



# Su inventario personalizado de preparación:

*Evaluación de los recursos adicionales importantes que necesitará antes, durante y después de un desastre.*

Red Comunitaria  
de Resiliencia  
a los Desastres

MARC  
MID-AMERICA REGIONAL COUNCIL

  
Margaret A. Cargill  
FOUNDATION  
A MARGARET A. CARGILL PHILANTHROPY



## ¿Por qué es necesario planificar para los desastres?

Se pueden producir desastres en cualquier momento y en cualquier lugar. En nuestra región es muy probable que se produzcan tormentas eléctricas violentas, tornados, inundaciones, tormentas de nieve y de hielo, así como derrames de materiales peligrosos. Si ocurre alguno de estos desastres, es posible que no tenga mucho tiempo para reaccionar.

Es importante que tome medidas con tiempo, como juntar un equipo de emergencia, hacer planes y contar con medios que le permitan mantenerse informado. Planificar

con anticipación le puede ayudar a afrontar la situación con recursos que son limitados o inexistentes debido al desastre. Es posible que los funcionarios y los integrantes de los equipos de socorro locales no puedan ayudarle de inmediato. Usted tendrá que depender de las personas y los recursos que están a su disposición en ese momento.

La buena noticia es que usted cuenta con recursos a su alrededor que le ayudarán a satisfacer sus necesidades cotidianas y llevar a cabo sus actividades habituales.

La preparación para los desastres incluye identificar los suministros, dispositivos, medicamentos y aparatos más importantes para usted, y a continuación hacer lo necesario para asegurarse de que estén accesibles durante una emergencia.

Algunos suministros son artículos estándar que todo el mundo necesita, como alimentos, agua, ropa, alojamiento, transporte y aparatos de comunicación. Estos artículos deben incluirse en un equipo de emergencia estándar.

**Recuerde: ¡este folleto es SUYO! También es una herramienta para ayudar a que otras personas le ayuden. Cuando haya completado las secciones que le atañen, entregue una copia a las personas en las que usted más confíe durante y después de un desastre.**

# ¿Cuáles son sus necesidades específicas?

Además de los suministros estándar de emergencia, es posible que usted necesite recursos adicionales para satisfacer sus necesidades particulares. Usted debe prestar especial atención a estos recursos adicionales cuando está preparándose para las emergencias.

Por ejemplo:

- Si usted depende de una silla de ruedas motorizada o de cualquier otro aparato que necesite electricidad para

moverse, ¿tiene un plan alternativo en caso de un apagón?

- Si usted toma medicamentos para mantener bajo control una enfermedad potencialmente mortal, ¿dispone de una cantidad suficiente para incluir algunos en su equipo de emergencia? ¿En su equipo de emergencia tiene la información escrita que le ayudará a conseguir más si los necesita?

- Si tiene necesidades dietéticas particulares, ¿incluyó en su equipo de emergencia los alimentos que usted puede comer?

El propósito de este folleto es ayudarle a (1) evaluar los recursos adicionales que más necesita, (2) reunir información importante sobre esos recursos y (3) identificar posibles fuentes alternativas.

## PREPARE UN EQUIPO DE EMERGENCIA | HAGA UN PLAN | MANTÉNGASE INFORMADO

Este folleto le ayudará a identificar los suministros adicionales que debe incluir en su equipo de emergencia, los recursos que deben formar parte de su proceso de planificación para emergencias y las fuentes de información que le ayudarán a mantenerse informado.



Comunicaciones



Aparatos



Alimentos y suministros



Alojamiento



Suministros médicos



Tratamientos médicos



Personas



Mascotas



Animales de servicio



Transporte

Complete las secciones que son aplicables a SUS necesidades.

# ¿Qué es importante para usted?

Antes de sumergirse en este folleto, tómese unos momentos para decidir cuáles son las secciones que tienen importancia para usted. Una vez que seleccione las áreas más importantes, esta página le servirá de guía para ir a las secciones apropiadas con el fin de abordar esos temas, en cuanto se refiere a la elaboración de su equipo de emergencia, el diseño de un plan y a lo que debe hacer para mantenerse informado. Marque las casillas correspondientes al los temas que sean importantes para usted.

TEMA	IMPORTANTE PARA MÍ	EQUIPO	PLAN INFORMACIÓN
 Comunicaciones: buscar información sobre los peligros y comunicarse con otras personas.	<input type="checkbox"/>	6	41
 Aparatos: equipos médicos duraderos y dispositivos de asistencia.	<input type="checkbox"/>	7	
 Alimentos y suministros: necesidades dietéticas especiales y preferencias, suministros importantes que todavía no tenga en su equipo.	<input type="checkbox"/>	10, 19	
 Alojamiento: otros lugares donde puede quedarse, necesidad de disponer de asistencia en un albergue.	<input type="checkbox"/>		23
 Medicamentos: medicamentos recetados y de venta libre (sin receta).	<input type="checkbox"/>	12	
 Tratamientos médicos: tratamientos o procedimientos médicos que recibe periódicamente.	<input type="checkbox"/>		26
 Personas: familiares, amigos, médicos, asistentes de cuidados, traductores.	<input type="checkbox"/>		27
 Mascotas: suministros para las mascotas y posibles cuidadores.	<input type="checkbox"/>	17	36
 Animales de servicio: suministros necesarios para los animales de servicio, información de contacto del veterinario.	<input type="checkbox"/>	18	
 Transporte: proveedores de transporte alternativos.	<input type="checkbox"/>		38

*(ver abajo los números de página de las secciones)*



# Prepare un equipo de emergencia

## ¡Tarea!

Si todavía no ha reunido su equipo de emergencia estándar, comience a hacerlo inmediatamente. Para consultar recursos sobre cómo reunir un equipo de emergencia, visite los siguientes sitios web:

PrepareMetroKC

[preparemetrokc.org/memc-brochure.pdf](http://preparemetrokc.org/memc-brochure.pdf)  
[preparemetrokc.org/Be\\_Prepared/supplykit.asp](http://preparemetrokc.org/Be_Prepared/supplykit.asp)

Agencia Federal para el  
Manejo de Emergencias

[ready.gov/build-a-kit](http://ready.gov/build-a-kit)

Cruz Roja Americana

[redcross.org/prepare/location/home-family/get-kit](http://redcross.org/prepare/location/home-family/get-kit)

Centros para el Control y  
Prevención de Enfermedades

[emergency.cdc.gov/preparedness/kit/disasters](http://emergency.cdc.gov/preparedness/kit/disasters)





# Comunicaciones

La comunicación durante y después de un desastre es sumamente importante, pero a veces puede ser todo un reto. Usted puede tener diversos teléfonos, tabletas y computadoras que usa para comunicarse con los demás. Es bueno tener más de un tipo de aparato para el caso de que uno de ellos no funcione, por ejemplo durante un apagón o en caso de que las antenas repetidoras de telefonía celular estén sobrecargadas.



