

Listas de contactos de emergencia



Inundación



Incendio



Rayos



Terrorismo



Ola de calor



Tormenta de nieve



Huracán



Bombardeos

Anexo 5

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

Lista de contactos de vecinos



Actualización ___/___/___

Persona	Dirección	Teléfono celular	Teléfono de la casa	Teléfono del trabajo	Correo electrónico
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					

Fuente: June Isaacson Kailes, consultora en discapacidad, Playa del Rey, California y el Center for Disability Issues and the Health Profession, Western University of Health Sciences, Pomona, CA www.cdihp.org

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

Su nombre: _____

Fecha de última actualización: ___/___/___

Lista de teléfonos de emergencia

EMERGENCIA - MARCAR 911

Nombre	Número
Departamento de Policía	
Departamento de Bomberos	
Otro:	
Otro:	

FAMILIA

Nombre	Número

AMIGOS / COMPAÑEROS DE TRABAJO

Nombre	Número

MÉDICOS

Nombre	Número

OTROS

Nombre	Número

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

Su nombre: _____

Fecha de última actualización: ___/___/___

Lista de información de emergencia

Mi información

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Teléfono celular: _____

Teléfono de la casa: _____

Contacto local de emergencia:

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono celular: _____

Teléfono de la casa: _____

Teléfono del trabajo: _____

Contacto de emergencia fuera de la ciudad:

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono celular: _____

Teléfono de la casa: _____

Teléfono del trabajo: _____

Miembros del grupo de apoyo:

Miembro del grupo de apoyo 1:

Nombre: _____

Teléfono celular: _____

Teléfono de la casa: _____

Teléfono del trabajo: _____

Miembro del grupo de apoyo 3:

Nombre: _____

Teléfono celular: _____

Teléfono de la casa: _____

Teléfono del trabajo: _____

Miembro del grupo de apoyo 2:

Nombre: _____

Teléfono celular: _____

Teléfono de la casa: _____

Teléfono del trabajo: _____

Miembro del grupo de apoyo 4:

Nombre: _____

Teléfono celular: _____

Teléfono de la casa: _____

Teléfono del trabajo: _____

Su nombre: _____

Fecha de última actualización: ___/___/___

La mejor manera de comunicarse conmigo:

Otra información:

Su nombre: _____

Fecha de última actualización: ___/___/___

Lista de información médica

Médico de atención primaria: _____

Teléfono: _____

Dirección: _____

Nombre del especialista 1: _____

Teléfono: _____

Dirección: _____

Nombre del especialista 2: _____

Teléfono: _____

Dirección: _____

Afiliación de hospital: _____

Tipo de seguro médico: _____

Número de póliza: _____

Grupo sanguíneo: _____

Alergias y sensibilidades: _____

Nombre del medicamento:	Dosis y horario en que lo toma:
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	
11.	
12.	
13.	
14.	
15.	

Su nombre: _____

Fecha de última actualización: ___/___/___

Afecciones específicas:

Limitaciones físicas:

Equipo adaptativo y teléfonos de los proveedores:

Dificultades de comunicación:

Dificultades cognitivas:

Afecciones de salud mental:

Otro:

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

Tarjetas de información de emergencia (ID)

Su nombre: _____

Su dirección: _____

Teléfono celular: _____

Teléfono de la casa: _____

Nombre y teléfono de contacto
de emergencia:

Diagnóstico:

Medicamentos: Para qué sirve y dosis

Tecnología/equipos médicos utilizados:

Contactos críticos

Nombre del contacto: _____

Teléfono de contacto: _____

Otra información: _____

Nombre y número de teléfono
del médico:

Hospital: _____

-----Cortar aquí-----

Tarjetas de información de emergencia (ID)

Su nombre: _____

Su dirección: _____

Teléfono celular: _____

Teléfono de la casa: _____

Nombre y teléfono del contacto
de emergencia:

Diagnóstico:

Medicamentos: Para qué sirve y dosis

Tecnología y equipos médicos:

Contactos críticos

Nombre del contacto: _____

Teléfono de contacto: _____

Otra información: _____

Nombre y número de teléfono
del médico:

Hospital: _____

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.