

Registro de Dormitorio del Refugio

Debe ser completado por los trabajadores de dormitorios

Apellido _____ Color de triaje de SRT (a ser completado por SRT): Marcar (G Y R P)

Incidente/DR#: _____ Nombre del refugio/Ubicación: _____

Preguntas que se deben hacer a cada cliente:

¿Hay algo urgente que necesiten usted o su familia en este momento o en las próximas 6-8 horas? Esto puede incluir medicamentos, pañales o leche de fórmula para bebés, comidas de dieta relacionada con la salud/cultura/religión, u otro apoyo para una condición de salud, salud mental, discapacidad u otra.

Si el cliente tiene necesidades identificadas haga una nota correspondiente y apúntelo en el registro del refugio. **Si un cliente informa que deben registrarse con una agencia de gobierno, notifique al Gerente del Refugio o al Supervisor de Turno de inmediato.**

Número de teléfono primario, servicio de derivación y/o correo electrónico:

Idioma principal (marcar) Inglés Español Alemán Tagalo (Filipino) Chino (Mandarín, Cantonés, Hokkien)
Lenguaje americano de señas Árabe Coreano Ruso Vietnamita Francés/Criollo Francés Otro:

Si no es inglés, ¿algún miembro de la familia presente habla inglés? (marcar): Sí No

Nombre (apellido, nombre)	Fecha de llegada	Sala/cama	Fecha de salida

Cantidad de animales por tipo: Perro __ Gato __ Animal pequeño __ Reptil __ Ave __ Otro: __ **Total de mascotas: __**

Ubicación de la mascota: Ubicada junto con la familia Ubicación de colaborador externo Otra:

Transición de Residentes de Refugios

Para ser completado por los trabajadores de SRT (5 min - 10 min)

Pregunta	Puntos	Total	Pregunta	Puntos	Total
¿Cuál es su situación de vivienda previa al desastre?	Propia – 0 Centro /Hogar de grupo – 0 Alquiler – 2 Vivienda precaria – 2 sin ogar – 15		¿Su hogar está compuesto por más de 4 personas?	S – 1 N – 0	
¿Experimentó la indigencia en el último año?	N – 0 S – 4		¿Su vivienda tiene seguro de vivienda o de alquiler?	S – 0 N – 1	
¿Su vivienda fue destruida o tiene daños importantes?	S – 1 N o No sabe – 0		¿La vivienda tiene alguna fuente de ingreso?	S – 0 N – 1	
Si no está destrozada ni tiene daños importantes, ¿su vivienda está accesible y es seguro ocuparla?	Y o No sabe – 0 N – 1		¿Su hogar recibe actualmente asistencia financiera o apoyo para la vida diaria? (Ej. cupón de HUD, beneficios por desempleo, SNAP)	S – 1 N – 0	
¿Su hogar tiene una solución a corto plazo (los próximos 5 días) para la transición?	S – 0 N – 1		¿Algún miembro del hogar tiene necesidades cognitivas, físicas o emocionales que puedan impactar la recuperación?	S – 2 N – 0	
Verde = 0 – 3	Amarillo = 4 – 7	Rojo = 8 – 14	Púrpura = 15+	Pts en total	

Número(s) de caso de RC Care (si corresponde):

CMIST

Para ser completado por los trabajadores de DHS

Comunicación	Mantener la salud
<input type="checkbox"/> Acceso a servicios de comunicación auxiliares	<input type="checkbox"/> Necesidades de dieta relacionada con la salud/cultura/religión <input type="checkbox"/> Alergias a los alimentos _____(tipo)
<input type="checkbox"/> Acceso a dispositivo de comunicación auxiliar	<input type="checkbox"/> Suministros médicos y/o equipo para el cuidado diario (incluso medicamentos) <i>no</i> relacionados con la movilidad
<input type="checkbox"/> Reemplazo de equipo de comunicación auxiliar	<input type="checkbox"/> Asistencia con atención médica normalmente provista en el hogar <input type="checkbox"/> Alergias (ambientales u otro riesgo alto) (tipo)
<input type="checkbox"/> Identificar persona de apoyo para comunicación que acompaña que pueda ayudar con: (Describir el apoyo a ser suministrado, por ej., interpretación, traducción, e incluir necesidad de idioma/comunicación del apoyo a recibir: ASL, español, comunicación no verbal, etc.)	<input type="checkbox"/> Apoyo para mujeres embarazadas
	<input type="checkbox"/> Apoyo para madres que amamantan
	<input type="checkbox"/> Disponibilidad de cuidado de bebés
	<input type="checkbox"/> Acceso a área tranquila
	<input type="checkbox"/> Acceso a área con temperatura controlada
	<input type="checkbox"/> Atención de salud mental (por ej., manejo de estrés y ansiedad)

Independencia	Apoyo con servicios y autodeterminación
<input type="checkbox"/> Equipo médico duradero para personas con condiciones que afectan su movilidad	<input type="checkbox"/> Servicios de asistencia personales para adultos
<input type="checkbox"/> Fuente de energía para cargar dispositivos de asistencia a batería	<input type="checkbox"/> Servicios de asistencia personal con niños
<input type="checkbox"/> Adaptaciones bariátricas (ej., cirugía bariátrica)	<i>*Incluye observación y/o asistencia general con actividades no médicas de la vida diaria, como vestirse, comer, bañarse, ir al baño, vestirse y desvestirse, caminar, etc.</i>
<input type="checkbox"/> Adaptaciones para animales de servicio	

Transporte	Acciones:
<input type="checkbox"/> Transporte a un centro designado para atención/tratamiento médico <input type="checkbox"/> Transporte para citas no médicas	<input type="checkbox"/> No se identificaron necesidades
	<input type="checkbox"/> Contactar al Gerente de Refugio
	<input type="checkbox"/> Contactar a Servicios de Salud Mental ante Desastres
	<input type="checkbox"/> Agencia, <i>suministrar nombre de la agencia</i>

Acciones tomadas/ otras notas:

Después del cierre del refugio, devolver este formulario a el Gerente de Refugio para ser procesado