## ¿De qué manera se mantendrá en contacto?

1. Si usted usa un teléfono celular, ¿tiene un cargador extra para su teléfono? ¿Tiene un cargador para el auto o alguna otra manera de cargar la batería de su teléfono? SÍ\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_
  - a. ¿Incluyó un cargador extra para el teléfono, un cargador que pueda usar en el auto y otro dispositivo de carga en su equipo de emergencia? SÍ\_\_\_\_\_NO\_\_\_\_\_
  
2. ¿Usa un sistema de comunicación aumentativa y adaptativa, por ejemplo una tableta electrónica, una pizarra digital o TTY? SÍ\_\_\_\_\_NO\_\_\_\_\_
  - a. ¿Qué aparato usa? \_\_\_\_\_
  - b. ¿Tiene un aparato de respaldo en su equipo de emergencia? SÍ\_\_\_\_\_NO\_\_\_\_\_
  - c. Si su aparato funciona con baterías, ¿tiene baterías extra o un cargador de pilas en su equipo de emergencia? SÍ\_\_\_\_\_NO\_\_\_\_\_
  - d. ¿Quién es su proveedor de servicios? \_\_\_\_\_
  - e. Teléfono de su proveedor: \_\_\_\_\_



## ¡Tarea!

Si respondió “no” a alguna de las preguntas anteriores, adopte medidas para asegurarse de que tiene las cosas que necesita. Escriba aquí la lista de las cosas que tiene que hacer:

---



---



---



---



## Aparatos

¿Utiliza algún aparato específico en sus actividades cotidianas habituales, para poder desplazarse, comer, oír, ver y leer, o respirar con mayor facilidad? Si no tuviera este aparato, ¿eso le impediría funcionar o comunicarse? No piense que los encargados de responder ante una emergencia, los equipos de socorro y los proveedores de albergue le suministrarán estos aparatos.



## ¿Qué equipos necesita para sus funciones vitales?

Enumere los equipos que son muy importantes (clave para las funciones vitales) o importantes (afectan de manera significativa su capacidad para funcionar):

1. Aparato: \_\_\_\_\_
  - a. ¿Tiene este aparato u otro igual en su equipo de emergencia?  
SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
  - b. Proveedor que le ayuda con este aparato: \_\_\_\_\_
  - c. Dirección \_\_\_\_\_
  - d. Teléfono: \_\_\_\_\_
  - e. ¿Este proveedor tiene un plan para proporcionar servicios después de una emergencia?  
SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
  - f. Otra fuente que pudiera proporcionarle ayuda con este aparato:  
\_\_\_\_\_
  - g. Dirección: \_\_\_\_\_
  - h. Teléfono: \_\_\_\_\_
  - i. ¿Este proveedor tiene un plan para proporcionar servicios después de una emergencia?  
SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

# Aparatos (continuación)

2. Aparato: \_\_\_\_\_

a. ¿Tiene este aparato u otro igual en su equipo de emergencia?  
SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

b. Proveedor que le ayuda con este aparato: \_\_\_\_\_

c. Dirección: \_\_\_\_\_

d. Teléfono: \_\_\_\_\_

e. ¿Este proveedor tiene un plan para proporcionar servicios después de una emergencia?  
SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

f. Otra fuente que pudiera proporcionarle ayuda con este aparato:  
\_\_\_\_\_

g. Dirección: \_\_\_\_\_

h. Teléfono: \_\_\_\_\_

i. ¿Este proveedor tiene un plan para proporcionar servicios después de una emergencia?  
SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

3. Aparato: \_\_\_\_\_

a. ¿Tiene este aparato u otro igual en su equipo de emergencia?  
SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

b. Proveedor que le ayuda con este aparato: \_\_\_\_\_

c. Dirección: \_\_\_\_\_

d. Teléfono: \_\_\_\_\_

e. ¿Este proveedor tiene un plan para proporcionar servicios después de una emergencia?  
SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

f. Otra fuente que pudiera proporcionarle ayuda con este aparato:  
\_\_\_\_\_

g. Dirección: \_\_\_\_\_

h. Teléfono: \_\_\_\_\_

i. ¿Este proveedor tiene un plan para proporcionar servicios después de una emergencia?  
SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_





# Alimentos

La comida es la más importante de nuestras necesidades. Los equipos de emergencia estándar recomiendan alimentos no perecederos que no necesitan refrigeración, preparación ni cocción, como ciertos alimentos enlatados, alimentos de alto valor energético, como las barras de cereal y la mantequilla de maní, y alimentos reconfortantes, como las galletas. Si usted tiene restricciones dietéticas especiales o alergias alimentarias, algunos de los alimentos estándar recomendados podrían no ser apropiados. Recuerde que es posible que los albergues de emergencia no estén en capacidad de adaptarse a sus restricciones dietéticas.



## ¿Qué alimentos puede comer?

1. ¿Tiene restricciones dietéticas o necesidades dietéticas especiales? SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
2. Describa las restricciones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  - a. ¿Incluyó en su equipo de emergencia documentación que describa sus necesidades dietéticas? SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
  - b. ¿Tiene en su equipo de emergencia alimentos adaptados a sus restricciones dietéticas? SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
3. ¿Tiene usted alergias alimentarias? SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
4. Si es así, indique aquí qué alimentos le provocan alergia:

<b>ALERGIA AL ALIMENTO:</b>	¿Incluyó el tratamiento en su equipo de emergencia? SÍ _____ NO _____
Reacción:	
Tratamiento:	¿Incluyó el tratamiento en su equipo de emergencia? SÍ _____ NO _____
<b>ALERGIA AL ALIMENTO:</b>	
Reacción:	¿Incluyó el tratamiento en su equipo de emergencia? SÍ _____ NO _____
Tratamiento:	
<b>ALERGIA AL ALIMENTO:</b>	¿Incluyó el tratamiento en su equipo de emergencia? SÍ _____ NO _____
Reacción:	
Tratamiento:	¿Incluyó el tratamiento en su equipo de emergencia? SÍ _____ NO _____
<b>ALERGIA AL ALIMENTO:</b>	
Reacción:	¿Incluyó el tratamiento en su equipo de emergencia? SÍ _____ NO _____
Tratamiento:	

<b>ALERGIA AL ALIMENTO:</b>	¿Incluyó el tratamiento en su equipo de emergencia? SÍ _____ NO _____
Reacción:	
Tratamiento:	¿Incluyó el tratamiento en su equipo de emergencia? SÍ _____ NO _____
<b>ALERGIA AL ALIMENTO:</b>	
Reacción:	¿Incluyó el tratamiento en su equipo de emergencia? SÍ _____ NO _____
Tratamiento:	
<b>ALERGIA AL ALIMENTO:</b>	¿Incluyó el tratamiento en su equipo de emergencia? SÍ _____ NO _____
Reacción:	
Tratamiento:	¿Incluyó el tratamiento en su equipo de emergencia? SÍ _____ NO _____
<b>ALERGIA AL ALIMENTO:</b>	
Reacción:	¿Incluyó el tratamiento en su equipo de emergencia? SÍ _____ NO _____
Tratamiento:	



## ¡Tarea!

Si respondió “no” a alguna de las preguntas anteriores, adopte medidas para asegurarse de que tiene las cosas que necesita. Escriba aquí la lista de las cosas que tiene que hacer:

---



---



---



---



---



---



# Medicamentos

Los medicamentos se clasifican de acuerdo con numerosas categorías: recetados y de venta libre (sin receta); los que se usan para tratar activamente una afección (p. ej., los antibióticos), los que se usan para controlar una afección crónica (p. ej., los medicamentos para la tensión arterial) y los que se toman periódicamente para combatir síntomas (p. ej., Tylenol o ibuprofeno para el dolor de cabeza). Usted necesita saber qué medicamentos son importantes para su salud y si tiene alguna restricción por la que sería más difícil reponer sus medicamentos recetados en el caso de emergencia. Si no está seguro, consulte a su médico o farmacéutico.



## ¿Qué medicamentos toma?

En esta sección, elabore una lista de los medicamentos que toma, indicando si son muy importantes, importantes o medianamente importantes según las siguientes definiciones:

- Muy importante: medicamento vital para conservar la vida.
- Importante: medicamento necesario para controlar una afección grave.
- Medianamente importante: medicamento necesario para moderar afecciones que no representan una amenaza para la vida.

