

# 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](http://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.