1. Nombre del Incidente		2. Período Operacional (Fecha / Hora)				PL	PLAN MÉDICO		
		De: A:				SCI 206			
3. Estaciones Médicas									
Nombre de la Estación		Ubicación			# de Contact		Param; En el Sit	édicos io?(S/N)	
							<del>                                     </del>		
							<u> </u>		
4. Transportación									
Servicio de Ambulancias		Domicilio			# de Contacto		¿Paramédicos Abordo? (S/N)		
							<u> </u>		
							<u> </u>		
5. Hospitales									
Nombre del Hospital		Domicilio # de C		# de Contacto	Tiempo de Viaje		¿Centro de	Heli	
Nombre del Flospital		Domicillo		# de Contact	Aire	Tierra	Quemaduras	Estación?	
6. Procedimientos Médico	s de Emergencia Es	speciales							
7. Preparado por: (Lider U	nidad Mádica)	Fache / Harr	0 Vanisia	de nem (Official d	o Comunistas N	F	ha /!!		
7. Freparado por (Lider O	indad Medica)	Fecha / Hora 8. Verificado por: (Oficial o			le Seguridad) Fecha /Hora				
PLAN MÉDICO							SCI 20	6	
							55, 20		