## Medicamentos recetados que toma con regularidad

Enumere en los siguientes cuadros los medicamentos recetados que toma con regularidad.

<b>Nombre del medicamento:</b>		
<b>Dosificación:</b>	<b>¿Cuántas veces al día?</b>	<b>Instrucciones específicas:</b>
<b>Recetador:</b>	<b>Teléfono del recetador:</b>	<b>¿Tiene en su equipo de emergencia un suministro suficiente para tres días? SÍ _____ NO _____</b>
<b>Nombre de la farmacia:</b>	<b>Dirección:</b>	<b>Teléfono:</b>
<b>¿Puede conseguir un medicamento de reemplazo o temporal para este medicamento recetado en este lugar o en una farmacia relacionada, durante o después de una emergencia SÍ _____ NO _____</b>		
<b>IMPORTANCIA DEL MEDICAMENTO:</b> <i>(encierra en un círculo una respuesta)</i>		
<i>Muy importante</i>	<i>Importante</i>	<i>Medianamente importante</i>

<b>Nombre del medicamento:</b>		
<b>Dosificación:</b>	<b>¿Cuántas veces al día?</b>	<b>Instrucciones específicas:</b>
<b>Recetador:</b>	<b>Teléfono del recetador:</b>	<b>¿Tiene en su equipo de emergencia un suministro suficiente para tres días? SÍ_____NO_____</b>
<b>Nombre de la farmacia:</b>	<b>Dirección:</b>	<b>Teléfono:</b>
<b>¿Puede conseguir un medicamento de reemplazo o temporal para este medicamento recetado en este lugar o en una farmacia relacionada, durante o después de una emergencia SÍ_____NO_____</b>		
<b>IMPORTANCIA DEL MEDICAMENTO:</b> <i>(encierre en un círculo una respuesta)</i>		
<i>Muy importante</i>	<i>Importante</i>	<i>Medianamente importante</i>

<b>Nombre del medicamento:</b>		
<b>Dosificación:</b>	<b>¿Cuántas veces al día?</b>	<b>Instrucciones específicas:</b>
<b>Recetador:</b>	<b>Teléfono del recetador:</b>	<b>¿Tiene en su equipo de emergencia un suministro suficiente para tres días? SÍ_____NO_____</b>
<b>Nombre de la farmacia:</b>	<b>Dirección:</b>	<b>Teléfono:</b>
<b>¿Puede conseguir un medicamento de reemplazo o temporal para este medicamento recetado en este lugar o en una farmacia relacionada, durante o después de una emergencia SÍ_____NO_____</b>		
<b>IMPORTANCIA DEL MEDICAMENTO:</b> <i>(encierre en un círculo una respuesta)</i>		
<i>Muy importante</i>	<i>Importante</i>	<i>Medianamente importante</i>

<b>Nombre del medicamento:</b>		
<b>Dosificación:</b>	<b>¿Cuántas veces al día?</b>	<b>Instrucciones específicas:</b>
<b>Recetador:</b>	<b>Teléfono del recetador:</b>	<b>¿Tiene en su equipo de emergencia un suministro suficiente para tres días? SÍ_____NO_____</b>
<b>Nombre de la farmacia:</b>	<b>Dirección:</b>	<b>Teléfono:</b>
<b>¿Puede conseguir un medicamento de reemplazo o temporal para este medicamento recetado en este lugar o en una farmacia relacionada, durante o después de una emergencia SÍ_____NO_____</b>		
<b>IMPORTANCIA DEL MEDICAMENTO:</b> <i>(encierre en un círculo una respuesta)</i>		
<i>Muy importante</i>	<i>Importante</i>	<i>Medianamente importante</i>

## Medicamentos recetados que toma sólo cuando es necesario

Enumere los medicamentos recetados que toma sólo cuando es necesario.

Nombre del medicamento:		
Dosificación:	¿Cuántas veces al día?	Instrucciones específicas:
Recetador:	Teléfono del recetador:	¿Tiene en su equipo de emergencia un suministro suficiente para tres días? SÍ _____ NO _____
Nombre de la farmacia:	Dirección:	Teléfono:
¿Puede conseguir un medicamento de reemplazo o temporal para este medicamento recetado en este lugar o en una farmacia relacionada, durante o después de una emergencia SÍ _____ NO _____		
<b>IMPORTANCIA DEL MEDICAMENTO:</b> (encierra en un círculo una respuesta)		
<i>Muy importante</i> <i>Importante</i> <i>Medianamente importante</i>		

Nombre del medicamento:		
Dosificación:	¿Cuántas veces al día?	Instrucciones específicas:
Recetador:	Teléfono del recetador:	¿Tiene en su equipo de emergencia un suministro suficiente para tres días? SÍ _____ NO _____
Nombre de la farmacia:	Dirección:	Teléfono:
¿Puede conseguir un medicamento de reemplazo o temporal para este medicamento recetado en este lugar o en una farmacia relacionada, durante o después de una emergencia SÍ _____ NO _____		
<b>IMPORTANCIA DEL MEDICAMENTO:</b> (encierra en un círculo una respuesta)		
<i>Muy importante</i> <i>Importante</i> <i>Medianamente importante</i>		

Nombre del medicamento:		
Dosificación:	¿Cuántas veces al día?	Instrucciones específicas:
Recetador:	Teléfono del recetador:	¿Tiene en su equipo de emergencia un suministro suficiente para tres días? SÍ _____ NO _____
Nombre de la farmacia:	Dirección:	Teléfono:
¿Puede conseguir un medicamento de reemplazo o temporal para este medicamento recetado en este lugar o en una farmacia relacionada, durante o después de una emergencia SÍ _____ NO _____		
<b>IMPORTANCIA DEL MEDICAMENTO:</b> (encierra en un círculo una respuesta)		
<i>Muy importante</i> <i>Importante</i> <i>Medianamente importante</i>		

## Medicamentos de venta libre (sin receta) que toma con regularidad

Enumere los medicamentos de venta libre (sin receta) que toma con regularidad.

<b>Nombre del medicamento:</b>		
<b>Dosificación:</b>	<b>¿Cuántas veces al día?</b>	<b>Instrucciones específicas:</b>
<b>IMPORTANCIA DEL MEDICAMENTO:</b> (encierra en un círculo una respuesta)		
<i>Muy importante</i>	<i>Importante</i>	<i>Medianamente importante</i>

<b>Nombre del medicamento:</b>		
<b>Dosificación:</b>	<b>¿Cuántas veces al día?</b>	<b>Instrucciones específicas:</b>
<b>IMPORTANCIA DEL MEDICAMENTO:</b> (encierra en un círculo una respuesta)		
<i>Muy importante</i>	<i>Importante</i>	<i>Medianamente importante</i>

<b>Nombre del medicamento:</b>		
<b>Dosificación:</b>	<b>¿Cuántas veces al día?</b>	<b>Instrucciones específicas:</b>
<b>IMPORTANCIA DEL MEDICAMENTO:</b> (encierra en un círculo una respuesta)		
<i>Muy importante</i>	<i>Importante</i>	<i>Medianamente importante</i>

## Medicamentos de venta libre (sin receta) que toma sólo cuando es necesario

Enumere los medicamentos de venta libre (sin receta) que toma sólo cuando es necesario.

