



EMERGENCY/DISASTER INFORMATION HOME HEALTH PATIENTS

• **KEEP THIS PLAN WHERE IT CAN BE EASILY LOCATED**

General Instructions to Client on Use of This Form

INFORMACION DE EMERGENCIA/DESASTRE PARA PACIENTES DE CUIDADO EN EL HOGAR

POR FAVOR MANTENER ESTE PLAN DONDE PUEDA SER FACILMENTE LOCALIZADO

Instrucciones Generales para el Cliente en Como Utilizar este Formulario

This information is provided to you as a quick reference source in case any emergency occurs.

Keep this document where they can easily be found. Inform other persons close to you (relative, neighbor, etc.) of its location.

Esta información es proveída como fuente de referencia inmediata en caso de que ocurra cualquier emergencia. Mantenga este documento donde pueda ser encontrado con facilidad. Informe a otras personas cercanas (familiares, amistades, vecinos etc) de su localidad.

1. Top Aid Healthcare Inc. has a nurse on call 24 hours a day. You can reach the nurse by calling 508-343- 8555. After hours and on Weekends an answering service will reach the nurse and he/she will return your call, come see the client if necessary, or simply answer any question you may have.

Top Aid Healthcare Inc. tiene una enfermera de guardia 24 horas al día. Usted puede comunicarse con la enfermera de Top Aid Healthcare llamando al 508-343-8555. ella/o el le devolvera la llamada, vendra a visitar al cliente si es necesario o simplemente le contestara cualquier pregunta que usted tenga.

2. In case of a serious medical emergency call 911. Top aid Healthcare Inc. DOES NOT operate as an emergency services, therefore valuable time may be lost by contacting the agency for an emergency such as, diabetic coma, chest pain, and/or unconsciousness, etc.

En caso de una emergencia médica seria llame al 911. Top Aid Healthcare Inc. NO opera como servicio de emergencia, de tal manera que tiempo valioso se puede perder al comunicarse con la agencia para emergencias tales como un coma diabético, dolor de pecho. y/o inconsciente, etc.

IN CASE OF A SERIOUS MEDICAL EMERGENCY CALL 911
EN CASO DE UNA EMERGENCIA MEDICA DE GRAVEDAD LLAME AL 911



EMERGENCY/DISASTER INFORMATION HOME HEALTH PATIENTS

• **KEEP THIS PLAN WHERE IT CAN BE EASILY LOCATED**

General Instructions to Client on Use of This Form

INFORMACION DE EMERGENCIA/DESASTRE PARA PACIENTES DE CUIDADO EN EL HOGAR

POR FAVOR MANTENER ESTE PLAN DONDE PUEDA SER FACILMENTE LOCALIZADO

Instrucciones Generales para el Cliente en Como Utilizar este Formulario

In case of a medical emergency the Medical service Dispatcher will need to know the following:

En caso de una emergencia medica El despachador medico necesitara la siguiente informacion:

Client Demographics/Informacion demografica del cliente

Name/Nombre: _____	Date/Fecha _____
Address/Direccion: _____	City/Ciudad: _____ State/Estado: _____
Zip Code/Codigo Postal: _____	Phone Number/Numero de Telefono: (____) _____

Medical Information/Informacion Medica

List of current Medications/Lista de Medicaciones	List of Medical Equipment/Lista de equipo Medico
 	☐ Cane/Baston ☐ Walker/Andador ☐ Wheelchair/Silla de Ruedas ☐ Gait Belt/Cinturon de Seguridad y transferencia ☐ Hearing aids/Audifonos ☐ Other, please specify?otro por favor especifique.

Physician Name/Nombre del Medico	Address/Direccion	Phone Number/Numero de Telefono
Pharmacy Name/Nombre de Farmacia	Phone Number/Numero de telefono	



EMERGENCY/DISASTER INFORMATION HOME HEALTH PATIENTS

• **KEEP THIS PLAN WHERE IT CAN BE EASILY LOCATED**

General Instructions to Client on Use of This Form

INFORMACION DE EMERGENCIA/DESASTRE PARA PACIENTES DE CUIDADO EN EL HOGAR

POR FAVOR MANTENER ESTE PLAN DONDE PUEDA SER FACILMENTE LOCALIZADO

Instrucciones Generales para el Cliente en Como Utilizar este Formulario

Emergency Contact Information/Informacion de Contacto de Emergencia

Name/Nombre	Phone #/ Numero de telefono	Relationship/relacion

Disaster Plan Code/Código del Plan de Desastre

Level 1 Must be seen and/or evacuated ASAP/Nivel 1 Se necesita ver y/o desalojar LO MAS PRONTO POSIBLE

In the event of a hurricane(other natural disaster)/En el evento de un Huracán (otro desastre natural)

I Will/Yo

☐ Stay at home/Me quedare en Casa.

☐ Stay with family or friend/Me quedare con familiares o amistades.

☐ Evacuate to a shelter/Alojarme en un albergue

☐ Standard

☐ Special Needs Registry/Registro de Necesidades Especiales

☐ Evacuate to Hospital/Alberque en un Hospital

Name/Phone Number/Nombre y Número de teléfono

Shelter Name/Nombre del Albergue:

Shelter Address/dirección del Albergue:

Comments/Comentarios: _____

Describe how services will continue in the event of an emergency/Describe como continuaran los servicios en el evento de una emergencia: _____