

City of Brookshire

Disaster-Senior Citizen Welfare Check, Registration Form

The City of Brookshire offers disaster wellness checks for senior residents to ensure safety, health, and access to resources. Please complete the form below to participate.



Resident Information

- Full Name: _____
 - Home Address: _____
 - _____
 - Date of Birth: ____ / ____ / ____
 - Age: _____
 - Gender: ☐ Male ☐ Female ☐ Other ☐ Prefer Not to Say
 - Phone Number: (____) ____ - _____
 - Email Address (if any): _____
-



Emergency Contact

- Name: _____
 - Relationship: _____
 - Phone Number: (____) ____ - _____
 - Alternate Number (optional): (____) ____ - _____
-



Health & Wellness Information

- Do you live alone? ☐ Yes ☐ No
 - Do you have any medical conditions we should be aware of?
-

- Do you use any medical equipment (oxygen, walker, etc.)?
☐ Yes ☐ No → If yes, please specify: _____
- _____

- **Medications:**
(optional) _____

- **Do you have any pets?** ☐ Yes ☐ No

If yes, type and number: _____

 Consent

☐ I hereby give permission to the City of Brookshire and authorized personnel to perform wellness checks before and/or after a disaster and to contact my emergency contact if needed.

Print Name: _____

Signature: _____

Date: ____ / ____ / ____

Quotatious Dunn
Community Relations Specialists
Phone: 281-375-5050
Cell: 346-257-7495
Qdunn@brookshiretx.gov

Ciudad de Brookshire

Verificación de bienestar para personas mayores en caso de desastre, formulario de registro

La ciudad de Brookshire ofrece verificaciones de bienestar para residentes mayores en caso de desastre para garantizar su seguridad, salud y acceso a recursos. Complete el formulario a continuación para participar.



Información del residente

- Nombre completo: _____
- Domicilio: _____
- _____
- Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____
- Edad: _____
- Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Otro ☐ Prefiero no decirlo
- Número de teléfono: (____) ____ - _____
- Correo electrónico (si lo tiene): _____



Contacto de emergencia

- Nombre: _____
- Parentesco: _____
- Número de teléfono: (____) ____ - _____
- Número alternativo (opcional): (____) ____ - _____



Información sobre salud y bienestar

- ¿Vive solo? ☐ Sí ☐ No
- ¿Tiene alguna condición médica que debamos conocer?

-
- ¿Utiliza algún equipo médico (oxígeno, andador, etc.)?

☐ Sí ☐ No → En caso afirmativo, especifique: _____

- _____

- Medicamentos: (opcional)

- ¿Tiene mascotas? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, indique el tipo y la cantidad: _____

 Consentimiento

☐ Por la presente, autorizo a la Ciudad de Brookshire y al personal autorizado a realizar controles de bienestar antes y/o después de un desastre y a contactar a mi contacto de emergencia si es necesario.

Nombre impreso: _____

Firma: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

Quotatious Dunn

Especialistas en Relaciones Comunitarias

Teléfono: 281-375-5050

Celular: 346-257-7495