<b>Nombre del medicamento:</b>		
<b>Dosificación:</b>	<b>¿Cuántas veces al día?</b>	<b>Instrucciones específicas:</b>
<b>IMPORTANCIA DEL MEDICAMENTO:</b> (encierra en un círculo una respuesta)		
<i>Muy importante</i>	<i>Importante</i>	<i>Medianamente importante</i>

<b>Nombre del medicamento:</b>		
<b>Dosificación:</b>	<b>¿Cuántas veces al día?</b>	<b>Instrucciones específicas:</b>
<b>IMPORTANCIA DEL MEDICAMENTO:</b> (encierra en un círculo una respuesta)		
<i>Muy importante</i>	<i>Importante</i>	<i>Medianamente importante</i>

## ¿Tiene alergia a algún medicamento?

SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

De ser así, indique a continuación a qué medicamentos.

<b>ALERGIA AL MEDICAMENTO:</b>	¿Incluyó el tratamiento en su equipo de emergencia? SÍ _____ NO _____
Reacción:	
Tratamiento:	¿Incluyó el tratamiento en su equipo de emergencia? SÍ _____ NO _____
<b>ALERGIA AL MEDICAMENTO:</b>	
Reacción:	¿Incluyó el tratamiento en su equipo de emergencia? SÍ _____ NO _____
Tratamiento:	
<b>ALERGIA AL MEDICAMENTO:</b>	¿Incluyó el tratamiento en su equipo de emergencia? SÍ _____ NO _____
Reacción:	
Tratamiento:	¿Incluyó el tratamiento en su equipo de emergencia? SÍ _____ NO _____
<b>ALERGIA AL MEDICAMENTO:</b>	
Reacción:	¿Incluyó el tratamiento en su equipo de emergencia? SÍ _____ NO _____
Tratamiento:	
<b>ALERGIA AL MEDICAMENTO:</b>	¿Incluyó el tratamiento en su equipo de emergencia? SÍ _____ NO _____
Reacción:	
Tratamiento:	¿Incluyó el tratamiento en su equipo de emergencia? SÍ _____ NO _____
<b>ALERGIA AL MEDICAMENTO:</b>	
Reacción:	¿Incluyó el tratamiento en su equipo de emergencia? SÍ _____ NO _____
Tratamiento:	



## ¡Tarea!

Si respondió “no” a alguna de las preguntas anteriores, adopte medidas para asegurarse de que tiene las cosas que necesita. Escriba aquí la lista de las cosas que tiene que hacer:

---



---



---



---



---



---



# Mascotas

Las mascotas forman parte importante de nuestras vidas. Somos responsables de su bienestar y debemos prepararnos para sus necesidades durante y después de un desastre.

Debe incluir en su equipo de emergencia cosas tales como comida, cama, transportadores o jaulas, correas, arneses y collares.



## ¡No se olvide de sus amigos peludos!

Al igual que las personas, algunas mascotas necesitan alimentos específicos, medicamentos y otros artículos que no se consiguen fácilmente en los almacenes generales.

¿Incluyó en su equipo de emergencia suministros para sus mascotas, como comida, juguetes, arneses, correas y cadenas, etc.? SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

<b>MASCOTA #1</b>	<b>Fuente:</b> (Nombre y teléfono)
Nombre y tipo:	
Necesidad específica:	
<b>MASCOTA #2</b>	<b>Fuente:</b> (Nombre y teléfono)
Nombre y tipo:	
Necesidad específica:	
<b>MASCOTA #3</b>	<b>Fuente:</b> (Nombre y teléfono)
Nombre y tipo:	
Necesidad específica:	



## ¡Tarea!

Si respondió “no” a alguna de las preguntas anteriores, adopte medidas para asegurarse de que tiene las cosas que necesita. Escriba aquí la lista de las cosas que tiene que hacer:

---



---



---



---



# Animales de servicio

Un animal de servicio es un perro guía, un perro señalador u otro animal adiestrado para proporcionar asistencia a una persona que tiene una discapacidad. Es importante que incluya a sus animales de servicio en su planificación de emergencia.



¿Tiene un animal de servicio del que usted depende para que le brinde asistencia? SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

¿Incluyó en su equipo de emergencia copias de los registros de vacunación y certificados veterinarios actualizados de su animal de servicio? SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

¿Incluyó en su equipo de emergencia suministros para su animal de servicio, como comida, arneses, correas y cadenas, etc.? SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL VETERINARIO:

Nombre:

Dirección:

Teléfono:

Correo electrónico:



## ¡Tarea!

Si respondió “no” a alguna de las preguntas anteriores, adopte medidas para asegurarse de que tiene las cosas que necesita. Escriba aquí la lista de las cosas que tiene que hacer:

---

---

---

---

## Más información

Para obtener más información sobre los pasos que hay que seguir para prepararse cuando se tienen animales de servicio y mascotas en general, visite los siguientes sitios web:

PrepareMetroKC

[preparemetrokc.org/Be\\_Prepared/pets.asp](http://preparemetrokc.org/Be_Prepared/pets.asp)

Cruz Roja Americana

[redcross.org/images/MEDIA\\_CustomProductCatalog/m3640126\\_PetSafety.pdf](http://redcross.org/images/MEDIA_CustomProductCatalog/m3640126_PetSafety.pdf)

[redcross.org/prepare/location/home-family/pets](http://redcross.org/prepare/location/home-family/pets)



# Suministros

Los suministros que se usan con regularidad o se desgastan constituyen una parte importante del equipo de emergencia. No piense que los encargados de responder ante una emergencia, los equipos de socorro y los proveedores de albergue le suministrarán los artículos que usted necesita.



## ¿Necesita suministros específicos?

Los suministros pueden dividirse en tres categorías, y todas ellas deberán estar incluidas en su equipo de emergencia:

1. Suministros estándar, como alimentos, agua, ropa, artículos de primeros auxilios, artículos básicos de aseo e higiene personal, incluyendo papel higiénico, toallitas húmedas para bebés, desinfectante para las manos, etc. (Estos son suministros que todo el mundo debe tener en su equipo de emergencia y no es necesario enumerarlos en esta sección.)
2. Otros suministros para sus necesidades particulares que puedan reponerse con facilidad en diversas tiendas, como baterías para audífonos y pañales desechables para adultos.
3. Otros suministros para sus necesidades particulares que sólo se vendan en tiendas o fuentes específicas, como tanques de oxígeno medicinal o suministros para ostomía.

Elabore una lista de los suministros que son importantes para su vida diaria y de aquellos que son difíciles de conseguir.

1. Artículo de suministro: \_\_\_\_\_
  - a. ¿Dónde se puede conseguir? \_\_\_\_\_
  - b. Dirección: \_\_\_\_\_
  - c. Teléfono: \_\_\_\_\_
  - d. Si usted compra este artículo a un proveedor o vendedor en particular, ¿éste cuenta con un plan para seguir prestando servicios durante y después de una emergencia? SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
  - e. Otra fuente que pueda suministrar este artículo: \_\_\_\_\_
  - f. Dirección: \_\_\_\_\_
  - g. Teléfono: \_\_\_\_\_
  - h. ¿El proveedor seguirá prestando servicios durante una emergencia? SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
  - i. ¿Con qué frecuencia usa usted este artículo? \_\_\_\_\_
  - j. ¿Tiene usted un suministro para tres días de este artículo en su equipo de emergencia? SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

