



Plan de Emergencias Familiar

Nombre: _____

Nombre de cada miembro del hogar	Número de teléfono	Tarea específica durante una emergencia
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

➤ Niños en escuela

Nombre	Escuela	Maestro	Lugar de reunión

➤ **Cantidad de Agua que debe tener guardado en su hogar** (Se recomienda un mínimo de un galón de agua por persona por día, para un mínimo de tres días): _____

➤ Artículos en su mochila de seguridad:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Kit de primeros Auxilios | <input type="checkbox"/> Comida no perecedera | <input type="checkbox"/> Silbato |
| <input type="checkbox"/> Artículos de higiene personal | <input type="checkbox"/> Libreta y lápiz | <input type="checkbox"/> Radio |
| <input type="checkbox"/> Bolsas de basura | <input type="checkbox"/> Pintura roja | <input type="checkbox"/> Linterna y baterías |
| <input type="checkbox"/> Bloqueador solar | <input type="checkbox"/> Pintura verde | <input type="checkbox"/> Agua |
| <input type="checkbox"/> Copia de doc. Importantes | <input type="checkbox"/> Foto miembros de la familia | <input type="checkbox"/> Dinero en efectivo |
| <input type="checkbox"/> Medicamentos para dolor | <input type="checkbox"/> Guantes | <input type="checkbox"/> Manta |
| <input type="checkbox"/> Herramienta multiusos | <input type="checkbox"/> Mapa de desalojo | <input type="checkbox"/> Plan de emergencia |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |



➤ **Nombre (s) de su (s) macota (s):**

➤ **Artículos en la mochila para mascota:**

Comida Agua Collar Identificador _____

➤ **Persona a quien contactará fuera de PR el día de la emergencia:**

Nombre: _____ Relación o Parentesco: _____

Número (s) de Teléfono (s): _____

➤ **Lugar de reunión pasada la Emergencia (si están todos en casa/si están en lugares distintos) y horario en que estarán allí:**

A: _____

B: _____

➤ **Números de teléfono de Emergencia:**

Agencia	Número de Teléfono	Dirección física
Policía		
Bomberos		
Manejo de Emergencias OMME		
Emergencias Médicas		
Hospital		

➤ **Refugio (s) cercano (s) a su hogar y ubicación:**

➤ **Lugar de Asamblea al que le corresponde dirigirse (si su residencia está en área costera):**

Miembro (s) de la familia con necesidades especiales

Nombre: _____

Condición: _____

Medicamentos/dosis: _____

Dr: _____

Número de Oficina: _____



Es preferible que envíe un mensaje de texto durante una emergencia



Por: Wildaomaris González Ruiz
Red Sísmica de Puerto Rico
<http://redsismica.uprm.edu/>