permanezca con usted durante su estadía en el Centro de Evacuación para asegurarse de que se atiendan sus necesidades de manera oportuna.**

Es sumamente recomendable que si usted tiene una dieta especial, que usted traiga esos artículos dietéticos consigo para asegurarse de su máxima comodidad durante su evacuación alejado de su hogar. Por favor asegúrese de traer un equipo para desastres que incluya: frazadas y sábanas, medicinas y artículos personales (comida, agua y equipo médico). Por favor asegúrese de comer una merienda antes de dejar su hogar. Todos los Centros de Evacuación del Condado de Miami-Dade aceptan individuos con animales de servicio. Si usted tiene un animal de servicio, incluya su comida y suministros en su equipo para desastres.

Todas las secciones de esta solicitud tienen que ser rellenas. Si usted requiere cuidados medicos avanzados su médico de cabecera deberá completar y firmar esta solicitud antes de presentarla a nuestra oficina. Si más de una persona en su núcleo familiar necesita ayuda durante evacuaciones, cada persona debe rellenar una solicitud separada. Una vez que su solicitud ha sido procesada se le enviarán instrucciones especiales. Usted será contactado cada año para verificar su necesidad de este programa. Usted **no** necesita completar una solicitud cada año. Si usted tiene preguntas o necesita más información, favor de llamar al número designado para información sobre asistencia de evacuación (305) 513-7700. Sírvase guardar una copia de su solicitud completada en sus archivos y envíe el **original** a:

**Miami-Dade Emergency Management
Emergency Evacuation Assistance Program
9300 NW 41 Street
Miami, FL 33178**

Esta solicitud está disponible en Ingles, Español, y Criollo Haitiano. Para obtener esta información en formato alternativo como en braille, copias en letras aumentadas ó electrónica, por favor llame al (305) 468-5900.

Si necesita información para la preparación de desastres, llame al Centro de Información del Condado al 3-1-1 ó (305) 468-5900. (Si utiliza TTY/TDD llame al (305) 468-5402 para ambas peticiones). También puede visitar nuestra pagina web www.miamidade.gov/oem

Solicitud de Asistencia Para Evacuación de Emergencias

Por favor, escriba claramente

Por favor lea la información e instrucciones en la primera pagina para completar este formulario. Llene todos los datos que se les pide. **Si no recibimos la información completa, será devuelta.**

Fecha de solicitud: ___/___/___ Es usted veterano de las fuerzas armadas de Estados Unidos (E.U.)? Sí No

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Inicial de segundo nombre: ___ Sexo: _ M _ F

Fecha de nacimiento: ___/___/___ Idioma Principal: _____

Tipo de residencia: Casa/duplex Apto./condo (Piso: ___) Casa móvil/trailer

Dirección: _____ Numero de Apto.: _____ Edificio #: _____

Nombre del Complejo o Sub-división _____

Ciudad: _____ Código Postal: _____

Dirección de correo (si es diferente a la de arriba): _____

Teléfono del Hogar: (____) _____ Línea TTY/TDD: Sí No Teléfono Alternativo: (____) _____

Vivo: Solo/a Con un familiar Con una persona que me cuida otro _____

Usted tiene una persona encargada de su cuidado, que la acompañará al centro de evacuación? Sí No

Nombre del acompañante: _____ Numero de Teléfono: _____

Contacto de Emergencia: Local _____ Relación: _____ Teléfono #: _____

Fuera del área: _____ Relación: _____ Teléfono #: _____

Requisitos para el Transporte

Usted requiere que transportación para un Centro de Evacuación sea disponible? Sí No
Si su respuesta es sí, cual es el motivo? **Cuántas personas necesitan ser evacuadas?** _____

- No tengo transportación. No tengo a nadie que me pueda manejar.
 No puedo caminar a una parada de autobús. Mis necesidades médicas me impiden evacuar.

Qué tipo de asistencia usted requiere diariamente? (Marque todas las que apliquen)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cuidado personal (al vestirme, con la higiene) | <input type="checkbox"/> Movilidad (caminar, transferir) |
| <input type="checkbox"/> Alimentación | <input type="checkbox"/> Atención médica especializada:
(<input type="checkbox"/> intermitente <input type="checkbox"/> continuamente) |
| <input type="checkbox"/> Administrar Medicamentos | <input type="checkbox"/> Necesito ayuda médica
(<input type="checkbox"/> intermitente <input type="checkbox"/> continuamente) |
| <input type="checkbox"/> Necesito ayuda para limpiar las vías respiratorias | <input type="checkbox"/> Necesito ayuda en atención de salud mental:
(<input type="checkbox"/> intermitente <input type="checkbox"/> continuamente) |
| <input type="checkbox"/> Cuidado de heridas:
Que tipo de herida: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Guía Visual: (<input type="checkbox"/> ciego <input type="checkbox"/> impedimento visual) | |
| <input type="checkbox"/> Comunicación (<input type="checkbox"/> sordo <input type="checkbox"/> mudo) | |
| <input type="checkbox"/> Otros cuidados necesarios (por favor explique): _____ | |

