

Family Emergency Plan

BASICS

Out-of-Town Contact: _____
Neighborhood Meeting Place: _____

Phone Number: _____
Evacuation Location: _____

FAMILY INFORMATION

Name: _____
Date of Birth: _____
Identifying Characteristics: _____
Medical (Allergies, etc.): _____
Special Needs: _____

Name: _____
Date of Birth: _____
Identifying Characteristics: _____
Medical (Allergies, etc.): _____
Special Needs: _____

Name: _____
Date of Birth: _____
Identifying Characteristics: _____
Medical (Allergies, etc.): _____
Special Needs: _____

Name: _____
Date of Birth: _____
Identifying Characteristics: _____
Medical (Allergies, etc.): _____
Special Needs: _____

PETS

Name: _____ Type: _____
Color: _____ Age: _____
Medical: _____

Name: _____ Type: _____
Color: _____ Age: _____
Medical: _____

Name: _____ Type: _____
Color: _____ Age: _____
Medical: _____

Name: _____ Type: _____
Color: _____ Age: _____
Medical: _____

WORK LOCATION

Company: _____
Address: _____
Phone: _____
Evacuation Location: _____

Company: _____
Address: _____
Phone: _____
Evacuation Location: _____

SCHOOL LOCATION

School: _____
Address: _____
Phone: _____
Evacuation Location: _____
Child / Grade: _____

School: _____
Address: _____
Phone: _____
Evacuation Location: _____
Child / Grade: _____

Emergency Contact Card



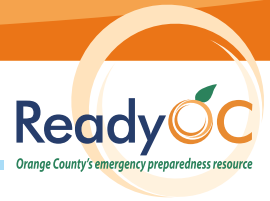
Emergency Contact: _____
Phone: _____ E-mail: _____
Out-of-Town Contact: _____
Phone: _____
Neighborhood Meeting Place: _____
Evacuation Location: _____

Emergency Contact Card



Emergency Contact: _____
Phone: _____ E-mail: _____
Out-of-Town Contact: _____
Phone: _____
Neighborhood Meeting Place: _____
Evacuation Location: _____

Plan Familiar de Emergencia



LO ESENCIAL

Contacto Fuera de la Ciudad: _____

Lugar de Encuentro en el Vecindario: _____

Número de Teléfono: _____

Lugar de Evacuación: _____

INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Características de Identificación: _____

Información Médica (Alergias, etc.): _____

Necesidades Especiales: _____

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Características de Identificación: _____

Información Médica (Alergias, etc.): _____

Necesidades Especiales: _____

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Características de Identificación: _____

Información Médica (Alergias, etc.): _____

Necesidades Especiales: _____

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Características de Identificación: _____

Información Médica (Alergias, etc.): _____

Necesidades Especiales: _____

MASCOTAS

Nombre: _____

Tipo: _____

Color: _____

Edad: _____

Info. Médica: _____

Nombre: _____

Tipo: _____

Color: _____

Edad: _____

Info. Médica: _____

Nombre: _____

Tipo: _____

Color: _____

Edad: _____

Info. Médica: _____

Nombre: _____

Tipo: _____

Color: _____

Edad: _____

Info. Médica: _____

LUGAR DE TRABAJO

Compañía: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Lugar de Evacuación: _____

Compañía: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Lugar de Evacuación: _____

UBICACIÓN DE ESCUELA

Escuela: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Lugar de Evacuación: _____

Niño(a) / Grado: _____

Escuela: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Lugar de Evacuación: _____

Niño(a) / Grado: _____

Tarjeta de Contacto Para Emergencias



Contacto de Emergencia: _____

Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Contacto Fuera de la Ciudad: _____

Teléfono: _____

Lugar de Encuentro en el Vecindario: _____

Lugar de Evacuación: _____

Tarjeta de Contacto Para Emergencias



Contacto de Emergencia: _____

Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Contacto Fuera de la Ciudad: _____

Teléfono: _____

Lugar de Encuentro en el Vecindario: _____

Lugar de Evacuación: _____