

PLAN DE COMUNICACIÓN DE LA FAMILIA



Información de la familia

Nombre: _____

Fecha de nacimiento : _____

Número de seguro social : _____

Información Médica Importante : _____

Contactos médicos

Doctor: _____

Teléfono: _____

Doctor: _____

Teléfono: _____

Nombre: _____

Fecha de nacimiento : _____

Número de seguro social : _____

Información Médica Importante : _____

Pediatra: _____

Teléfono: _____

Dentista: _____

Teléfono: _____

Nombre: _____

Fecha de nacimiento : _____

Número de seguro social : _____

Información Médica Importante : _____

Farmacia: _____

Teléfono: _____

Veterinario/ Perrera para animales : _____

Teléfono: _____

Nombre: _____

Fecha de nacimiento : _____

Número de seguro social : _____

Información Médica Importante : _____

Información del seguro de salud

Seguro médico/salud: _____

Teléfono: _____

Número del plan de seguro: _____

Propietarios/Seguro de alquiler: _____

Teléfono: _____

Número del seguro: _____

PLAN DE COMUNICACIÓN DE LA FAMILIA



Contacto Fuera de la Ciudad

Nombre: _____

Casa: _____

Celular: _____

Email: _____

Lugar de Encuentro en el Vecindario:

Lugar de Encuentro en la Región:

Información de trabajo

Lugar de trabajo: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Lugar/ubicación de la evacuación: _____

Información de la escuela

Nombre de la escuela: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Evacuation Location: _____

Información de trabajo

Lugar de trabajo: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Lugar/ubicación de la evacuación: _____

Información de la escuela

Nombre de la escuela: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Evacuation Location: _____
