

LISTA DE COTEJO DE PREPARACIÓN PARA EMERGENCIAS

# FORMULARIO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR PARA EMERGENCIAS



Este **FORMULARIO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR PARA EMERGENCIAS** es para todas las personas de su hogar. Haga una reunión familiar para hablar sobre los desastres. Llenen este formulario entre todos.

Cuando termine de llenar este formulario haga copias adicionales. Coloque una copia en su **MOCHILA DE EMERGENCIAS**. Todos los miembros de su familia también deben tener una copia. Coloque una copia cerca de su teléfono o en su nevera. Debe ser fácil de encontrar.

Fecha de la última revisión y actualización de este formulario:

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**NOMBRE DEL CONTACTO FUERA DEL ÁREA:** \_\_\_\_\_

**TELÉFONO:** \_\_\_\_\_ **CORREO ELECTRÓNICO:** \_\_\_\_\_

## PLAN FAMILIAR DE DESALOJO

Fecha de la última práctica de desalojo (en caso de fuego en la casa, inundación, etc.) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

1. ¿Algún miembro de la familia tiene **dificultad para moverse o no se puede mover**? **Sí No**

Si la contestación es sí, ¿Ha practicado con su familia cómo sacar a la persona de la casa? **Sí No**

2. ¿Algún miembro de la familia tiene un **aparato de movilidad o animal de servicio**? **Sí No**

Si la contestación es sí, ¿Ha practicado con su familia cómo sacar a la persona **con y sin** el aparato de movilidad o el animal de servicio? **Sí No**

3. ¿Algún miembro de la familia tiene alguna **discapacidad que necesite asistencia**? **Sí No**

Persona responsable de ayudar al miembro de la familia: \_\_\_\_\_

Información de contacto: \_\_\_\_\_

Se ha entregado una copia de este **FORMULARIO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR PARA EMERGENCIAS** a una persona de confianza: **Sí No**

Nombre: \_\_\_\_\_ Información de contacto: \_\_\_\_\_

Lugar de reunión designado: \_\_\_\_\_

Fuera del hogar: \_\_\_\_\_ Fuera del vecindario: \_\_\_\_\_

Fuera de la región/estado: \_\_\_\_\_ Centro local de desastre o centro comunal: \_\_\_\_\_

## PALABRA CLAVE DE LA FAMILIA

Palabra Clave: \_\_\_\_\_

Fecha de palabra clave más reciente: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## DIRECCIONES DE CORREO ELECTRÓNICO Y NÚMEROS DE TELÉFONO

Médico #1: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Médico #2: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Farmacia: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Seguro: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Propiedad/Alquiler: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Vehículo: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_

## DIRECCIONES DE CORREO ELECTRÓNICO Y NÚMEROS DE TELÉFONO

Veterinario: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Trabajo #1: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Trabajo #2: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Escuela #1: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Escuela #2: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Otro lugar: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

## MIEMBROS DE LA FAMILIA

Nombre #1: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sé el lugar de reunión designado fuera de la casa o fuera de la región / estado | <input type="checkbox"/> Mi <b>MOCHILA PARA EMERGENCIAS</b> está al día. |
| <input type="checkbox"/> Sé mi nombre, teléfono y correo electrónico                                     | <input type="checkbox"/> Sé la palabra clave de mi familia               |

Nombre #2: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sé el lugar de reunión designado fuera de la casa o fuera de la región / estado | <input type="checkbox"/> Mi <b>MOCHILA PARA EMERGENCIAS</b> está al día. |
| <input type="checkbox"/> Sé mi nombre, teléfono y correo electrónico                                     | <input type="checkbox"/> Sé la palabra clave de mi familia               |

Nombre #3: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sé el lugar de reunión designado fuera de la casa o fuera de la región / estado | <input type="checkbox"/> Mi <b>MOCHILA PARA EMERGENCIAS</b> está al día. |
| <input type="checkbox"/> Sé mi nombre, teléfono y correo electrónico                                     | <input type="checkbox"/> Sé la palabra clave de mi familia               |

Nombre #4: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sé el lugar de reunión designado fuera de la casa o fuera de la región / estado | <input type="checkbox"/> Mi <b>MOCHILA PARA EMERGENCIAS</b> está al día. |
| <input type="checkbox"/> Sé mi nombre, teléfono y correo electrónico                                     | <input type="checkbox"/> Sé la palabra clave de mi familia               |