

**PLAN DE EMERGENCIA EN CASO DE DESASTRE PARA PROGRAMAS DURANTE EL DIA PARA ADULTOS, ESTABLECIMIENTOS RESIDENCIALES PARA ADULTOS, ESTABLECIMIENTOS RESIDENCIALES PARA EL CUIDADO DE PERSONAS CON ENFERMEDADES CRONICAS, Y ESTABLECIMIENTOS PARA REHABILITACION SOCIAL**

**INSTRUCCIONES:**

*Coloque una copia de este plan en un lugar visible del establecimiento, cerca del teléfono.*

La persona con licencia es responsable de actualizar la información en la manera en que se requiere. Devuelva una copia a la oficina de licenciamiento.

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO			NOMBRE DEL ADMINISTRADOR DEL ESTABLECIMIENTO		
DIRECCION DEL ESTABLECIMIENTO (NUMERO, CALLE,		CIUDAD,	ESTADO,	CODIGO POSTAL)	NUMERO DE TELEFONO ( )

**I. TAREAS DURANTE UNA EMERGENCIA (SI NECESITA MAS ESPACIO, USE LA SIGUIENTE PAGINA.)**

NOMBRE DEL EMPLEADO	PUESTO	TAREA
1.		DIRIGIR LA EVACUACION Y CONTAR EL NUMERO DE PERSONAS
2.		ENCARGARSE DE LOS PRIMEROS AUXILIOS
3.		NUMEROS DE TELEFONO EN CASO DE EMERGENCIA
4.		TRANSPORTE
5.		OTRA (DESCRIBA)
6.		

**II. NOMBRES Y NUMEROS DE TELEFONO EN CASO DE EMERGENCIA (ADEMAS DEL 9-1-1)**

BOMBEROS/PARAMEDICOS	POLICIA/COMISARIO (SHERIFF)
CRUZ ROJA	OFICINA DE SERVICIOS DE EMERGENCIA
MEDICO(S)	CONTROL DE ENVENENAMIENTO
HOSPITAL(ES)	AMBULANCIA
DENTISTA(S)	CENTRO PARA CRISIS
MEDIADOR Y PROTECTOR DE LOS DERECHOS RELACIONADOS AL CUIDADO A LARGO PLAZO	OTRA OFICINA/AGENCIA/PERSONA

**III. LUGAR DONDE SE ENCUENTRAN LAS SALIDAS DEL ESTABLECIMIENTO (USANDO UNA COPIA DEL DIBUJO DEL ESTABLECIMIENTO [LIC 999], ANOTE LAS SALIDAS POR NUMERO.)**

1.	2.
3.	4.

**IV. LUGAR(ES) TEMPORAL DE REUBICACION (SI ESTA DISPONIBLE, ENTREGUE UNA CARTA DE PERMISO DEL INQUILINO/ARRENDATARIO/GERENTE/DUEÑO DE LA PROPIEDAD.)**

NOMBRE	DIRECCION	NUMERO DE TELEFONO ( )
NOMBRE	DIRECCION	NUMERO DE TELEFONO ( )

**V. LUGARES DONDE SE PUEDEN DESCONECTAR LOS SERVICIOS PUBLICOS Y MUNICIPALES (MARQUELOS EN EL DIBUJO DEL ESTABLECIMIENTO [LIC 999].)**

ELECTRICIDAD
AGUA
GAS

**VI. UBICACION DEL BOTIQUIN DE PRIMEROS AUXILIOS**

**VII. EQUIPO**

LUGAR DONDE SE ENCUENTRA EL DETECTOR DE HUMO (SI SE REQUIERE)
LUGAR DONDE SE ENCUENTRA EL EXTINGUIDOR DE INCENDIOS (SI SE REQUIERE)
TIPO DE APARATO DE ALARMA QUE SUENA EN CASO DE INCENDIO (SI SE REQUIERE)
LUGAR DONDE SE ENCUENTRA ESTE APARATO

**VIII. DECLARACION DE AFIRMACION**

**COMO ADMINISTRADOR DE ESTE ESTABLECIMIENTO, ASUMO LA RESPONSABILIDAD RESPECTO A ESTE PLAN PARA PROPORCIONAR SERVICIOS EN CASO DE EMERGENCIA COMO SE INDICA. SEGUN SE REQUIERA, LES DARE INSTRUCCIONES ACERCA DE SUS OBLIGACIONES Y RESPONSABILIDADES BAJO ESTE PLAN A TODOS LOS CLIENTES/RESIDENTES, DE ACUERDO A SU EDAD Y HABILIDAD, Y A TODOS LOS MIEMBROS DEL PERSONAL Y/O DEL HOGAR.**

FIRMA	FECHA
-------	-------