2. Artículo de suministro: \_\_\_\_\_
- a. ¿Dónde se puede conseguir? \_\_\_\_\_
- b. Dirección: \_\_\_\_\_
- c. Teléfono: \_\_\_\_\_
- d. Si usted compra este artículo a un proveedor o vendedor en particular, ¿éste cuenta con un plan para seguir prestando servicios durante y después de una emergencia?  
SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- e. Otra fuente que pueda suministrar este artículo: \_\_\_\_\_
- f. Dirección: \_\_\_\_\_
- g. Teléfono: \_\_\_\_\_
- h. ¿El proveedor seguirá prestando servicios durante una emergencia? SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- i. ¿Con qué frecuencia usa usted este artículo? \_\_\_\_\_
- j. ¿Tiene usted un suministro para tres días de este artículo en su equipo de emergencia?  
SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
3. Artículo de suministro: \_\_\_\_\_
- a. ¿Dónde se puede conseguir? \_\_\_\_\_
- b. Dirección: \_\_\_\_\_
- c. Teléfono: \_\_\_\_\_
- d. Si usted compra este artículo a un proveedor o vendedor en particular, ¿éste cuenta con un plan para seguir prestando servicios durante y después de una emergencia? SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- e. Otra fuente que pueda suministrar este artículo: \_\_\_\_\_
- f. Dirección: \_\_\_\_\_
- g. Teléfono: \_\_\_\_\_
- h. ¿El proveedor seguirá prestando servicios durante una emergencia? SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- i. ¿Con qué frecuencia usa usted este artículo? \_\_\_\_\_
- j. ¿Tiene usted un suministro para tres días de este artículo en su equipo de emergencia?  
SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_





# Haga un plan

## ¡Tarea!

Si todavía no ha hecho su plan de emergencia estándar, comience a hacerlo inmediatamente. Para consultar recursos sobre cómo hacer un plan, visite los siguientes sitios web:

PrepareMetroKC

[preparemetrokc.org/memc-brochure.pdf](http://preparemetrokc.org/memc-brochure.pdf)  
[preparemetrokc.org/be\\_prepared/plan.asp](http://preparemetrokc.org/be_prepared/plan.asp)

Agencia Federal para el  
Manejo de Emergencias

<http://goo.gl/zKZZZ3>

Cruz Roja Americanas

[redcross.org/prepare/location/home-family/plan](http://redcross.org/prepare/location/home-family/plan)

Centros para el Control y  
Prevención de Enfermedades

[emergency.cdc.gov/preparedness/index.asp](http://emergency.cdc.gov/preparedness/index.asp)





## Alojamiento/Refugio

Aunque los distintos tipos de desastres requieren distintos enfoques con respecto al alojamiento o refugio, buscar un refugio seguro es una prioridad en todas las situaciones de emergencia. Tener varias opciones para conseguir refugio inmediato y alojamiento de largo plazo le permite estar preparado para el caso de que ocurra un desastre.



## ¿Quedarse donde está no es seguro? ¿Adónde irá?

Si tiene que evacuar su hogar durante una emergencia, necesitará encontrar un lugar seguro adonde ir y decidir cómo llegar hasta allí. Puede elegir ir a un hotel o motel, a la casa de un familiar o de un amigo, o buscar un refugio de evacuación.

1. ¿Tiene un plan de escape de su residencia, por si se ve obligado a dejar repentinamente su hogar debido a un desastre, como un incendio o inundación inesperada? SÍ\_\_\_\_\_NO\_\_\_\_\_
2. En el caso de que utilice habitualmente un ascensor para llegar hasta el nivel desde el que puede salir del edificio, ¿tiene alguna otra manera de llegar hasta ese nivel? SÍ\_\_\_\_\_NO\_\_\_\_\_
3. ¿Dónde se encuentran los posibles lugares de reunión (en su vecindario y fuera de su vecindario) sobre los que usted, su familia, sus vecinos y amigos se han puesto de acuerdo en caso de una evacuación?

Lugares cerca de su residencia: \_\_\_\_\_

Lugares fuera de su vecindario: \_\_\_\_\_

4. Si tiene que buscar refugio fuera del área afectada antes o después de que se presente un peligro pronosticado, como una tormenta de nieve o de hielo, ¿adónde irá?

a. Nombre del lugar o de la persona de contacto: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Ese lugar puede adaptarse a sus necesidades básicas cotidianas y suministrarle equipos importantes para ayudarle a desenvolverse? SÍ\_\_\_\_\_NO\_\_\_\_\_

b. Nombre del lugar o de la persona de contacto: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Ese lugar puede adaptarse a sus necesidades básicas cotidianas y suministrarle equipos importantes para ayudarle a desenvolverse? SÍ\_\_\_\_\_NO\_\_\_\_\_



## Como refugiarse para afrontar condiciones climáticas severas

En caso de tormentas eléctricas severas y tornados, el lugar más seguro para refugiarse es una habitación interior sin ventanas situada en el nivel más bajo de la estructura donde usted se encuentre. Sin embargo, en muchas residencias de varios pisos, sólo se puede llegar al sótano o a la planta baja usando un ascensor o las escaleras. No es aconsejable tomar un ascensor para llegar hasta el nivel más bajo. Necesitará otra vía para ir a un refugio seguro o encontrar otro lugar seguro adonde ir.

1. ¿Su residencia tiene un sótano o un nivel más bajo al que pueda ir para estar seguro?  
SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
2. Si tiene problemas de movilidad y si el sótano o la planta baja de su residencia sólo es accesible usando un ascensor o las escaleras, ¿tiene usted alguna otra forma de bajar hasta allí? SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
3. Si tiene problemas de movilidad y no puede bajar hasta un sótano o nivel inferior, ¿su residencia tiene una habitación interior pequeña sin ventanas, como un clóset o un baño, donde pueda refugiarse si es necesario? SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

## Cómo refugiarse en el lugar

“Refugiarse en el lugar” significa refugiarse donde usted se encuentre, en su hogar, lugar de trabajo o escuela, y sellar lo mejor posible la habitación donde se refugie. Esta acción puede ser necesaria si el aire se vuelve irrespirable a causa de una fuga de sustancias químicas, biológicas o radiológicas.

1. ¿Su residencia o edificio cuenta con una habitación interior sin ventanas, como un clóset o baño, en la que usted pueda refugiarse de forma segura? SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
2. ¿Está en capacidad de apagar su sistema central de aire acondicionado y calefacción? SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_





# Tratamientos médicos

Si usted debe someterse a tratamientos o procedimientos médicos periódicamente en una clínica, un centro de tratamiento, un consultorio médico o un hospital, es importante que tenga una opción de respaldo para el caso de que no le sea posible ir a un centro médico.



## ¿Recibe tratamientos con regularidad?

De ser así, enumere aquí los tratamientos o procedimientos que usted recibe periódicamente:

1. Tratamiento o procedimiento médico: \_\_\_\_\_

a. Importancia del tratamiento o procedimiento:

Muy importante

Importante

Medianamente importante

b. ¿Dónde recibe el tratamiento o procedimiento? \_\_\_\_\_

Nombre del lugar: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

c. ¿El proveedor está en capacidad de seguir prestando servicios después de una emergencia?  
SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

d. ¿De qué maneras tratará de comunicarse con usted el proveedor durante o después de una situación de emergencia? \_\_\_\_\_

e. Lugar alternativo donde puede recibir el tratamiento o procedimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del lugar: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

f. ¿El proveedor está en capacidad de seguir prestando servicios durante una emergencia?  
SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_



## ¡Tarea!

Si respondió "no" a alguna de las preguntas anteriores, escriba aquí la lista de las cosas que tiene que hacer:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



## Personas

En el transcurso de nuestras vidas, hay muchas veces que podríamos necesitar que otras personas nos ayuden. Ya sea porque seamos demasiado jóvenes o porque nos estemos haciendo mayores, porque estemos luchando contra una enfermedad crónica o viviendo con una discapacidad, porque tengamos dificultades para comunicarnos o para llegar a fin de mes, la ayuda que nos den los demás puede marcar la diferencia. Durante un desastre, es importante tener una red de apoyo formada por las personas a quienes usted pueda pedir ayuda.



