

EMERGENCY PLAYBOOK

*Ayude a su familia en casos de
emergencia
(Spanish)*



Human Resources
Administration
Department of
Homeless Services

**Department of
Social Services**

DSS-53 (S) 02/11/2025

(E) 02/04/2025 LLF



NOMBRE:

INFORMACIÓN DE MI FAMILIA

NOMBRE: _____

RELACIÓN: _____

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD, ESTADO: _____

TELÉFONO: _____

FAMILIARES:

NOMBRE: _____ **TELÉFONO:** _____

NÚMEROS DEL TRABAJO:

NOMBRE: _____ **TELÉFONO:** _____

INFORMACIÓN DE LA ESCUELA

NOMBRE DEL MENOR: _____

GRADO: _____ HORA DE SALIDA: _____

MAESTRO/TUTOR: _____

NOMBRE DE LA ESCUELA: _____

DIRECCIÓN DE LA ESCUELA: _____

TELÉFONO DE LA ESCUELA: _____

SITIO WEB DE LA ESCUELA: _____

FUENTES DE NOTICIAS LOCALES:

NOMBRE DEL MENOR: _____

GRADO: _____ HORA DE SALIDA: _____

MAESTRO/TUTOR: _____

NOMBRE DE LA ESCUELA: _____

DIRECCIÓN DE LA ESCUELA: _____

TELÉFONO DE LA ESCUELA: _____

SITIO WEB DE LA ESCUELA: _____

FUENTES DE NOTICIAS LOCALES:

INFORMACIÓN DE LA ESCUELA

NOMBRE DEL MENOR _____

GRADO _____ HORA DE SALIDA: _____

MAESTRO/TUTOR: _____

NOMBRE DE LA ESCUELA: _____

DIRECCIÓN DE LA ESCUELA _____

TELÉFONO DE LA ESCUELA: _____

SITIO WEB DE LA ESCUELA _____

FUENTES DE NOTICIAS LOCALES:

NOMBRE DEL MENOR _____

GRADO _____ HORA DE SALIDA: _____

MAESTRO/TUTOR: _____

NOMBRE DE LA ESCUELA: _____

DIRECCIÓN DE LA ESCUELA _____

TELÉFONO DE LA ESCUELA: _____

SITIO WEB DE LA ESCUELA: _____

FUENTES DE NOTICIAS LOCALES:



Complete la información del familiar correspondiente.

NOMBRE:

FAMILIAR 1:

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Color de ojos: _____ Teléfono celular: _____

Color de pelo: _____ Correo electrónico: _____

Estatura: _____ Trabajo: _____

Peso: _____ Teléfono del trabajo: _____

Médico de familia: _____

Teléfono: _____

Dentista: _____

Teléfono: _____

Hospital: _____

Ciudad, estado: _____

Necesidades especiales/diagnóstico: _____

Adaptaciones necesarias: _____

Lentes: _____

Audífonos: _____

Alergias: _____

Mis medicamentos (dosis) _____



Complete la información del familiar correspondiente.

NOMBRE:

FAMILIAR 2:

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Color de ojos: _____ Teléfono celular: _____

Color de pelo: _____ Correo electrónico: _____

Estatura: _____ Trabajo: _____

Peso: _____ Teléfono del trabajo: _____

Médico de familia: _____

Teléfono: _____

Dentista: _____

Teléfono: _____

Hospital: _____

Ciudad, estado: _____

Necesidades especiales/diagnóstico: _____

Adaptaciones necesarias: _____

Lentes: _____

Audífonos: _____

Alergias: _____

Mis medicamentos (dosis) _____



Complete la información del familiar correspondiente.

NOMBRE:

FAMILIAR 3:

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Color de ojos: _____ Teléfono celular: _____

Color de pelo: _____ Correo electrónico: _____

Estatura: _____ Trabajo: _____

Peso: _____ Teléfono del trabajo: _____

Médico de familia: _____

Teléfono: _____

Dentista: _____

Teléfono: _____

Hospital: _____

Ciudad, estado: _____

Necesidades especiales/diagnóstico: _____

Adaptaciones necesarias: _____

Lentes: _____

Audífonos: _____

Alergias: _____

Mis medicamentos (dosis) _____



Complete la información del familiar correspondiente.

NOMBRE:

FAMILIAR 4:

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ **Edad:** _____

Color de ojos: _____ **Teléfono celular:** _____

Color de pelo: _____ **Correo electrónico:** _____

Estatura: _____ **Trabajo:** _____

Peso: _____ **Teléfono del trabajo:** _____

Médico de familia: _____

Teléfono: _____

Dentista: _____

Teléfono: _____

Hospital: _____

Ciudad, estado: _____

Necesidades especiales/diagnóstico: _____

Adaptaciones necesarias: _____

Lentes: _____

Audífonos: _____

Alergias: _____

Mis medicamentos (dosis) _____



Complete la información del familiar correspondiente.

NOMBRE:

FAMILIAR 5:

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ **Edad:** _____

Color de ojos: _____ **Teléfono celular:** _____

Color de pelo: _____ **Correo electrónico:** _____

Estatura: _____ **Trabajo:** _____

Peso: _____ **Teléfono del trabajo:** _____

Médico de familia: _____

Teléfono: _____

Dentista: _____

Teléfono: _____

Hospital: _____

Ciudad, estado: _____

Necesidades especiales/diagnóstico: _____

Adaptaciones necesarias: _____

Lentes: _____

Audífonos: _____

Alergias: _____

Mis medicamentos (dosis) _____



Complete la información del familiar correspondiente.

NOMBRE:

FAMILIAR 6:

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ **Edad:** _____

Color de ojos: _____ **Teléfono celular:** _____

Color de pelo: _____ **Correo electrónico:** _____

Estatura: _____ **Trabajo:** _____

Peso: _____ **Teléfono del trabajo:** _____

Médico de familia: _____

Teléfono: _____

Dentista: _____

Teléfono: _____

Hospital: _____

Ciudad, estado: _____

Necesidades especiales/diagnóstico: _____

Adaptaciones necesarias: _____

Lentes: _____

Audífonos: _____

Alergias: _____

Mis medicamentos (dosis) _____

**Coloque la foto
del
Contacto local de
emergencia**

NOMBRE:

**INFORMACIÓN DE CONTACTO DE
EMERGENCIA LOCAL**

NOMBRE: _____
RELACIÓN: _____
DIRECCIÓN: _____
CIUDAD, ESTADO: _____
TELÉFONO: _____

SI UNO O AMBOS PADRES NO PUEDEN CUIDAR A LOS MENORES, ¿ESTARÍA ESTA PERSONA DISPUESTA A ENCARGARSE DE ELLOS?

FAMILIARES:

| | |
|----------------------|------------------------|
| NOMBRE: _____ | TELÉFONO: _____ |

***Coloque la foto del
Contacto de
emergencia fuera
del área***

NOMBRE:

**INFORMACIÓN DEL CONTACTO DE EMERGENCIA
FUERA DEL ÁREA**

NOMBRE: _____

RELACIÓN: _____

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD, ESTADO:

PAÍS: _____

TELÉFONO: _____

FAMILIARES:

NOMBRE: _____ **TELÉFONO:** _____

NOMBRE: _____ **TELÉFONO:** _____

NOMBRE: _____ **TELÉFONO:** _____

NOMBRE: _____ **TELÉFONO:** _____



**Encierre en un círculo o marque el estado en que el familiar está
ubicado si está dentro de Estados Unidos.**