

Plan de comunicación de emergencia

Los desastres y emergencias son inevitables, pero tomar medidas para estar mejor preparados puede hacer una gran diferencia. Este es un PDF rellenable que Ud. puede imprimir e incluir en su kit de emergencia y/o descargar en su celular.



oem.nv.gov

Actualizado: 21/10/2025

Mi información

Mi nombre:

Nombre

Apellido(s)

Fecha de nacimiento

Dirección postal

Dirección, 2da línea

Ciudad

Código postal/ZIP

Mi número de teléfono

Mi correo electrónico

Mi contacto de emergencia

Nombre del contacto de emergencia

Nombre

Apellido(s)

Teléfono del contacto de emergencia

Correo electrónico del contacto de emergencia

Familiares

Familiar 1:

Nombre

Teléfono

Correo electrónico

Otro medio de contacto

Otra
información

Familiar 2:

Nombre

Teléfono

Correo electrónico

Otro medio de contacto

Otra
información

Planes de emergencia | Cuidadores

Ingrese información para escuela(s), guardería(s), cuidadores y lugares de trabajo

Nombre:	Dirección:	Línea telefónica de emergencia:
Sitio web:	Plan/persona a quien acudir en caso de emergencia:	

Ingrese información para escuela(s), guardería(s), cuidadores y lugares de trabajo

Nombre:	Dirección:	Línea telefónica de emergencia:
Sitio web:	Plan/persona a quien acudir en caso de emergencia:	

Lugares de encuentro de emergencia

Ubicación:

Instrucciones:

Información médica

Centro toxicológico: 1-800-222-1222	Nombre del pediatra:
Nombre del médico:	Número del pediatra:
Número del médico:	Información relacionada con alergias y recetas:
Grupo sanguíneo:	Nombre del Seguro Médico:
	Número de póliza del seguro:

Información adicional:

Miembros de mi familia

¿Viajará alguien con usted?

Puede ser que usted viva solo(a) o con otras personas, como familiares, ‘roommates’ o un cuidador. Si usted vive con otras personas, ¿ellas viajarán con usted durante una emergencia?

☐ Sí

☐ No

Mis mascotas

¿Tiene usted mascota(s)?

¿Tiene usted una mascota, animal de servicio y/o de apoyo emocional con la que viajará en una emergencia?

☐ Sí

☐ No

Nombre de la mascota:

Nombre del veterinario:

Medicamentos de la mascota:

Número del veterinario:

Vacunas de la mascota:

Raza de la mascota:

¿Tiene(n) un microchip?

☐ Sí

☐ No

Información adicional:

Mi salud o necesidades funcionales

Nombre de mi médico:

Número de teléfono de mi médico:

Mis padecimientos de salud

Enumere cualquier discapacidad o problema de salud conocido que tenga.

Mis medicinas

Haga una lista de los medicamentos, su dosis y frecuencia; incluya también aquellos que tome según sea necesario. Indique cada medicamento en líneas separadas.

Mis alergias

Haga una lista de sus alergias.

Mi Equipo Médico Duradero (DME) o Dispositivo(s) de Tecnología de Asistencia (TA)

Haga una lista de cualquier Equipo Médico Duradero (DME) o dispositivo(s) de Tecnología de Asistencia (TA) que use. Si es posible, incluya el número de serie del dispositivo.

Servicios de apoyo

Algunas personas, por ejemplo, cuentan con servicios de asistencia de enfermería, cuidados diarios o de salud mental.

Comunicación y Religión

¿Cuál es la mejor forma de comunicarse con usted?

Algunas personas, por ejemplo, se comunican a través de lenguaje de señas (ASL), otras usan un dispositivo de ayuda y otras prefieren no mirar directo a los ojos, etc.

Idioma preferido

Algunas personas prefieren hablar inglés, otras español y algunas comunicarse mediante lenguaje de señas (ASL).

Consideraciones de tipo religioso

Si en caso de emergencia usted desea que su religión se tome en cuenta, proporcione información sobre sus preferencias religiosas.

Mi estación de radio local

Mis contactos locales de emergencia o desastre

Puede incluir contactos de su condado o ciudad.

Número telefónico de la Oficina de Gestión de Emergencias

Número telefónico del Departamento de bomberos

Número telefónico de la policía u oficina del Sheriff

Número telefónico de transporte público o paratránsito

Mis proveedores de servicios públicos

Nombre de la compañía de electricidad

Número de teléfono de la compañía de electricidad

¿Es usted cliente de atención crítica de su compañía eléctrica?

☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro

Nombre de la compañía de gas

Número de teléfono de la compañía de gas

¿Es usted cliente de atención crítica de su compañía de gas?

☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro

Nombre de la compañía de suministro de agua

Número de teléfono de la compañía de suministro de agua

Proveedores de atención médica, Equipo Médico Duradero y Tecnología de Asistencia

Nombre de la agencia/organismo de atención de la salud

Número de la agencia/organismo de atención de la salud

Plan de cuidado de salud de emergencia

¿Cómo planea acceder a cuidados de salud en una emergencia?

Nombre del proveedor de Equipo Médico Duradero

¿Cuál es el nombre de la empresa o agencia que le proporciona su Equipo Médico Duradero (DME)?

Número telefónico del proveedor de Equipo Médico Duradero

Plan de emergencia de Equipo Médico Duradero

¿Cómo planea acceder a su DME si hay una emergencia?

Nombre del proveedor de Tecnología de Asistencia

¿Cuál es el nombre de la empresa o agencia que le proporciona su Tecnología de Asistencia (TA)?

Número telefónico del proveedor de Tecnología de Asistencia

Plan de emergencia de Tecnología de Asistencia

¿Cómo planea acceder a su Tecnología de Asistencia si hay una emergencia?

Mi transporte

Plan de transporte de emergencia

Si necesita dejar su casa durante una emergencia, ¿cuenta con su propio medio de transporte?

Sí, tengo mi propio medio de transporte

No, no tengo un medio de transporte propio