

Plan de comunicación de emergencia

En el mundo de hoy los desastres y las emergencias son inevitables. Este es un formulario PDF rellenable que ud. puede imprimir e incluir en su bolsa para casos de emergencia y/o descargar en su celular.



dem.nv.gov

Mi información

Mi nombre

Nombre

Apellido

Cumpleaños

Dirección postal

Dirección, 2da línea

Ciudad

Código Postal

Mi número de teléfono

Mi correo electrónico

Mi contacto de emergencia

Nombre del contacto de
emergencia

Apellido

Teléfono del contacto de emergencia

Correo electrónico del contacto de emergencia

Familiares

Familiar 1
Nombre

Teléfono

Correo electrónico

Otro medio de contacto

Más
info

Familiar 2:
Nombre

Teléfono

Correo electrónico

Otro medio de contacto

Más
info

Planes de emergencia

Ingrese información relacionada con escuela(s), guardería(s), cuidadores y lugares de trabajo

Nombre: Dirección: Línea telefónica de emergencia:

Sitio web: Plan de emergencia/ salvamento

Sitio web: Dirección: Línea telefónica de emergencia:
Plan de emergencia/ salvamento

Lugares de encuentro en caso de emergencia:

Ubicación:

Instrucciones.

Información médica:

Número de información toxicológica/antiveneno: 1-800-222-1222

Nombre del pediatra:

Nombre del médico:

Número del pediatra:

Número del médico:

Información sobre alergias y medicinas recetadas:

Tipo de sangre:

Nombre de la compañía de Seguro Médico:

Número de póliza del seguro de salud:

Información adicional:

Hogar:

¿Viajará alguien con usted?

En caso de que usted viva con otras personas tales como familiares, compañeros de vivienda (roommates) o cuidadores, ¿lo acompañará alguien si tiene que dejar su casa en caso de emergencia?

Sí

No

Mis mascotas

¿Tiene usted mascota(s)?

¿Tiene usted una mascota, animal de servicio y/o de apoyo emocional con la que viajará en caso de una emergencia?

Sí

No

Nombre de mascota::

Nombre del
Veterinario:

Medicamentos para su mascota:

Número del
veterinario:

Vacunas de la
mascota:

Raza de mascota:

¿Tiene microchip? Yes No

Información adicional:

Mi salud o necesidades funcionales

Nombre de mi médico:

Número de teléfono de mi médico:

Mis padecimientos de salud:

Enumere cualquier discapacidad o problema de salud conocido que tenga:

Mis medicinas

Haga una lista de sus medicamentos, junto con la dosis y frecuencia de uso; incluya también aquellos que tome de forma esporádica. Indique cada medicamento en líneas separadas.

Mis alergias

Haga una lista de las cosas a las
cuales es alérgico(a):

Mi Equipo Médico de uso extendido/a largo plazo (DME) o Dispositivo(s) de Tecnología de Asistencia

Mencione cualquier equipo médico de uso a largo plazo o de tecnología de asistencia que utilice. De ser posible, incluya el número de serie del dispositivo.

Servicios de apoyo:

Por ejemplo, algunas personas necesitan servicios de enfermería, o un asistente de vida cotidiana o de salud mental.

Comunicación y Religión

¿Cuál es la mejor forma de comunicarse con usted?

Por ejemplo, algunas personas se comunican por ASL (Lenguaje de Señas Americano), algunas personas utilizan dispositivos de ayuda, otras personas prefieren no tener contacto visual, etc.

Idioma preferido

Por ejemplo, algunas personas prefieren hablar inglés, otras español, o utilizan ASL, etc.

Consideraciones de tipo religioso

Si desea que su religión sea tomada en cuenta durante una emergencia, por favor proporcione información sobre sus preferencias religiosas:

Mi estación de radio local:

Mis contactos locales en caso de emergencia o desastre

Estos incluirían contactos del condado o la ciudad.

Números telefónicos de la Oficina de Gestión de emergencias

Número telefónico del Departamento de bomberos

Números telefónicos de la policía u oficina del Sheriff

Números telefónicos del transporte público o paratransito (transporte en caso de discapacidad)

Mis proveedores de servicios públicos

Nombre de la empresa de electricidad

Empresa de electricidad: número telefónico

¿Es usted cliente de "atención crítica" de su compañía eléctrica? (critical care = necesita electricidad para sobrevivir)

Sí No No estoy seguro

Nombre de la empresa de gas doméstico

Empresa de gas doméstico: número telefónico

¿Es usted cliente de "atención crítica" de su compañía de gas doméstico? (critical care = necesita gas para sobrevivir)

Sí No No estoy seguro

Nombre de la empresa de suministro de agua

Empresa de suministro de agua: número telefónico

Proveedores de salud, equipo médico de uso a largo plazo y tecnología de asistencia

Nombre de la agencia de cuidado de salud:

Agencia de cuidado de salud: número telefónico

Plan de cuidado de salud de emergencia

¿Cómo planea acceder a los cuidados de salud en caso de una emergencia?

Proveedor de equipo médico de uso extendido/a largo plazo:

¿Cómo se llama la empresa o agencia que le proporciona el equipo médico de uso extendido (DME)?

Número telefónico de la empresa proveedora de equipo médico de uso extendido (DME)

Plan de emergencia de equipo médico de uso extendido

¿Cómo planea acceder a los DME en caso de una emergencia?

Nombre del proveedor de Tecnología de Asistencia

¿Cómo se llama la empresa o agencia que le proporciona sus dispositivos de Tecnología de asistencia (AT)?

Número telefónico del proveedor de Tecnología de asistencia

Plan de emergencia de tecnología de asistencia

¿Cómo planea acceder a la tecnología de asistencia en caso de una emergencia?

Mi transporte

Plan de transporte de emergencia

Si necesitara abandonar su casa durante una emergencia ¿tiene usted su propio medio de transporte?

Si, tengo mi propio medio de transporte

No, no cuento con un medio de transporte propio