



**ACT**  
Government

# COSAS IMPRESCINDIBLES EN UNA EMERGENCIA

## SUS DATOS

Nombre

Dirección

Código Postal

Teléfono

CASA

MÓVIL

TRABAJO

Email

## INFORMACION SOBRE EMERGENCIAS Y EL TERRITORIO DE LA CAPITAL DE AUSTRALIA (ACT)

**Policía, Bomberos o Ambulancia**

**000**

**Teléfono de Asistencia Policial**

**131 444**

**SES (para asistencia en tormentas o inundaciones)**

**132 500**

**Crimestoppers**

**1800 333 000**

**Servicio de Traducción e Interpretación**

**131 450**

**Canberra Connect**

**132 281**

**HealthDirect Australia**

**1800 022 222**

**ANTICIPÉSE A LOS HECHOS**

**ESTÉ PREPARADO**

**MANTÉNGASE SEGURO**

# CONTENIDO DE SU BOTIQUIN DE EMERGENCIA

Para asegurarse de estar preparado en caso de emergencia, es importante preparar un botiquín de artículos esenciales.

## COSAS QUE DEBE CONTENER EL BOTIQUIN

Debe considerar incluir:

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> un radio a baterías                              | <input type="checkbox"/> una muda de ropa                  | <input type="checkbox"/> alimentos de larga vida útil y agua        |
| <input type="checkbox"/> una linterna                                     | <input type="checkbox"/> una manta de lana                 | <input type="checkbox"/> llaves de repuesto de la casa y/o el coche |
| <input type="checkbox"/> baterías de repuesto para la linterna y el radio | <input type="checkbox"/> botiquín de emergencia            | <input type="checkbox"/> lista de contactos importantes             |
| <input type="checkbox"/> un poco de dinero                                | <input type="checkbox"/> velas y cerillos a prueba de agua |   |

## ¿DONDE GUARDAR EL BOTIQUIN?

Anote dónde piensa guardar el botiquín


## COSAS QUE DEBERÁ AÑADIR AL BOTIQUIN EN CASO DE EVACUACIÓN

Si necesita abandonar la casa por una emergencia, puede añadir al botiquín:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> medicamentos                | <input type="checkbox"/> fotografías o discos de fotos |
| <input type="checkbox"/> recetas                     | <input type="checkbox"/> guía de calles/mapa           |
| <input type="checkbox"/> su registro de medicamentos | <input type="checkbox"/> teléfono móvil                |
| <input type="checkbox"/> documentos importantes como | <input type="checkbox"/> cargador del teléfono móvil   |
| <input type="checkbox"/> póliza del seguro           | <input type="checkbox"/> licencia de conducir          |
| <input type="checkbox"/> pasaporte                   | <input type="checkbox"/> lentes para leer              |

# SU PLAN DE EVACUACIÓN DE EMERGENCIA

Prepare un plan de acción para salir de la casa durante una emergencia. Fíjese en lo siguiente:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ¿Está su botiquín de emergencia listo si usted tiene que salir? | <input type="checkbox"/> ¿Están al día su tarjetas de medicamentos y contactos? |
| <input type="checkbox"/> ¿Qué otros artículos básicos necesita llevar?                   | <input type="checkbox"/> ¿Informó a sus vecinos sobre lo que está haciendo?     |
| <input type="checkbox"/> Si tiene mascotas, ¿qué medidas ha tomado?                      |   |

## ANTES DE SALIR (SI LE QUEDA TIEMPO)

Desconecte el suministro de gas, electricidad y agua o informe a alguien dónde lo puede hacer.

Medidor de Gas	UBICACIÓN
Red Eléctrica	UBICACIÓN
Medidor de Agua	UBICACIÓN

## ¿A DONDE SE VA A DIRIGIR?

Opción 1

Opción 2

¿Cómo llegará a ese lugar?

¿Quién le puede ayudar?  Tel

¿A quién más necesita informar si va a salir de la casa?

Nombre  Tel

¿Hay alguna tarea esencial o frecuente que alguien tiene que hacer por usted?


