

COMUNICACIÓN DE EMERGENCIA PARA TODOSMateriales de Comunicación con Imágenes

ESPACIO VACÍO *(para su mensaje personal)*

No puedo hablar pero si lo puedo oír y entenderlo.

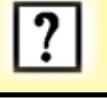
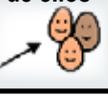
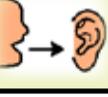
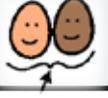
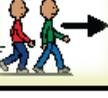
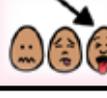
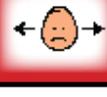
Necesito cambiar mis máquinas.

Hágame preguntas si necesita hacerles, pero por favor tenga paciencia y espere mi respuestas.

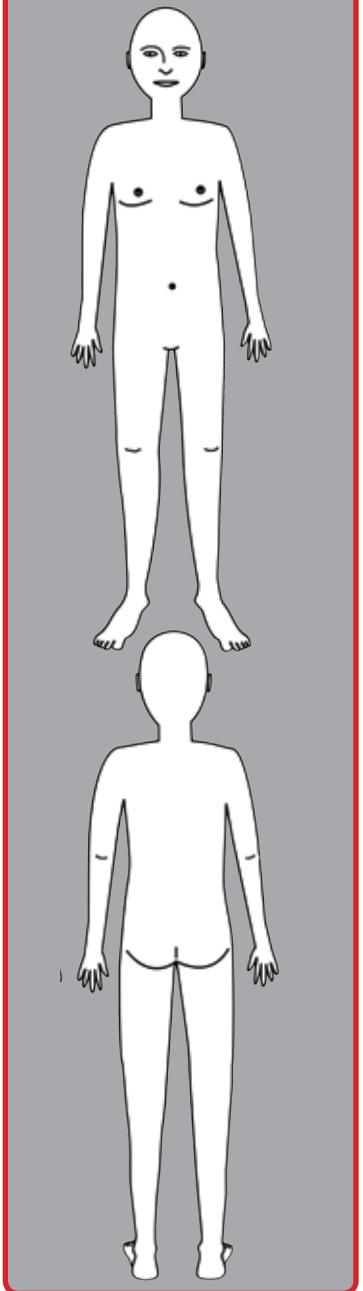
Mi información importante está en el reverso de esta página.

Por favor póngase en contacto con mi familia.

Yo señalaré dónde me duele. 

ME LLAMO 	Yo, mí, mío 	Sangrar 	Infectar 	Alergia 	Discapacidad 	Ayuda 	Baño 
¿QUIÉN? 	Tú, tuyo 	Quebrado 	Quiero o Necesito 	Frazada 	Desastre 	Hogar 	Andador 
¿DÓNDE? 	Ella, de ella, suya 	Quemar 	Rescatar 	Ropa 	Emergencia 	Hospital 	Silla de ruedas 
¿QUÉ? 	Él, suyo, él 	Ahogarse 	Deletrear 	Frío 	Familia 	Enfermo (a) 	Viento 
¿CUÁNDO? 	Ellos, les, de ellos 	Comunicarse 	Hablar 	Daño 	Fuego 	Mascotas 	Preocupado 
¿POR QUÉ? 	Nosotros, nuestro 	Evacuar 	Entender 	Peligro 	Inundación 	Refugio, Albergue 	Peor. El peor 
¿CÓMO? 	SÍ 	Herir, lastimar 	Espera 	Aparato de Comunicación 	Calefacción, Caliente 	Ataque 	NO 

0	1	2	3	4
5	6	7	8	9
A	B	C	D	E
F	G	H	I	J
K	L	M	N	O
P	Q	R	S	T
U	V	W	X	Y
Z	?	.	!!	Espacio



INFORMACIÓN PRIVADA

1. NOMBRE _____

Fecha de Nacimiento _____

Dirección _____

Teléfono celular _____

Teléfono de casa _____

Correo electrónico _____

2. CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre _____

Dirección _____

Teléfono celular _____

Teléfono de casa _____

Parentesco _____

3. SEGUNDO CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre _____

Dirección _____

Teléfono celular _____

Teléfono de casa _____

Parentesco _____

4. DOCTOR

Nombre _____

Dirección _____

Teléfono _____

5. MEDICINAS CON RECETA

Privado Medicare Medicaid Otro _____

Número de póliza _____

Fecha emitida _____

6. MEDICINAS CON RECETA

Nombre y Dosis _____

7. MEDICINAS DE VENTA LIBRE (SIN RECETA)

1) _____

2) _____

8. NOMBRE DE LA FARMACIA _____

Contacto _____

Teléfono _____

9. ALERGIAS [lista completa] _____

10. HISTORIAL MEDICO PERTINENTE [en breve] _____

11. AGENCIA DE APOYO [si hay alguna] _____

12. PROVEEDOR DE EQUIPO MÉDICO O TECNOLOGÍA

13. MÁQUINAS NECESARIAS PARA AUTOSUFICIENCIA FOR INDEPENDENCE

Ayuda para Servicios Personales

Nombre _____

Teléfono _____

Horas Asignadas _____

Mobilidad o Traslado _____

Comunicación _____

Higiene, aseo personal o Visión _____

Uso de teléfono _____

Finanzas o Escribir _____

Cocinar _____

Comer y ponerse en un regimen de dieta _____

Transportación _____

Animales de Ayuda _____



Institute on Disabilities

TEMPLE UNIVERSITY®

College of Education