



“En una emergencia...”

Lea los artículos a continuación y como familia, llene los espacios en blanco. Guarde una copia con cada miembro de la familia y en su kit de emergencia.

1. ¿Dónde nos veremos?

Elija un lugar que sea familiar y accesible para todos en la familia. Considere mascotas, animales de servicio y familiares con necesidades especiales.

NUESTRO LUGAR DE REUNIÓN DE EMERGENCIA ES: _____

2. ¿A quién contactaremos?

El contacto de emergencia de su familia debe ser un pariente o amigo que viva fuera de la ciudad. Llámelos con anticipación y asegúrese de que puedan ayudarlo. En un mensaje de texto de emergencia, no los llame. Los mensajes de texto dejan líneas telefónicas disponibles para los socorristas.

LA PERSONA DE CONTACTO DE EMERGENCIA DE NUESTRA FAMILIA ES: _____

EL NÚMERO DE TELÉFONO QUE PODEMOS ENVIAR MENSAJE DE TEXTO ES: _____

3. Guarde una copia de estos planes con cada miembro de la familia:

- Practique reunirse en su Lugar de Reunión de Emergencia y enviar mensajes de texto a su Contacto de Emergencia.
- Reunase regularmente para revisar y actualizar el plan, si es necesario.
- Consulte la página siguiente para ver las tarjetas de información de contacto de emergencia para llevar en su cartera o mochila.

¡NO OLVIDE CREAR UN KIT DE SUMINISTROS DE EMERGENCIA Y MANTÉNGALO ACTUALIZADO REGULARMENTE!

Mi Nombre: _____



**SNOHOMISH
COUNTY** 
HEALTH DEPARTMENT



“En una emergencia...”

Llene las tarjeta(s) a continuación. ¡Corta a lo largo de la línea punteada y dobla a lo largo de las líneas amarillas para que quepa en una cartera o mochila!

TARJETA DE CONTACTO DE EMERGENCIA (Adultos)

NOMBRE _____

Fecha de nacimiento _____

Domicilio _____

Necesidades especiales, condiciones médicas, alergias:

Lugar de Trabajo _____

Supervisor _____

Número de teléfono del trabajo _____

Contactos de emergencia

Contacto #1 Nombre _____

Relación _____

Número de Celular _____

Contacto #2 Nombre _____

Relación _____

Número de Celular _____

Dirección de recogida de emergencia _____

Nombre del Doctor _____

Teléfono del Doctor _____

TARJETA DE CONTACTO DE EMERGENCIA (Niños)

NOMBRE _____

Fecha de nacimiento _____

Domicilio _____

Necesidades especiales, condiciones médicas, alergias:

Escuela _____

Profesor _____

Número de teléfono de la escuela _____

Contactos de emergencia

Contacto #1 Nombre _____

Relación _____

Número de Celular _____

Contacto #2 Nombre _____

Relación _____

Número de Celular _____

Dirección de recogida de emergencia _____

Nombre del Pediatra _____

Teléfono del Pediatra _____

MARQUE 9-1-1 PARA EMERGENCIAS

