



BR READY:

Program

¡Queremos que estés preparado!

Utilice esta guía visual para comprobar el contenido de su mochila de emergencia.

BREMERGENCY.ORG

En caso de emergencia llame al 911

Policía: _____

Departamento de bomberos: _____

Servicios médicos: _____

Escriba los números de contacto de emergencia de su zona.

Comprueba los artículos que ya tienes en tu mochila

Personal



Agua para 2 días

Abrelatas



Cubiertos

Comida para 2 días



Identificación válida

Documentos importantes

Ropa para 2 días



Manta

Higiene



Mascarillas



Desinfectante de manos



Jabón

Shampoo

Cepillo de dientes y pasta de dientes

Servilletas / Pañuelos de papel o toallitas



Papel higiénico



Salud



Botiquín de primeros auxilios

Todos los medicamentos



Comunicación



Mapa



Silbato



Teléfono con cargador

Radio con baterías



Linterna con baterías



Otros



Cinta adhesiva

Bolsas vacías



Fecha de la revisión:

Esta es una guía para empezar a preparar su mochila de emergencia. Cada persona y cada familia pueden tener necesidades diferentes; por eso es importante discutir el contenido de tu mochila con otros miembros de la familia para poder ajustarla según sea necesario. Los niños no deben tener acceso directo a medicamentos o artefactos potencialmente peligrosos sin la supervisión de un adulto responsable. Visite nuestra página web Bremergency.org

Nombre completo: _____ Teléfono: _____

PERSONA DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Por favor utilice los datos de una persona con la que se pueda contactar en caso de una emergencia; puede ser un familiar o un amigo.

PROBLEMAS DE SALUD

Listado de todos los problemas de salud que usted tiene:

INFORMACIÓN DE SU MÉDICO PRINCIPAL

Nombre de su médico: _____

Número de teléfono de su médico: _____

Alergias: _____

INCLUYA TODOS LOS MEDICAMENTOS QUE TOMA

Nombre y dosis de la medicina	Cantidad a tomar	¿Cuándo toma esta medicina?
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Añada papel adicional si necesita más espacio.

Copie esta información en su teléfono.

