

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



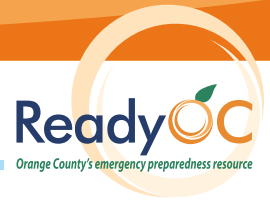
Emergency Contact: _____
Phone: _____ E-mail: _____
Out-of-Town Contact: _____
Phone: _____
Neighborhood Meeting Place: _____
Evacuation Location: _____

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: _____	Nombre: _____
Tipo: _____	Tipo: _____
Color: _____	Color: _____
Edad: _____	Edad: _____
Info. Médica: _____	Info. Médica: _____

Nombre: _____	Nombre: _____
Tipo: _____	Tipo: _____
Color: _____	Color: _____
Edad: _____	Edad: _____
Info. Médica: _____	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: _____