



Plan de Comunicación para la Familia

Puede ser que su familia no este junto a usted cuando suceda un desastre, planeé como se van a comunicar y repase lo que haría en diferentes situaciones.

Nombre del Pariente fuera del Área: _____
Email: _____

Número de Teléfono: _____
Número de Teléfono: _____

Rellene la siguiente información para cada miembro de su familia y manténgala actualizada

Nombre: _____
Fecha de Nacimiento: _____
Nombre: _____
Fecha de Nacimiento: _____
Nombre: _____
Fecha de Nacimiento: _____
Nombre: _____
Fecha de Nacimiento: _____
Nombre: _____
Fecha de Nacimiento: _____
Nombre: _____
Fecha de Nacimiento: _____

Número del Seguro Social: _____
Información Médica Importante: _____
Número del Seguro Social: _____
Información Médica Importante: _____
Número del Seguro Social: _____
Información Médica Importante: _____
Número del Seguro Social: _____
Información Médica Importante: _____
Número del Seguro Social: _____
Información Médica Importante: _____
Número del Seguro Social: _____
Información Médica Importante: _____

Donde ir en caso de una emergencia. Escriba los lugares que su familia frecuenta: trabajo, escuela, otros lugares. Las escuelas, proveedores de cuidado, lugares de trabajo y apartamentos tienen planes de emergencias específicos.

Hogar

Dirección: _____
Número de Teléfono: _____
Lugar donde se Reunirán en su Vecindad: _____
Lugar Regional donde se Reunirán: _____

Trabajo

Dirección: _____
Número de Teléfono: _____
Lugar de Evacuación: _____

Escuela

Dirección: _____
Número de Teléfono: _____
Lugar de Evacuación: _____

Trabajo

Dirección: _____
Número de Teléfono: _____
Lugar de Evacuación: _____

Escuela

Dirección: _____
Número de Teléfono: _____
Lugar de Evacuación: _____

Otro lugar que usted frecuenta

Dirección: _____
Número de Teléfono: _____
Lugar de Evacuación: _____

Escuela

Dirección: _____
Número de Teléfono: _____
Lugar de Evacuación: _____

Otro lugar que usted frecuenta

Dirección: _____
Número de Teléfono: _____
Lugar de Evacuación: _____

Información Importante	Nombre	# de Teléfono	# de Póliza
Doctor(es):			
Otro:			
Farmacéutico:			
Aseguranza Médica:			
Homeowners/Rental Insurance:			
Veterinario/Caseta para Mascota:			

Otros números útiles: **9-1-1** para emergencias. # de la Policía para casos que no son una emergencia: _____