**Numeros de emergencia e informacion de Contactos importantes**

Mantenga esta información en un solo lugar para que usted y su familia puede acceder a ella fácilmente

Plan de emergencia. Un plan de emergencia es un documento que todos deberían tener para protegerse a sí mismos y a sus familias en caso de una emergencia, ya sea un incendio, un terremoto o una interacción con el ICE o un arresto y detención por parte de este.

Guárdelo en un lugar seguro con otros documentos importantes como su pasaporte, recetas médicas y otros documentos de inmigración.

**COMPARTA LA UBICACIÓN DE SU PLAN DE EMERGENCIA SOLO CON AMIGOS Y FAMILIARES DE CONFIANZA.**

Asegúrese de que sepan dónde está, por qué es importante y cómo obtenerlo en caso de que lo arreste el ICE.

**¡NUNCA COMPARTA SU PLAN DE EMERGENCIA CON AGENTES DEL ICE!**

|  |  |
| --- | --- |
| **Información de contactos Familiares** |  |
| **Madre/ Guardián** |  |
| Numero de celular |  |
| Dirección del trabajo |  |
| Teléfono del trabajo |  |
| **Padre/ Guardian** |  |
| Numero de celular |  |
| Dirección del trabajo |  |
| Teléfono del trabajo |  |
| **Otro Contacto de emergencia y relación** |  |
| Numero de celular |  |
| **Otro Contacto de emergencia y relación** |  |
| Numero de celular |  |
| **Otro Contacto de emergencia y relación** |  |
| Numero de celular |  |

**Otros contactos importantes**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Doctor** | **Pediatra** | **Dentista** |
| Nombre |  |  |  |
| Numero telefónico |  |  |  |
| Nombre del seguro de salud |  |  |  |
| Numero de Póliza |  |  |  |

**Información importante de los niños**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre del hijo(a)** |  |  |  |
| Fecha de nacimiento |  |  |  |
| Número del celular del hijo(a) |  |  |  |
| Nombre de la Escuela |  |  |  |
| Dirección de la escuela |  |  |  |
| Numero # de la escuela |  |  |  |
| Alergias del hijo(a) |  |  |  |
| Condiciones medicas |  |  |  |
| Medicamentos |  |  |  |
| Número telefónico del Doctor |  |  |  |
| Dirección del Doctor |  |  |  |
| Seguro de salud (Póliza) |  |  |  |
| **Nombre del hijo(a)** |  |  |  |
| Fecha de nacimiento |  |  |  |
| Número del celular del hijo(a) |  |  |  |
| Nombre de la Escuela |  |  |  |
| Dirección de la escuela |  |  |  |
| Numero # de la escuela |  |  |  |
| Alergias del hijo(a) |  |  |  |
| Condiciones medicas |  |  |  |
| Medicamentos |  |  |  |
| Número telefónico del Doctor |  |  |  |
| Dirección del Doctor |  |  |  |
| Seguro de salud (póliza) |  |  |  |