

# PLAN FAMILIAR PARA UNA EMERGENCIA

Asegúrese que su familia tiene un plan en caso de una emergencia. Para estar preparado antes de que se presente una emergencia, siéntense y juntos decidan cómo se pondrán en contacto unos con otros, dónde irán y que harán en caso de una emergencia. Guarde una copia de éste plan en su paquete de suministros para emergencias u otro lugar seguro dónde pueda localizarlo fácilmente en caso de un desastre.

## Persona de Contacto Fuera del Pueblo:

Teléfono: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Seguro Social: \_\_\_\_\_

Información Médica Importante: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Seguro Social: \_\_\_\_\_

Información Médica Importante: \_\_\_\_\_

Localidad Escolar 1: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Localidad de Evacuación: \_\_\_\_\_

Otro Lugar que Frecuenta: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Localidad de Evacuación: \_\_\_\_\_

## Lugar de Reunión en la Vecindad:

Teléfono: \_\_\_\_\_

## Localidad de Evacuación:

Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Seguro Social: \_\_\_\_\_

Información Médica Importante: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Seguro Social: \_\_\_\_\_

Información Médica Importante: \_\_\_\_\_

Localidad Escolar 2: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Localidad de Evacuación: \_\_\_\_\_

Otro Lugar que Frecuenta: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Localidad de Evacuación: \_\_\_\_\_

Anote los lugares dónde su familia pasa la mayoría del tiempo: trabajo, escuela y otros lugares que frecuentan. Escuelas, guarderías infantiles, lugares de trabajo y apartamentos todos deben tener un plan específico de emergencia que usted y su familia necesita conocer.

Localidad del Trabajo 1: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Localidad de Evacuación: \_\_\_\_\_

Localidad del Trabajo 2: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Localidad de Evacuación: \_\_\_\_\_



Información Importante:	Nombre:	Teléfono:	Número de Póliza/Cuenta:
Doctor(es):			
Farmacéutico:			
Seguro Médico:			
Seguro de Vivienda/Renta:			
Veterinario/Perrera (para mascotas):			