

Plan de Comunicación Familiar



Family Communication Plan

¡Hágales saber que estás bien!

Las emergencias pueden ocurrir en cualquier momento. ¿Tu familia sabe cómo ponerse en contacto entre sí si no están todos juntos?

Antes de que ocurra una emergencia, tenga una conversación familiar para determinar quién sería su punto de contacto fuera del estado, y dónde se encontraría fuera de su hogar, tanto en el barrio y dentro de tu pueblo.

Elige la misma persona para cada miembro de la familia a contactar. Podría ser más fácil de contactar a alguien que está fuera de la ciudad.

Información Importante

Complete esta información y guarde una copia en un lugar seguro, como su bolso o maletín, su automóvil, su oficina y su kit para desastres. Asegúrese de revisarlo cada año y mantenerlo actualizado.

Contacto Fuera de la Ciudad:

Nombre: _____
Hogar: _____
Celular: _____
Correo: _____
Facebook: _____
Twitter: _____

Lugar de Encuentro Vecinal:

Lugar de Encuentro Regional:

Información de Trabajo:

Lugar de Trabajo: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____
Facebook: _____
Twitter: _____
Lugar de Evacuación: _____

Lugar de Trabajo: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____
Facebook: _____
Twitter: _____
Lugar de Evacuación: _____

Información de la Escuela:

Escuela: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____
Facebook: _____
Twitter: _____
Lugar de Evacuación: _____

Escuela: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____
Facebook: _____
Twitter: _____
Lugar de Evacuación: _____

Escuela: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____
Facebook: _____
Twitter: _____
Lugar de Evacuación: _____



Información Importante (continuación)

Información Familiar

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento _____
 Número de Seguro Social: _____
 Información Médica Importante: _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento _____
 Número de Seguro Social: _____
 Información Médica Importante: _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento _____
 Número de Seguro Social: _____
 Información Médica Importante: _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento _____
 Número de Seguro Social: _____
 Información Médica Importante: _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento _____
 Número de Seguro Social: _____
 Información Médica Importante: _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento _____
 Número de Seguro Social: _____
 Información Médica Importante: _____

Contactos Médicos

Doctor(a): _____
 Teléfono: _____
 Doctor(a): _____
 Teléfono: _____

Pediatra: _____
 Teléfono: _____

Dentista: _____
 Teléfono: _____
 Dentista: _____
 Teléfono: _____

Especialista: _____
 Teléfono: _____
 Especialista: _____
 Teléfono: _____

Farmacéutico: _____
 Teléfono: _____

Veterinario/Perrera: _____
 Teléfono: _____

Información del Seguro

Seguro Médico: _____
 Teléfono: _____
 Número de Póliza: _____

Seguro de Vivienda/Alquiler: _____
 Teléfono: _____
 Número de Póliza: _____