# CONTACTOS DE EMERGENCIA FAMILIARES Y AMIGOS

**1** Nombre

Relación

Dirección

Código Postal

Teléfono  CASA  MÓVIL  TRABAJO

**2** Nombre

Relación

Dirección

Código Postal

Teléfono  CASA  MÓVIL  TRABAJO

**3** Nombre

Relación

Dirección

Código Postal

Teléfono  CASA  MÓVIL  TRABAJO

**4** Nombre

Relación

Dirección

Código Postal

Teléfono  CASA  MÓVIL  TRABAJO

# CONTACTOS DE EMERGENCIA SUS VECINOS

**1** Nombre

Dirección

Código Postal

Teléfono  CASA  MÓVIL  TRABAJO

**2** Nombre

Dirección

Código Postal

Teléfono  CASA  MÓVIL  TRABAJO

**3** Nombre

Dirección

Código Postal

Teléfono  CASA  MÓVIL  TRABAJO

**4** Nombre

Dirección

Código Postal

Teléfono  CASA  MÓVIL  TRABAJO

**5** Nombre

Dirección

Código Postal

Teléfono  CASA  MÓVIL  TRABAJO

# OTROS CONTACTOS

## PROVEEDORES DE SERVICIOS PÚBLICOS

Electricidad	<input type="text"/>	Tel	<input type="text"/>
Gas Natural	<input type="text"/>	Tel	<input type="text"/>
Agua/Aguas residuales	<i>ActewAGL water and wastewater emergency</i>	Tel	<i>131 193</i>
Aguas de lluvia	<i>ACT Department of Territory and Municipal Services</i>	Tel	<i>132 281</i>

## ARTESANOS

Plomero	<input type="text"/>		
Teléfono	<input type="text"/>	Móvil	<input type="text"/>
Electricista	<input type="text"/>		
Teléfono	<input type="text"/>	Móvil	<input type="text"/>

## SEGURO

De vivienda y sus contenidos	<input type="text"/>		
Teléfono	<input type="text"/>	Fax	<input type="text"/>
Médico	<input type="text"/>		
Teléfono	<input type="text"/>	Fax	<input type="text"/>
Vehículo automotor	<input type="text"/>		
Teléfono	<input type="text"/>	Fax	<input type="text"/>

## OTROS

<input type="text"/>	Tel	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Tel	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Tel	<input type="text"/>

# SU INFORMACIÓN MÉDICA

## PERSONA 1

Nombre	<input type="text"/>		
Fecha de nacimiento	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>	Tipo de sangre	<input type="text"/>
Alergias	<input type="text"/>		
Doctor	<input type="text"/>	Teléfono	<input type="text"/>
Dentista	<input type="text"/>	Teléfono	<input type="text"/>
Farmacia	<input type="text"/>	Teléfono	<input type="text"/>
Anteojos/Lentes de contacto?	<input type="checkbox"/>	¿Dentaduras postizas?	<input type="checkbox"/>
		¿Diabético?	<input type="checkbox"/>
		¿Epiléptico?	<input type="checkbox"/>
Afección Médica	<input type="text"/>		
Medicamentos	<input type="text"/>	Dosis	<input type="text"/>
Afección Médica	<input type="text"/>		
Medicamentos	<input type="text"/>	Dosis	<input type="text"/>
Afección Médica	<input type="text"/>		
Medicamentos	<input type="text"/>	Dosis	<input type="text"/>
Afección Médica	<input type="text"/>		
Medicamentos	<input type="text"/>	Dosis	<input type="text"/>
Afección Médica	<input type="text"/>		
Medicamentos	<input type="text"/>	Dosis	<input type="text"/>

# SU INFORMACIÓN MÉDICA

## PERSONA 2

Nombre

Fecha de nacimiento

 /  / 

Tipo de sangre

Alergias

Doctor

Teléfono

Dentista

Teléfono

Farmacia

Teléfono

Anteojos/Lentes de contacto?

¿Dentaduras postizas?

¿Diabético?

¿Epiléptico?

Afección Médica

Medicamentos

Dosis

Afección Médica

Medicamentos

Dosis

Afección Médica

Medicamentos

Dosis

Afección Médica

Medicamentos

Dosis

Afección Médica

Medicamentos

Dosis