

**DIALYSIS PATIENT EMERGENCY PLANNING
NEEDS ASSESSMENT- QUESTIONNAIRE**

Información Básica

1. Nombre del Paciente (apellido, nombre):
2. Nombre/Ubicación de Proveedor de Diálisis:

Planificación En Caso de Emergencias: (Por favor marque ✓ para responder SI o NO)

1. **Pregunta:** ¿En caso de emergencias, cómo piensa hacer arreglos alternativos para sus tratamientos?

- _____ a. ¿Comunicarse con el/la trabajador(a) social del centro de diálisis?
- _____ b. ¿Usar el número 800 de la corporación del centro de diálisis?
- _____ c. ¿Usar el número 800 del “ESRD Network” (la Red de Falla Final Renal)?
- _____ d. ¿Llamar a la Cruz Roja?
- _____ e. ¿Comunicarse con la oficina de Salud Pública (DHS)?
- _____ f. No sé.

2. **Pregunta:** ¿Tiene usted y/o su familia un plan en caso de huracán, terrorismo, tornado, inundación, terremoto, deslave de lodo, incendio forestal, etc.? **SI** _____ **NO** _____

Si la respuesta es SÍ, ¿necesitará ayuda para realizar el plan? **SI** _____ **NO** _____

3. **Pregunta:** ¿Sabe del folleto llamado “Prepárese para Emergencias: Una guía para personas en diálisis”? **SI** _____ **NO** _____

Si la respuesta es SÍ, ¿Tiene usted una copia del folleto? **SI** _____ **NO** _____

Si la respuesta es NO, ¿Le gustaría tener una copia del folleto? **SI** _____ **NO** _____

Puede obtener el folleto en forma electrónica (pdf) en la siguiente dirección del Internet: <http://www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/10150.pdf>

a. ¿Tiene un documento preparado con su historial médico? **SI** _____ **NO** _____

b. ¿Mantiene un paquete de reserva de suministros, alimentos y medicinas y/o una lista de medicamentos? **SI** _____ **NO** _____

c. ¿Sabe cuál es la dieta y restricciones de líquidos que debe seguir si se retrasa su diálisis? **SI** _____ **NO** _____

d. ¿Sabe cómo desinfectar el agua? **SI** _____ **NO** _____

4. **Pregunta:** ¿Si hay una orden de evacuación en su área, evacuará? **SI** _____ **NO** _____

Si la respuesta es NO, ¿Porqué? Marque sus razones; puede marcar más de una.

- _____ a. No tengo medios de transporte
- _____ b. No tengo dinero para gasolina
- _____ c. No tengo dinero para alojamiento
- _____ d. No tengo alojamiento con familia/amistades/iglesia
- _____ e. No tengo ayuda disponible de familia/amistades/iglesia
- _____ f. No quiero dejar mi hogar
- _____ g. Otra razón (explique): _____

Al completar hasta aquí, vaya a la Pregunta 5.

Si la respuesta a la pregunta #4 es SÍ, Conteste las siguientes preguntas...

4.a. ¿Tiene una destinación para evacuaciones? (por ejemplo la casa de un familiar o amistades, motel/hotel, iglesia o un refugio de la Cruz Roja) **SI** _____ **NO** _____

Si la respuesta es SÍ,

¿Adonde? (Ciudad/Estado) _____

Si la respuesta es NO,

• *¿Planea evacuar hacia otro estado?* **SI** _____ **NO** _____

• *¿Va a evacuar a más de 60 millas?* **SI** _____ **NO** _____

4.b. ¿Tiene medio de transporte confiable en caso de tener que evacuar? (o sea que no necesita transporte público) **SI** _____ **NO** _____

4.c. ¿Necesitará ayuda para hacer arreglos para su diálisis temporal? **SI** _____ **NO** _____

4.d. ¿Tendrá o podrá conseguir sus medicamentos, provisiones y equipo en su destinación para evacuaciones? **SI** _____ **NO** _____

4.e. ¿Están informados en su destinación para evacuaciones sobre sus necesidades de diálisis (de dieta o médicas)? **SI** _____ **NO** _____

5. Pregunta: ¿Se opone o está en contra de evacuar (viajar junto) con un extraño, por ejemplo, alguien asignado de una iglesia cercana u otro paciente de diálisis? **SI** _____ **NO** _____

6. Pregunta: ¿Sabe qué hacer si está conectado(a) a una máquina de diálisis en caso de emergencias? **SI** _____ **NO** _____

7. Pregunta: ¿Si su centro de diálisis sufre daños (pérdida de energía, teléfono, etc.) sabe a donde conseguir información de su centro y como hacer arreglos alternativos? **SI** _____ **NO** _____

Si la respuesta es SÍ, por favor indique cómo obtendrá la información (oficina de la corporación, teléfono celular, estaciones de radio/televisión, etc.): _____
