

# Mi plan de bolsillo

Cómo crear un valioso  
plan de acción familiar  
para emergencias.

**2**   
**WEEKS**  
**READY**

# ¿Qué es **Mi plan de emergencia?**

Este es su folleto **Mi plan de bolsillo**, que contiene información personal para emergencias. Siguiendo las instrucciones de este folleto, tómese el tiempo necesario para crear un valioso plan de acción familiar para emergencias.

Incluya solo la información con la que se sienta cómodo. **Mi plan de bolsillo** tiene por objeto ayudarlo a usted y solo a usted y a su familia.

**Nadie más necesita tener acceso al plan ni usarlo para obtener información.**

Use este folleto para crear un registro de su información importante, desde los números de teléfono del trabajo y la escuela hasta los datos de compañías de seguros, contactos médicos y medicamentos recetados de cada uno de los miembros de su familia, todo en un lugar fácil de encontrar.



# Cómo usar ***Mi plan de bolsillo***

Platique con los miembros de su familia sobre la información que pueden necesitar en una emergencia.

Complete este folleto y guárdelo con sus medicamentos de emergencia en un lugar seguro y de fácil acceso. Considere la posibilidad de hacer copias para poner en diferentes lugares, como en su kit de viaje, su automóvil y en línea.

## **Preparación para emergencias**

1. Identifique los peligros dentro y alrededor de su casa
2. Cree un plan de acción para desastres.
3. Prepare un kit de artículos para desastres
4. Estudie la seguridad y la integridad estructural de su hogar
5. Protéjase durante un desastre
6. Decídase a evacuar, si es necesario.
7. Siga su plan



# Información personal

» **Nombre completo:**

---

Dirección:

---

---

Teléfono:

---

Teléfono:

---

» **Oficina local de administración de emergencias:**

---

» **Policía (no emergencia):**

---

» **Empleador:**

---

Teléfono:

---

» **Escuela:**

---

Teléfono:

---

» **Escuela:**

---

Teléfono:

---

Un número a programar en su dispositivo móvil:

- **1EQText:** Este es su contacto fuera del estado que puede recibir mensajes de texto.

# ¿Quién vive con usted?

Si lo desea, puede incluir fotografías de las personas y mascotas que viven con usted.

» **Nombre:** \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_



# Plan de emergencia familiar

» **Nombre del contacto local para emergencias:**

---

Teléfono:

---

Correo electrónico:

» **Nombre del contacto fuera del estado para emergencias:**

---

Teléfono:

---

Correo electrónico:

» **Teléfono u otra información de contacto:**

A menudo es posible enviar MENSAJES DE TEXTO aunque no se pueda hacer LLAMADAS TELEFÓNICAS.

# Plan de emergencia familiar

» **Lugar de reunión en el vecindario:**

---

---

» **Lugar de reunión fuera del vecindario:**

---

---

Dirección del lugar:

---

---

» **CERT o contacto de vigilancia vecinal:**

---

Teléfono:

Correo electrónico:

» **Información adicional:**

---

---

---

---

# Haga un esquema del plano de su casa

- Marque dos salidas de escape para cada habitación
- ¿Dónde está la válvula central del gas?
- ¿Dónde está la válvula central del agua?
- ¿Dónde se almacenan los tanques de oxígeno?

# **Dibuje o pegue un mapa de su lugar de trabajo o de la escuela**

- Indique las rutas de evacuación, zonas de reunión, etc.

# **Dibuje o pegue un mapa de su vecindario**

- Indique las rutas de evacuación, zonas de reunión, etc.

# ¿Qué tipo de desastres naturales hay en su zona?

¿Tornados? ¿Inundaciones?  
¿Terremotos? ¿Incendios?  
¿Tsunamis? ¿Tormentas de  
invierno?

No piense que no hay peligros naturales en su área solo porque no recuerda desastres recientes. El conocimiento y la preparación pueden significar la diferencia entre la vida y la muerte.

- Para recibir alertas en una radio de emergencias meteorológicas visite: [www.weather.gov/alerts](http://www.weather.gov/alerts)



# Información médica de la familia

» **Nombre:** \_\_\_\_\_

Problemas de salud actuales: (diabetes, problemas  
cardíacos, alta presión arterial) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Marcapasos: Sí No Tipo: \_\_\_\_\_

Desfibrilador interno (implantado): Sí No \_\_\_\_\_

Implantes (lugar): \_\_\_\_\_

Información adicional: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Preferencia religiosa (opcional): \_\_\_\_\_

Alergias conocidas: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Grupo sanguíneo: \_\_\_\_\_

# Información médica de la familia

» **Nombre:** \_\_\_\_\_

Problemas de salud actuales: (diabetes, problemas  
cardíacos, alta presión arterial) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Marcapasos: Sí No Tipo: \_\_\_\_\_

