**PLAN DE EMERGENCIA**

A picture containing text, tableware, plate, mat

Description automatically generated

|  |
| --- |
| **Participant Información del participante** |

Nombre del participante       Fecha de nacimiento

Dirección       Teléfono

Directivas anticipadas  Código completo  Orden de no resucitar  
Instrucción adicional:

|  |
| --- |
| **Contacto de emergencia** |
| Nombre       Teléfono  Relación con el participante       Cuidador capacitado  Sí  No |
| Nombre       Teléfono  Relación con el participante       Cuidador capacitado  Sí  No |
| Nombre       Teléfono  Relación con el participante       Cuidador capacitado  Sí  No |
| Nombre       Teléfono  Relación con el participante       Cuidador capacitado  Sí  No |
| Nombre       Teléfono  Relación con el participante       Cuidador capacitado  Sí  No |
| Nombre       Teléfono  Relación con el participante       Cuidador capacitado  Sí  No |
| **Preparación en caso de emergencia** |

Controle/examine los detectores de humo y monóxido de carbono de manera regular. Considere tener preparado un botiquín de emergencia y revíselo con frecuencia para asegurarse de que los artículos estén vigentes y no vencidos (incluya suministros médicos fundamentales, una pequeña cantidad de medicamentos e instrucciones del proveedor/información de contacto). Los cuidadores en el hogar deben saber dónde hay baterías de repuesto, extintores de incendio, botiquines de emergencia y generadores (si hubiere). Revise el equipo médico que requiere alimentación eléctrica y planifique el ahorro de batería (se podría proporcionar alimentación por bolo, pero se debería priorizar una ventilación).

|  |
| --- |
| **Tipo de emergencia. Siempre llame primero al 911. Incluya un plan para lo siguiente:** |

**Refugiarse en el lugar:** Priorice las necesidades de tecnología médica, mantenga un abastecimiento de suministros esenciales y especializados, distribuya los suministros según sea necesario, comuníquese con la compañía de servicios públicos para ver cuándo reanudarán la electricidad, mantenga las baterías de reserva cargadas y úselas solo si es necesario, controle la duración de batería que queda y tómese tiempo para evacuar, use generador si hay alguno disponible.

|  |
| --- |
|  |

**Evacuar:** No espere hasta el último minuto de la duración de la batería del equipo médico, tenga un lugar de reunión designado directamente fuera del hogar y un lugar alternativo para refugiarse (una familia cercana), lleve un resumen médico portátil de la información de salud del participante.

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| **Ubicación alternativa para usarse cuando el hogar actual del participante es inhabitable por un período prolongado y por interrupciones de servicios públicos. Debe incluir lo siguiente:** |

Nombre       Teléfono

Dirección

|  |
| --- |
| **Lugar de reunión designado: un punto de referencia o una dirección física cercana (a poca distancia) respecto del hogar del participante:** |

Lugar de reunión designado

|  |
| --- |
| **Participante: planes específicos para emergencias médicas. Llame primero al 911. Incluya lo siguiente:** |
| Nombre del médico       Teléfono  Dirección |
| Hospital más cercano       Teléfono  Dirección |
| **Firmas y fecha de revisión** |

*DSCC Fecha*

*Participante/familia del participante Fecha*