## ¿Quiénes son las personas de las que usted más depende?

Las personas que nos ayudan cada día: cuidadores, familiares, amigos, profesionales médicos, vecinos y compañeros de trabajo son recursos importantes. En una situación de desastre, algunas de estas personas podrían ayudarle a empezar a recuperarse, mientras que otras podrían no estar en capacidad de brindarle asistencia.

### ¡Tarea!

Piense en las personas de las que usted depende para realizar sus funciones esenciales cotidianas, como vestirse, preparar las comidas y transportarse. Converse con esas personas sobre sus planes de preparación para emergencias. ¿Están dispuestas a que usted las incluya en su lista de recursos para que puedan llamarlas si ocurre un desastre? ¿Hay otras personas que estén dispuestas a servir de “respaldo” en caso de que sus proveedores habituales no estén disponibles?

#### Consejo #1

Recopile los datos de varias personas que estarían dispuestas a ayudarle durante una emergencia.

#### Consejo #2

Pregunte a las personas que le prestan servicios, como los trabajadores sociales, asistentes de cuidado personal y profesionales médicos, si tienen pensado seguir ofreciendo sus servicios después de un desastre en el caso de que el lugar donde trabajan no resulte afectado y si modificarán sus servicios habituales con el fin de satisfacer las necesidades que surjan como consecuencia de la situación.

# Familiares, amigos y otros

¿Quiénes en su localidad lo conocen mejor y saben cuáles son sus capacidades? Estas personas podrían ser familiares, amigos, compañeros de cuarto o de trabajo a los que usted puede llamar para pedirles ayuda. Haga una lista de al menos tres personas y su información de contacto.

<b>NOMBRE:</b>
Teléfono:
Correo electrónico:
<b>NOMBRE:</b>
Teléfono:
Correo electrónico:
<b>NOMBRE:</b>
Teléfono:
Correo electrónico:
<b>NOMBRE:</b>
Teléfono:
Correo electrónico:
<b>NOMBRE:</b>
Teléfono:
Correo electrónico:

¿A qué otras personas conoce a las que podría llamar para pedirles ayuda, como su arrendador, un vecino o un chofer? Haga una lista de al menos tres personas y su información de contacto.

<b>NOMBRE:</b>
Relación:
Teléfono:
Correo electrónico:
<b>NOMBRE:</b>
Relación:
Teléfono:
Correo electrónico:
<b>NOMBRE:</b>
Relación:
Teléfono:
Correo electrónico:

# Médicos

Si tiene una afección de salud por la que un médico deba chequearlo con regularidad, hable con su médico sobre sus planes de emergencias. Colabore con su médico para identificar proveedores de servicios de respaldo en su área y los lugares a los que podría ser evacuado usted.



## ¿Va usted al médico con regularidad?

¿Tiene usted un médico de atención primaria que se ocupa activamente de cuidar su salud? SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

1. Nombre y especialidad del médico: \_\_\_\_\_
  - a. Teléfono: \_\_\_\_\_
  - b. Sitio web: \_\_\_\_\_
  - c. ¿Este proveedor tiene un plan para proporcionar servicios durante situaciones de emergencia?  
SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
  - d. ¿De qué maneras tratará de comunicarse con usted el consultorio de este médico durante una emergencia?  
\_\_\_\_\_

¿Tiene otros proveedores de atención médica que le proporcionen cuidados? SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

1. Nombre y especialidad del médico: \_\_\_\_\_
  - a. Tipo de servicio que le proporcionan: \_\_\_\_\_
  - b. Teléfono: \_\_\_\_\_
  - c. Sitio web: \_\_\_\_\_
  - d. ¿Este proveedor tiene un plan para proporcionar servicios durante situaciones de emergencia?  
SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
  - e. ¿De qué maneras tratará de comunicarse con usted el consultorio de este médico durante una emergencia?  
\_\_\_\_\_

# Médicos (continuación)

2. Nombre y especialidad del médico: \_\_\_\_\_
- a. Tipo de servicio que le proporcionan: \_\_\_\_\_
- b. Teléfono: \_\_\_\_\_
- c. Sitio web: \_\_\_\_\_
- d. ¿Este proveedor tiene un plan para proporcionar servicios durante situaciones de emergencia?  
SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- e. ¿De qué maneras tratará de comunicarse con usted el consultorio de este médico durante una emergencia?  
\_\_\_\_\_

3. Nombre y especialidad del médico: \_\_\_\_\_
- a. Tipo de servicio que le proporcionan: \_\_\_\_\_
- b. Teléfono: \_\_\_\_\_
- c. Sitio web: \_\_\_\_\_
- d. ¿Este proveedor tiene un plan para proporcionar servicios durante situaciones de emergencia?  
SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- e. ¿De qué maneras tratará de comunicarse con usted el consultorio de este médico durante una emergencia?  
\_\_\_\_\_



## ¡Tarea!

Si respondió “no” a alguna de las preguntas anteriores, escriba aquí la lista de las cosas que tiene que hacer:

---

---

---

---

---

---

---

# Traductores/Intérpretes

Los traductores e intérpretes que están físicamente presentes durante una crisis ayudan a proporcionar servicios inmediatos, al interpretar a los proveedores de atención médica y posibilitar la comunicación entre los equipos de rescate, profesionales con habilidades técnicas y trabajadores de organizaciones de asistencia para desastres.



## ¿Alguien le ayuda a comunicarse?

¿Tiene usted un traductor o intérprete que le ayude? SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

1. Nombre del traductor o intérprete: \_\_\_\_\_
  - a. Tipo de servicio que le proporcionan: \_\_\_\_\_
  - b. Teléfono: \_\_\_\_\_
  - c. Sitio web: \_\_\_\_\_
  - d. ¿Su traductor o intérprete tiene un plan para proporcionar servicios durante situaciones de emergencia? SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
  - e. ¿De qué maneras tratará de comunicarse con usted el traductor o intérprete durante una emergencia? \_\_\_\_\_
  - f. ¿Se requiere un contrato adicional para los servicios que se proporcionen después de un desastre? SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
  - g. Si se requiere un contrato adicional, ¿el traductor o intérprete y usted han firmado ese tipo de acuerdo? SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
  
2. Nombre de otro traductor o intérprete: \_\_\_\_\_
  - a. Tipo de servicio que le proporcionan: \_\_\_\_\_
  - b. Teléfono: \_\_\_\_\_
  - c. Sitio web: \_\_\_\_\_
  - d. ¿Este traductor o intérprete proveedor tiene un plan para proporcionar servicios durante situaciones de emergencia? SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
  - e. ¿De qué maneras tratará de comunicarse con usted el traductor o intérprete durante una emergencia? \_\_\_\_\_
  - f. ¿Se requiere un contrato adicional para los servicios que se proporcionen después de un desastre? SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
  - g. Si se requiere un contrato adicional, ¿el traductor o intérprete y usted han firmado ese tipo de acuerdo? SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_



## ¡Tarea!

Si respondió “no” a alguna de las preguntas de la página anterior, escriba aquí la lista de las cosas que tiene que hacer:

---

---

---

---

## Administrador de casos/ Coordinador de servicios

Los administradores de casos y los coordinadores de servicios proporcionan información útil y acceso a servicios, recursos y beneficios. Después de un desastre, pueden ayudarle a iniciar el camino de la recuperación



1. Nombre del administrador de casos o del coordinador de servicios: \_\_\_\_\_
- a. Teléfono: \_\_\_\_\_
- b. Correo electrónico: \_\_\_\_\_
- c. ¿Este administrador de casos o coordinador de servicios tiene un plan para proporcionar servicios durante situaciones de emergencia? SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- d. ¿Este administrador de casos o coordinador de servicios tiene un plan para situaciones de emergencia? SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- e. ¿De qué maneras tratará de comunicarse con usted esta persona durante una emergencia?  
\_\_\_\_\_



## ¡Tarea!

Si respondió “no” a alguna de las preguntas anteriores, escriba aquí la lista de las cosas que tiene que hacer:

---

---

---

---

# Cuidadores domésticos

Si no puede realizar algunas de sus funciones diarias sin ayuda, es probable que los refugios de emergencia le exijan tener a un cuidador o a un auxiliar de cuidado personal con usted en el refugio. ¿Tiene un cuidador o asistente personal que le proporciona servicios en su casa con regularidad?



