

# Plan de comunicación familiar



# VOAD

VOLUNTARY ORGANIZATIONS  
ACTIVE IN DISASTER  
SANTA BARBARA COUNTY

## Información personal

Mi Nombre: \_\_\_\_\_  
Mi Dirección: \_\_\_\_\_  
Mi numero de teléfono: (\_\_\_\_\_)\_\_\_\_\_

## Mi familia

Numeros celulares de los miembros de la familia:

Nombre: \_\_\_\_\_ Trabajo:(\_\_\_\_\_)\_\_\_\_\_

Celular: (\_\_\_\_\_)\_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Trabajo:(\_\_\_\_\_)\_\_\_\_\_

Celular: (\_\_\_\_\_)\_\_\_\_\_

## A quien llamar para caso de emergencia

Teléfono de emergencia: 9-1-1 or (\_\_\_\_\_)\_\_\_\_\_

Nombre y número de un familiar o vecino: \_\_\_\_\_

(\_\_\_\_\_)\_\_\_\_\_

Nombre y número de teléfono fuera del estado: \_\_\_\_\_

(\_\_\_\_\_)\_\_\_\_\_

## Teléfonos adicionales

Centro de envenenamiento: (\_\_\_\_\_)\_\_\_\_\_

Hospital local: (\_\_\_\_\_)\_\_\_\_\_

Doctor: (\_\_\_\_\_)\_\_\_\_\_

Dentista: (\_\_\_\_\_)\_\_\_\_\_

Farmacia: (\_\_\_\_\_)\_\_\_\_\_

Otros números importantes: (\_\_\_\_\_)\_\_\_\_\_

1. Que haría su esposo/a si Usted fuera el/la único/a que tuviera acceso a esta lista de emergencia?

\_\_\_\_\_

2. Que haría su hijo/s si Usted fuera el/la único/a que tuviera acceso a esta lista de emergencia?

\_\_\_\_\_