ARCHIVO DE FAMILIA PARA CASOS DE EMERGENCIA

CONDADO DE MONTGOMERY

Departamento de Salud y ServiciosHumanos

Centro de Crisis abierto las 24 Horas
240-777-4000
Línea De Servicios de Protección de Menores
240-777-4417
Línea de Servicio al Cliente Durante el Día
3-1-1

Estépreparadopara cualquiercaso de emergencia, pensandoen las necesidades de su(s) hijo(s) y creando un plan para el Cuidado alternativo De ellos. Tome un momento para completarestainformación y revise este plan familiar con su(s) Hijo(s).

Dirección de la Casa: _____

Miembros de la Familiaen Casa:

Nombres de los Adultos	Relaciónen la Familia	Número de Teléfono
1.		
2.		
3.		
4.		

	Hijo(a) #1	Hijo(a) #2	Hijo(a) #3	Hijo(a) #4
Nombre del Niño (PrimerNombre/Segundo/Apellido(s)):				
Sexo:				
Fecha de Nacimiento:				
Número de Seguro Social (sitiene):				
Nombre de la Madre:				
Nombre del Padre:				
Quiéntienela custodia legal?				
Nombre de la Escuela:				
Nombre delSeguroMédico/Número:				
Número/Nombre de Pediatra:				
InformaciónMédica / Necesidades Especiales:				
Marque si corresponde: Asthma				
epilepsia,				
diabetes,				
necesidades para oídos/visión,				
Otro:				
MedicinasRecetadas:				

Dónde estáan guardados Los documentos vitales (tarjeta de seguro social partida de nacimiento, pasaporte, tarjeta de residencia/VISA, etc.)?
Si es possible, haga copias y guárdardelas con este documento.

Contactos de Emergencia (silacuidadora no estádisponible) /

Nombre Relación	Mejormanera de contactarle	número/correoelectrónico/ dirección	
1.			
2.			
3.			
4.			

Información Adicional:

_____
_____
_____