

PLAN FAMILIAR DE EMERGENCIA

Nombre: _____ Barrio/Estaca: _____

¿Tienes tu mochila de emergencia lista?

- ☐ Sí
☐ No

¿Dónde se encuentra? _____

2. ¿Cuál es el lugar más seguro de tu casa?

DATOS FAMILIARES

| Nombre | Edad | Alergias | Condicion Medica | Medicamentos | Tipo San gre |
|--------|------|----------|------------------|--------------|--------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Otros:

Puntos De Encuentro

| Escenario | Lugar Seguro | Direccion |
|----------------------|--------------|-----------|
| Terremoto | | |
| Inundacion | | |
| Incendio | | |
| Reencuentro Familiar | | |

Directorio De Emergencias

| Organizacion / Servicio | Teléfono | Persona de contacto |
|-------------------------|----------|---------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Creado Por: [SeruhioCode30](#)