Yo utilizo: Silla de rueda (transferible por sí mismo sí no) Andador Bastón Muletas
 Otro equipo medico que usted use (por favor especificar): _____
 Perro de guía/animal de servicio

Usa equipos de oxígeno? intermitente continuamente

Compañía que provee su oxígeno: _____ Teléfono: _____

Uso equipos médicos que requieren electricidad. Sí No (intermitente continuamente)

Equipo que requiere electricidad: _____

Usted recibe ayuda médica en la casa? Sí No Si su respuesta es sí, cuántas horas al día? _____

Agencia: _____ Teléfono: _____

Esta restringido a una cama: Sí No Pesa mas de 300 libras: Sí No

Tengo las siguientes condiciones: (marque aquellas necesarias)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Alzheimer
<input type="checkbox"/> principios <input type="checkbox"/> moderada <input type="checkbox"/> avanzada (en cama) | <input type="checkbox"/> Cardíaca
<input type="checkbox"/> estable <input type="checkbox"/> no estable (ej: angina, etc.) | <input type="checkbox"/> Accidente Cerebro Vascular (CVA)
<input type="checkbox"/> Cystic fibrosis |
| <input type="checkbox"/> Demencia | <input type="checkbox"/> Diálisis | <input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Insulina dependiente
<input type="checkbox"/> No dependiente de insulina |
| <input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral | <input type="checkbox"/> Rodilla artificial
<input type="checkbox"/> ambulatorio
<input type="checkbox"/> non-ambulatorio | <input type="checkbox"/> Ataques epilépticos
<input type="checkbox"/> controlados <input type="checkbox"/> incontrolable |
| <input type="checkbox"/> Psicosis
<input type="checkbox"/> controlada <input type="checkbox"/> No controlada | <input type="checkbox"/> Cadera artificial
<input type="checkbox"/> ambulatorio
<input type="checkbox"/> no-ambulatorio | <input type="checkbox"/> Desorden Neuro-muscular
<input type="checkbox"/> principio <input type="checkbox"/> moderada <input type="checkbox"/> avanzada |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson
<input type="checkbox"/> principio <input type="checkbox"/> moderada <input type="checkbox"/> avanzada | | |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (COPD) <input type="checkbox"/> intermitente <input type="checkbox"/> continuamente
(Bronquitis crónica / Enfisema) | | |

Otros Diagnósticos: _____

PARA LAS PERSONAS QUE REQUIEREN CUIDADOS MEDICOS AVANZADO, esta sección debe ser completada por el MEDICO PRIMARIO DEL PACIENTE (PCP) o UNA ENFERMERA de una AGENCIA DE CUIDADO EN EL HOGAR.

POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE

Nombre de Doctor/Enfermera: _____ Teléfono #: (____) _____

Primer Diagnóstico : _____

Segundo Diagnóstico : _____

A lo mejor de mi conocimiento, la información proporcionada en este formulario es correcta y completa.

Firma: _____ Fecha : _____

Numero de Licencia: _____

Firma del Solicitante y Regla de Privacidad HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act)

Yo certifico que esta información está correcta. Entiendo que en base a esta solicitud y los datos que he proporcionado, La Administración de Emergencias del Condado de Miami-Dade determinará el nivel de asistencia de evacuación que necesito y mi asignación al programa adecuado. **Entiendo que no hay ningún costo asociado con el uso de cualquiera de los Centros de Evacuación del Condado y servicios de transporte durante desastres. Sin embargo, si mi estado de salud se deteriora y debería ser admitido en el hospital, mientras que siendo evacuados o en un Centro de Evacuación, entonces voy a ser responsable de los gastos generados como paciente del hospital.** Le doy permiso legal a los proveedores de servicios médicos, agencias de transporte y otros como necesario a divulgar toda información personal requerida mientras responden a mis necesidades.

Regla de Privacidad HIPAA: Tal como se define en el Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA), Regla de Privacidad de 1996, mediante la firma de esta autorización, por este medio permiten el uso o la divulgación de mi información médica por Miami-Dade Emergency Management (MDEM) con el fin de proporcionarme asistencia durante una evacuación de emergencia. Entiendo que la información utilizada o revelada de acuerdo con esta autorización, pueden ser objeto de divulgación por parte del beneficiario a los efectos de la evacuación, transporte refugio, y la atención médica de conformidad con estos servicios. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que MDEM ya ha actuado en función de la autorización. Para revocar esta autorización, entiendo que debo hacerlo mediante petición escrita dirigida a Miami-Dade Manejo de Emergencias, 9300 NW 41 St., Miami, FL 33178. Atención: Coordinador de las Poblaciones Vulnerables. Yo entiendo que si decido revocar esta autorización, ya no voy a ser parte de la registración del Programa de Asistencia para Evacuación de Emergencias (EEAP) y no seré evacuado.

Firma del Solicitante: _____ Fecha: _____

Nombre de la persona llenando esta aplicación (si no es el médico del paciente): _____

Nombre de la persona llenando el formulario: _____ Teléfono (____) _____