## ¿Necesita usted ayuda con regularidad para ocuparse de su cuidado personal?

Si es así, haga una lista de todas las personas que cumplen los requisitos para ser cuidadores o asistentes personales y que proporcionan servicios esenciales para las funciones diarias. Use las siguientes preguntas para hablar con ellas sobre sus iniciativas de planificación para estar preparadas.

NOTA: Si no puede realizar algunas de sus funciones diarias sin ayuda, es probable que los refugios de emergencia le exijan tener a un cuidador o a un auxiliar de cuidado personal con usted en el refugio.

1. Nombre del cuidador: \_\_\_\_\_
  - a. Tipo de servicio que le proporcionan: \_\_\_\_\_
  - b. Teléfono: \_\_\_\_\_
  - c. Correo electrónico: \_\_\_\_\_
  - d. ¿Este cuidador tiene un plan para proporcionar servicios durante situaciones de emergencia?  
SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
  - e. ¿De qué maneras tratará de comunicarse con usted este cuidador durante una emergencia?  
\_\_\_\_\_
  - f. ¿Este cuidador está disponible para proporcionarle servicios durante y después de un desastre en otro lugar que no sea su hogar, como un refugio? SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
  - g. ¿Este cuidador puede transportarlo a un lugar que no sea su hogar? SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
  - h. ¿Se requiere un contrato adicional para los servicios que se proporcionen después de un desastre? SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
  - i. Si se requiere un contrato adicional, ¿su cuidador y usted han firmado ese tipo de acuerdo? SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

# Cuidadores (continuación)

2. Nombre del cuidador: \_\_\_\_\_
- a. Tipo de servicio que le proporcionan: \_\_\_\_\_
- b. Teléfono: \_\_\_\_\_
- c. Correo electrónico: \_\_\_\_\_
- d. ¿Este cuidador tiene un plan para proporcionar servicios durante situaciones de emergencia?  
SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- e. ¿De qué maneras tratará de comunicarse con usted este cuidador durante una emergencia?  
\_\_\_\_\_
- f. ¿Este cuidador está disponible para proporcionarle servicios durante y después de un desastre en otro lugar que no sea su hogar, como un refugio? SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- g. ¿Este cuidador puede transportarlo a un lugar que no sea su hogar? SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- h. ¿Se requiere un contrato adicional para los servicios que se proporcionen después de un desastre? SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- i. Si se requiere un contrato adicional, ¿su cuidador y usted han firmado ese tipo de acuerdo? SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

3. Nombre del cuidador: \_\_\_\_\_
- a. Tipo de servicio que le proporcionan: \_\_\_\_\_
- b. Teléfono: \_\_\_\_\_
- c. Correo electrónico: \_\_\_\_\_
- d. ¿Este cuidador tiene un plan para proporcionar servicios durante situaciones de emergencia?  
SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- e. ¿De qué maneras tratará de comunicarse con usted este cuidador durante una emergencia?  
\_\_\_\_\_
- f. ¿Este cuidador está disponible para proporcionarle servicios durante y después de un desastre en otro lugar que no sea su hogar, como un refugio? SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- g. ¿Este cuidador puede transportarlo a un lugar que no sea su hogar? SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- h. ¿Se requiere un contrato adicional para los servicios que se proporcionen después de un desastre? SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- i. Si se requiere un contrato adicional, ¿su cuidador y usted han firmado ese tipo de acuerdo?  
SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_





## Mascotas

Para muchas personas, sus mascotas son miembros importantes de la familia. La posibilidad de que usted y sus mascotas sobrevivan a una emergencia, como un incendio, una inundación o un tornado, depende en gran medida de la planificación para emergencias que usted haga el día de hoy.



## ¿Quién cuidará a sus mascotas?

Ya sea que decida quedarse donde está en una emergencia o irse a un lugar más seguro, debe planificar con anticipación qué hará con sus mascotas. Si debe irse, llévese con usted a sus mascotas siempre que sea posible. Es importante que sepa que es posible que no admitan la entrada de animales al interior de los refugios públicos, así que planifique con anticipación para tener alternativas de refugios en los que pueda estar con sus mascotas.

¿Tiene usted mascotas? SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ De ser así, ¿de qué tipo? \_\_\_\_\_

Si tiene mascotas, ¿tiene amigos, familiares o vecinos que están dispuestos a cuidarlas después de un desastre si usted no puede llevárselas con usted? SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Escriba aquí la información de contacto del veterinario:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

¿Su veterinario proporcionará refugio a sus mascotas durante o después de una emergencia, si no resultan afectadas por el desastre? SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_





# Transporte

El transporte puede ser un recurso vital si ocurre un desastre. Algunos desastres se anuncian con suficiente anticipación como para poder evacuar el lugar antes de que sucedan. Otras emergencias se presentan de forma inesperada, en cuyo caso es posible que usted no pueda ir a ninguna parte hasta que la situación se haya estabilizado.



## ¿Cómo se trasladará de un lugar a otro después de un desastre?

En cualquier situación de desastre, considere cuáles son las opciones más seguras que tiene para buscar servicios de transporte. ¿Depende de un proveedor de servicios de transporte para satisfacer sus necesidades de transporte regularmente programadas o periódicas? Es bueno tener varias opciones de transporte en caso de que su medio habitual se vea afectado por el desastre.

Elabore una lista de los proveedores de transporte que pueden satisfacer sus necesidades particulares.

1. Nombre del proveedor de transporte: \_\_\_\_\_
  - a. Teléfono: \_\_\_\_\_
  - b. Correo electrónico: \_\_\_\_\_
  - c. ¿Este proveedor de transporte tiene un plan para proporcionar servicios durante situaciones de emergencia? SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
  - d. ¿De qué maneras tratará de comunicarse con usted este proveedor durante una emergencia?  
\_\_\_\_\_
  
2. Otra opción de transporte: \_\_\_\_\_
  - a. Teléfono: \_\_\_\_\_
  - b. Correo electrónico: \_\_\_\_\_
  - c. ¿Este proveedor de transporte tiene un plan para proporcionar servicios durante situaciones de emergencia? SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
  - d. ¿De qué maneras tratará de comunicarse con usted este proveedor durante una emergencia?  
\_\_\_\_\_





# Manténgase informado

## ¡Tarea!

Saber qué hacer antes, durante y después de una emergencia es fundamental para estar preparado y puede ser decisivo en situaciones en las que cada segundo cuenta. Dedique tiempo ahora a averiguar de qué manera las autoridades locales y las agencias de noticias harán sus notificaciones durante un desastre. Para consultar otros recursos sobre cómo mantenerse informado, visite los siguientes sitios web:

PrepareMetroKC

[preparemetrokc.org/social.asp](http://preparemetrokc.org/social.asp)

Radio del tiempo de la Oficina  
Nacional Oceánica y Atmosférica -  
En caso de cualquier peligro

[nws.noaa.gov/nwr](http://nws.noaa.gov/nwr)

Agencia Federal para el  
Manejo de Emergencias

[fema.gov/mobile-app](http://fema.gov/mobile-app)

Cruz Roja Americana

[redcross.org/get-help/prepare-for-emergencies/  
mobile-apps](http://redcross.org/get-help/prepare-for-emergencies/mobile-apps)





## Comunicaciones

Antes, durante y después de una emergencia, es importante seguir las instrucciones que transmitan los funcionarios locales y las agencias de noticias. Esta información puede ayudarle a tomar las medidas apropiadas y a mantenerse seguro. También es buena idea contar con varias maneras para enviar y recibir información en caso de que no funcionen los aparatos de comunicación que utiliza habitualmente.



