



ACT
Government

COSAS IMPRESCINDIBLES EN UNA EMERGENCIA

SUS DATOS

Nombre

Dirección

Teléfono

Código Postal

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	<input type="text" value="UBICACIÓN"/>
Red Eléctrica	<input type="text" value="UBICACIÓN"/>
Medidor de Agua	<input type="text" value="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	<input type="text"/>		
	Relación	<input type="text"/>		
	Dirección	<input type="text"/>		
		<input type="text"/>	Código Postal	<input type="text"/>
	Teléfono	CASA <input type="text"/>	MÓVIL <input type="text"/>	TRABAJO <input type="text"/>

2	Nombre	<input type="text"/>		
	Relación	<input type="text"/>		
	Dirección	<input type="text"/>		
		<input type="text"/>	Código Postal	<input type="text"/>
	Teléfono	CASA <input type="text"/>	MÓVIL <input type="text"/>	TRABAJO <input type="text"/>

3	Nombre	<input type="text"/>		
	Relación	<input type="text"/>		
	Dirección	<input type="text"/>		
		<input type="text"/>	Código Postal	<input type="text"/>
	Teléfono	CASA <input type="text"/>	MÓVIL <input type="text"/>	TRABAJO <input type="text"/>

4	Nombre	<input type="text"/>		
	Relación	<input type="text"/>		
	Dirección	<input type="text"/>		
		<input type="text"/>	Código Postal	<input type="text"/>
	Teléfono	CASA <input type="text"/>	MÓVIL <input type="text"/>	TRABAJO <input type="text"/>

CONTACTOS DE EMERGENCIA SUS VECINOS

1	Nombre	<input type="text"/>		
	Dirección	<input type="text"/>		
		<input type="text"/>	Código Postal	<input type="text"/>
	Teléfono	CASA <input type="text"/>	MÓVIL <input type="text"/>	TRABAJO <input type="text"/>

2	Nombre	<input type="text"/>		
	Dirección	<input type="text"/>		
		<input type="text"/>	Código Postal	<input type="text"/>
	Teléfono	CASA <input type="text"/>	MÓVIL <input type="text"/>	TRABAJO <input type="text"/>

3	Nombre	<input type="text"/>		
	Dirección	<input type="text"/>		
		<input type="text"/>	Código Postal	<input type="text"/>
	Teléfono	CASA <input type="text"/>	MÓVIL <input type="text"/>	TRABAJO <input type="text"/>

4	Nombre	<input type="text"/>		
	Dirección	<input type="text"/>		
		<input type="text"/>	Código Postal	<input type="text"/>
	Teléfono	CASA <input type="text"/>	MÓVIL <input type="text"/>	TRABAJO <input type="text"/>

5	Nombre	<input type="text"/>		
	Dirección	<input type="text"/>		
		<input type="text"/>	Código Postal	<input type="text"/>
	Teléfono	CASA <input type="text"/>	MÓVIL <input type="text"/>	TRABAJO <input type="text"/>

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	131 193
Aguas de lluvia	<i>ACT Department of Territory and Municipal Services</i>	Tel	132 281

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"/>	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