Desfibrilador interno (implantado): Sí No \_\_\_\_\_

Implantes (lugar): \_\_\_\_\_

Información adicional: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Preferencia religiosa (opcional): \_\_\_\_\_

Alergias conocidas: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Grupo sanguíneo: \_\_\_\_\_

# Información médica de la familia

» **Nombre:** \_\_\_\_\_

Problemas de salud actuales: (diabetes, problemas  
cardíacos, alta presión arterial) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Marcapasos: Sí No Tipo: \_\_\_\_\_

Desfibrilador interno (implantado): Sí No \_\_\_\_\_

Implantes (lugar): \_\_\_\_\_

Información adicional: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Preferencia religiosa (opcional): \_\_\_\_\_

Alergias conocidas: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Grupo sanguíneo: \_\_\_\_\_

# Información médica de la familia

» **Nombre:** \_\_\_\_\_

Problemas de salud actuales: (diabetes, problemas  
cardíacos, alta presión arterial) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Marcapasos: Sí No Tipo: \_\_\_\_\_

Desfibrilador interno (implantado): Sí No \_\_\_\_\_

Implantes (lugar): \_\_\_\_\_

Información adicional: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Preferencia religiosa (opcional): \_\_\_\_\_

Alergias conocidas: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Grupo sanguíneo: \_\_\_\_\_

## **Información del médico de la familia**

» **Nombre del médico o profesional de salud:** \_\_\_\_\_

Nombre de la clínica / hospital: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Lugar / dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

» **Nombre del médico o profesional de salud:** \_\_\_\_\_

Nombre de la clínica / hospital: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Lugar / dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

» **Nombre del médico o profesional de salud:** \_\_\_\_\_

Nombre de la clínica / hospital: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Lugar / dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# Información de la farmacia

» **Nombre de la farmacia:**

---

Lugar:

---

---

Teléfono:

---

Correo electrónico:

---

» **Nombre de la farmacia:**

---

Lugar:

---

---

Teléfono:

---

Correo electrónico:

---

» **Nombre de la farmacia:**

---

Lugar:

---

---

Teléfono:

---

Correo electrónico:

---





# Medicamentos recetados

- Escriba o pegue aquí las etiquetas de sus medicamentos.

» **Nombre del fármaco:**

---

Fecha de la receta:

---

Médico que lo recetó:

---

Dosis:

---

» **Nombre del fármaco:**

---

Fecha de la receta:

---

Médico que lo recetó:

---

Dosis:

---

» **Nombre del fármaco:**

---

Fecha de la receta:

---

Médico que lo recetó:

---

Dosis:

---

# Medicamentos recetados

- Escriba o pegue aquí las etiquetas de sus medicamentos.

» **Nombre del fármaco:**

---

Fecha de la receta:

---

Médico que lo recetó:

---

Dosis:

---

» **Nombre del fármaco:**

---

Fecha de la receta:

---

Médico que lo recetó:

---

Dosis:

---

» **Nombre del fármaco:**

---

Fecha de la receta:

---

Médico que lo recetó:

---

Dosis:

---

# Medicamentos recetados

- Escriba o pegue aquí las etiquetas de sus medicamentos.

» **Nombre del fármaco:**

---

Fecha de la receta:

---

Médico que lo recetó:

---

Dosis:

---

» **Nombre del fármaco:**

---

Fecha de la receta:

---

Médico que lo recetó:

---

Dosis:

---

» **Nombre del fármaco:**

---

Fecha de la receta:

---

Médico que lo recetó:

---

Dosis:

---



# Compañías de seguros

## » Compañía:

---

(Marque uno)

Médico

Dental

Vista

Propietario

Inquilino

Automóvil

Teléfono:

---

Sitio web:

---

Correo electrónico:

---

No. de identificación del seguro:

---

No. de grupo del seguro:

---

## » Compañía:

---

(Marque uno)

Médico

Dental

Vista

Propietario

Inquilino

Automóvil

Teléfono:

---

Sitio web:

---

Correo electrónico:

---

No. de identificación del seguro:

---

No. de grupo del seguro:

---

# Compañías de seguros

## » Compañía:

---

(Marque uno)

Médico

Dental

Vista

Propietario

Inquilino

Automóvil

Teléfono:

---

Sitio web:

---

Correo electrónico:

---

No. de identificación del seguro:

---

No. de grupo del seguro:

---

## » Compañía:

---

(Marque uno)

Médico

Dental

Vista

Propietario

Inquilino

Automóvil

Teléfono:

---

Sitio web:

---

Correo electrónico:

---

No. de identificación del seguro:

---

No. de grupo del seguro:

---

# Compañías de seguros

## » Compañía:

---

(Marque uno)

Médico

Dental

Vista

Propietario

Inquilino

Automóvil

Teléfono:

Sitio web:

Correo electrónico:

No. de identificación del seguro:

No. de grupo del seguro:

## » Compañía:

---

(Marque uno)

Médico

Dental

Vista

Propietario

Inquilino

Automóvil

Teléfono:

