

PLAN FAMILIAR DE EMERGENCIA INCLUSIVO

Familia: _____

Fecha: ___/___/___

Dirección: _____

Teléfono: _____

RUTA DE EVACUACIÓN → PUNTO DE ENCUENTRO → REFUGIO TEMPORAL

AMENAZAS IDENTIFICADAS

1
2
3

TELÉFONOS DE EMERGENCIA

Corporación: Teléfono: Corporación: Teléfono:



CROQUIS DE LA VIVIENDA

Identifica rutas de evacuación, lugares seguros y peligrosos.

MOCHILA DE EMERGENCIA

Botiquín

- Guantes de latex
- Gasas
- Tijeras
- Vendas Apósito
- Alcohol
- Agua Oxigenada
- Curitas
- Cubrebocas

Higiene

- Jabón
- Shampoo
- Pasta dental
- Cepillo dental
- Gel Antibácteric
- Rastrillo
- Papel Higiénico

Equipo

- Lámpara
- Radio de pilas
- Pilas recargables
- Velas
- Cerillos
- Ropa Limpia
- Agua
- Cobija térmica

MIEMBROS DE LA FAMILIA

#	Nombre y Apellidos	Edad	Parentesco	Discapacidad	%	Responsable	Acciones de apoyo	Medicamentos	Dosis