

# Plan de emergencia para su hogar

Dirección:	
Número de teléfono de su casa:	Número de personas en su casa:

## Perfil individual<sup>1</sup>

Nombre completo:	
Fecha de nacimiento:	Número de teléfono celular:

Ubicaciones Alternativas <sup>2</sup> (lugares que frecuenta fuera del hogar)	Nombre/dirección:	
	Teléfono:	
	Personas que pueden ayudar durante una emergencia <sup>3</sup> :	
	Nombre/dirección:	
	Teléfono:	
	Personas que pueden ayudar durante una emergencia:	

Póliza de seguro médico:	Numero de teléfono:	Numero de póliza:
--------------------------	---------------------	-------------------

Nombre del Medicamento	Dosis y frecuencia

Alergias:
-----------

Condiciones médicas o trastornos mentales:
--

Equipo médico:
----------------

Tiene mascota de servicio? <input type="checkbox"/> Si	Identificación de vacunación antirrábica:
Nombre:	Fecha de vencimiento:

Necesidades funcionales:	Acomodación <sup>4</sup> (comunicación, funcional, dietética)
<input type="checkbox"/> Dificultades auditivas <input type="checkbox"/> Dificultad ocular <input type="checkbox"/> Dificultad para caminar <input type="checkbox"/> Dificultad para hablar <input type="checkbox"/> Dificultad siguiendo instrucciones escritas <input type="checkbox"/> Dificultad entendiendo instrucciones orales <input type="checkbox"/> Dificultad realizando actividades cotidianas	

**Imprima una copia de este documento para cada miembro de su familia**

## Plan de emergencia para su hogar

Nombre del contacto de emergencia<sup>5</sup> Dirección Numero de teléfono


Vecinos que puedan ayudar durante una emergencia<sup>6</sup>


Lugares donde puede dirigirse en caso de emergencia

	Cerca de la casa	Fuera de la ciudad
Lugar de reunión		
dirección		

Compañía de seguros<sup>7</sup> Numero de teléfono Tipo de póliza Numero de póliza


Números vitales<sup>8</sup>


Nombre/Tipo de mascota ID Vacunación antirrábica Fecha de vencimiento


Tipo de vehículo Marca y Modelo Estado/Numero de placa


Información adicional:

--

# Plan de emergencia para su hogar

## Lugares donde se recomienda que guarde copias de este plan

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Casa (sellado en un congelador) | <input type="checkbox"/> Computador/tableta             |
| <input type="checkbox"/> Automóvil                       | <input type="checkbox"/> Teléfono celular               |
| <input type="checkbox"/> Casa/Trabajo                    | <input type="checkbox"/> En el cloud/correo electrónico |
| <input type="checkbox"/> Cartera/bolsa/mochila           | <input type="checkbox"/> USB memoria instantánea        |

## Notas

1. Cada miembro de la familia debe completar un perfil individual. Imprima una copia de la primera página de cada persona que vive en el hogar.
2. "Ubicación alternativa" es cualquier lugar esta persona pasa mucho tiempo fuera de la casa como el trabajo o la escuela.
3. Si es necesario, incluya los nombres de las personas que le pueden proporcionar asistencia durante una emergencia en la ubicación alternativa. Estas personas deben saber que participan en su plan.
4. Describa que ayuda o alojamiento va a necesitar esta persona en caso de emergencia. Incluya todas las necesidades (salud, discapacidades, trastornos, dificultades para la comunicación (incluyendo el lenguaje) y / o necesidades dietéticas.
5. Los contactos de emergencia deben saber que están incluidos en su plan.
6. Lista de vecinos de confianza para ayudar a alguien en su hogar durante una emergencia. Los vecinos deben ser conscientes de que están incluidos en su plan.
7. Incluir información de contacto de los proveedores de seguros adicionales, tales como los propietarios de viviendas, inquilinos, inundaciones, vehículo u otro.
8. Incluya informaciones de las personas o lugares que proveen servicios como una farmacia, pediatra, proveedor de salud mental, hogar médico o de otro tipo.
9. Cada miembro de la familia debe tener varias copias en estos lugares. Todas las personas que figuran en este documento deben tener esta información.