Sitio web:

Correo electrónico:

No. de identificación del seguro:

No. de grupo del seguro:

# Mascotas

## » Tipo de animal:

---

Nombre del animal:

---

Problemas de salud o medicamentos de la mascota:

---

---

Nombre del veterinario:

---

Teléfono:

---

Sitio web / correo electrónico:

---

## » Tipo de animal:

---

Nombre del animal:

---

Problemas de salud o medicamentos de la mascota:

---

---

Nombre del veterinario:

---

Teléfono:

---

Sitio web / correo electrónico:

---

# Mascotas

## » Tipo de animal:

---

Nombre del animal:

---

Problemas de salud o medicamentos de la mascota:

---

---

---

Nombre del veterinario:

---

Teléfono:

---

Sitio web / correo electrónico:

---

## » Tipo de animal:

---

Nombre del animal:

---

Problemas de salud o medicamentos de la mascota:

---

---

---

Nombre del veterinario:

---

Teléfono:

---

Sitio web / correo electrónico:

---

# Kit básico de emergencia

## » Ubicación del kit de emergencia:

---

- Agua, 14 galones por persona (un galón por persona y por día)
- Comida (suficiente para 14 días) para cada persona.
- Radio, con batería o manivela.
- Linterna y pilas de repuesto.
- Botiquín de primeros auxilios
- Silbato para pedir ayuda
- Máscara antipolvo
- Toallitas húmedas
- Llave o alicate para cerrar los servicios públicos.
- Abrelatas manual para alimentos
- Mapas locales
- Teléfono celular y cargadores.
- Chamarra de temporada



# Otros artículos para kits de emergencia

- Anteojos recetados
- Fórmula infantil y pañales.
- Comida y agua extra para la mascota.
- Documentos importantes de la familia (papeles del seguros, actas de nacimiento, registros bancarios, etc.)
- Efectivo (montos pequeños, como \$5 ó \$10)
- Material de consulta para emergencias (libros de primeros auxilios)
- Bolsa de dormir o mantas abrigadas.
- Muda completa de ropa.
- Blanqueador de cloro para el hogar, sin perfume y sin jabón (cambiar cada 6 meses junto con el agua)
- Extintor de incendios
- Fósforos en un recipiente impermeable o un encendedor.
- Suministros femeninos y artículos de higiene personal.
- Papel higiénico
- Bolsas de plástico para sanidad personal.
- Juego de utensilios, vasos y platos de papel.
- Papel y lápiz
- Juegos, libros, rompecabezas u otras actividades.









# Recursos

¿Quiere saber más sobre la preparación familiar?

- **American Red Cross**, [www.redcross.org](http://www.redcross.org)  
**FEMA**, [www.ready.gov](http://www.ready.gov)

¿Quiere saber más sobre terremotos y tsunamis?

- [www.OregonTsunami.org](http://www.OregonTsunami.org)

¿Quiere estar más informado sobre incendios?

- **Oregon Department of Forestry**,  
[www.Oregon.gov/ODF](http://www.Oregon.gov/ODF)

¿Quiere saber más sobre condiciones climáticas?

- **National Weather Service**, [www.weather.gov](http://www.weather.gov)

¿Quiere saber más sobre pandemias?

- **Centers for Disease Control and Prevention**, [www.cdc.gov](http://www.cdc.gov)

¿Quiere saber cómo ayudar a sus mascotas durante una emergencia?

- **American Humane Society**,  
[www.humanesociety.org](http://www.humanesociety.org)

## ***Mi plan de bolsillo***

fue creado como un medio  
de preparación personal por:

### **Agencia Federal de Gestión de Emergencias**

*(Federal Emergency Management Agency)*

### **Oficina de Gestión de Emergencias de Oregón**

*(Oregon Office of Emergency Management)*

### **Gestión de Emergencias del Condado de Coos**

*(Coos County Emergency Management)*

Una vez que completó

*Mi plan de bolsillo,*

envíelo por correo-e a:

**public.info@state.or.us**

Recibirá un certificado de preparación  
firmado por la gobernadora de Oregón.

NO envíe *Mi plan de bolsillo*,  
solo un correo electrónico diciendo que lo  
completó.

*El plan es solo para usted.*





## **Oficina de Gestión de Emergencias de Oregón**

Teléfono: 503-378-2911

### **Sitios web**

[www.Oregon.gov/OEM](http://www.Oregon.gov/OEM)

[www.facebook.com/OMDOEM](https://www.facebook.com/OMDOEM)

[www.Ready.gov](http://www.Ready.gov)



## **Oficina de Gestión de Emergencias de Oregon**

Teléfono: 503-378-2911

### **Sitios web**

[www.Oregon.gov/OEM](http://www.Oregon.gov/OEM)

[www.facebook.com/OMDOEM](https://www.facebook.com/OMDOEM)

[www.Ready.gov](http://www.Ready.gov)