## ¿Cómo se mantendrá informado durante un desastre?

Con el fin de prepararse para cualquier tipo de emergencia, debe estar al tanto de las últimas noticias. Mire la televisión, escuche la radio y visite sitios web para conocer las instrucciones de los funcionarios locales y estatales.

¿Cuáles de las siguientes herramientas de comunicación tiene usted? Marque todas las que correspondan y responda las preguntas que encontrará a continuación.

### Teléfono celular

1. ¿Puede descargar aplicaciones móviles (apps) en su teléfono? SÍ\_\_\_\_NO\_\_\_\_
2. De ser así, ¿ha descargado alguna aplicación móvil de alertas meteorológicas o de preparación para emergencias, como la app Wireless Emergency Alerts y la app Red Cross Emergency? SÍ\_\_\_\_NO\_\_\_\_
3. Si necesita asistencia para comunicarse con los demás y tiene la capacidad para descargar aplicaciones móviles en su teléfono, ¿ha descargado alguna app de comunicación asistida? SÍ\_\_\_\_NO\_\_\_\_

### Teléfono fijo

1. ¿En su residencia hay un teléfono fijo? (Es posible que los teléfonos fijos que no son inalámbricos no necesiten electricidad ni baterías). SÍ\_\_\_\_NO\_\_\_\_
2. ¿Su aparato de teléfono tiene funciones adaptables que le ayudan a usar el aparato? SÍ\_\_\_\_NO\_\_\_\_
3. Si tiene un teléfono fijo inalámbrico, ¿tiene usted un método de respaldo para cargar el teléfono o un tipo de aparato de teléfono distinto en su equipo de emergencia? SÍ\_\_\_\_NO\_\_\_\_

# Comunicaciones (continuación)



## Televisión

1. Si usted tiene problemas de audición, ¿su televisión tiene función de subtítulo para que usted pueda mantenerse informado de los peligros que puedan ser inminentes?  
SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
2. ¿Tiene usted otro equipo que conecta a su televisor para que le ayude a entender mejor la información que se transmite por televisión? SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
3. De ser así, y si ese equipo es portátil, ¿lo incluyó en sus planes de emergencia?  
SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_



## Sistemas de notificación masiva

1. ¿Su comunidad tiene un sistema de notificación masiva que le permite recibir información actualizada sobre situaciones urgentes? SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
2. ¿Se ha inscrito para recibir las notificaciones de ese sistema? SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_



## Videoteléfono, servicio de retransmisión de video o servicio de retransmisión de telecomunicaciones

1. ¿Usa usted un videoteléfono, servicio de retransmisión de video o servicio de retransmisión de telecomunicaciones para comunicarse con los demás? SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
2. ¿Ha explorado las maneras de hacer que esos dispositivos o sistemas puedan ser portátiles si usted tiene que irse de su casa por causa de un desastre? SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_



## Sistema de alertas médicas

1. ¿Usa usted un sistema de alertas médicas, como Life Alert, LifeStation, Medical Alert, MobileHelp y Philips Lifeline, con el que pueda comunicarse en una emergencia o que comprobará si usted está bien en ciertas circunstancias? SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
  - a. De ser así, indique aquí quién es el proveedor de este servicio: \_\_\_\_\_
  - b. Teléfono: \_\_\_\_\_
2. ¿Su sistema de alertas médicas tiene una batería de respaldo? SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
  - a. De ser así, ¿está en su equipo de emergencia o en un lugar de fácil acceso?  
SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

### Sistema de comunicación aumentativa y adaptativa (AAC)

1. ¿Tiene algún tipo de herramienta o dispositivo de ACC, como una tableta electrónica o una pizarra digital? SÍ\_\_\_\_\_NO\_\_\_\_\_
2. Si el sistema depende de una batería, ¿tiene una batería de respaldo o alguna otra forma de recargar el dispositivo? SÍ\_\_\_\_\_NO\_\_\_\_\_

### Otros aparatos electrónicos portátiles

1. Si usted tiene una discapacidad auditiva o del habla, ¿tiene un aparato portátil diseñado específicamente para ayudarle a recibir información o comunicarse con los demás? Por ejemplo, un aparato de audición asistida o un aparato dispositivo de comunicación personalizada, como UbiDuo? SÍ\_\_\_\_\_NO\_\_\_\_\_
2. De ser así, ¿incluyó los aparatos portátiles en sus planes de emergencia, de forma tal que pueda llevarlos consigo si tiene que irse de su hogar? SÍ\_\_\_\_\_NO\_\_\_\_\_

## Aparatos que salvan la vida

También es importante tener aparatos que salvan la vida, como detectores de humo y de monóxido de carbono, que le alerten de situaciones peligrosas. ¿Qué aparatos tiene? Marque todos los que correspondan.

### Alarmas de humo

1. ¿Tiene alarmas de humo instaladas en su hogar? SÍ\_\_\_\_\_NO\_\_\_\_\_
  - a. De ser así, ¿sus alarmas de humo funcionan? SÍ\_\_\_\_\_NO\_\_\_\_\_
  - b. ¿Ha cambiado las baterías de sus alarmas de humo en los últimos seis meses? SÍ\_\_\_\_\_NO\_\_\_\_\_
  - c. ¿Tiene baterías de respaldo para sus alarmas de humo? SÍ\_\_\_\_\_NO\_\_\_\_\_
  - d. Si tiene problemas de audición, ¿sus alarmas de humo tienen un señalizador que ayude a garantizar que usted se enterará de la presencia de humo o fuego? SÍ\_\_\_\_\_NO\_\_\_\_\_

### Detectores de monóxido de carbono

1. ¿Tiene detectores de monóxido de carbono instalados en su hogar? SÍ\_\_\_\_\_NO\_\_\_\_\_
  - a. De ser así, ¿los detectores de monóxido de carbono funcionan? SÍ\_\_\_\_\_NO\_\_\_\_\_
  - c. Si sus detectores de monóxido de carbono funcionan con baterías, ¿ha cambiado las baterías en los últimos seis meses? SÍ\_\_\_\_\_NO\_\_\_\_\_
  - d. ¿Tiene baterías de respaldo para sus detectores de monóxido de carbono?



## ¡Tarea!

Si respondió “no” a alguna de las preguntas de las páginas anteriores, escriba aquí la lista de las cosas que tiene que hacer:

---

---

---

---

---

---

## Patrocinadores

**Red Comunitaria  
de Resiliencia  
a los  
Desastres**



**Margaret A. Cargill**  
FOUNDATION

A MARGARET A. CARGILL PHILANTHROPY

## Personas de contacto:

Jennifer Wyatt, The Whole Person,  
jenniferwyatt.lac@gmail.com

Mary Carter, Mid-America Alliance for Access,  
marycatcar@gmail.com

Jake Jacobs, Developmental Disability Services of Jackson County - eitas,  
jjacobs@eitas.org, 816-363-2000, ext. 207

Donna Martin, Mid-America Regional Council,  
dmartin@marc.org, 816-701-8369