

Haz un plan, Minnesota

La planificación para emergencias es importante para todos nosotros. La COVID-19 afecta a nuestras comunidades y familias de diferentes maneras y exige que planifiquemos de diferentes maneras que para otras emergencias a nivel nacional o estatal. El hecho de hacer un plan para cada niño y para la salud y seguridad de la familia facilitará cualquier transición necesaria para usted, sus hijos y la persona que los cuida. La preparación de este kit es algo totalmente voluntario.

Información de la familia

Inf. general

Dirección de la casa:

Idioma que se habla en el hogar:

¿Hay algún familiar inscrito o calificado para inscribirse en cualquier tribu nativa reconocida por el gobierno federal?

Sí No

Si responde que sí, enumere la(s) tribu(s):

Padre/madre o tutor

Padre/madre o tutor

Nombre:

Fecha de nacimiento:

Casado/a Divorciado/a Separado/a Soltero/a

Teléfono:

Empleador:

Teléfono del trabajo:

Padre/madre o tutor

Nombre:

Fecha de nacimiento:

Casado/a Divorciado/a Separado/a Soltero/a

Teléfono:

Empleador:

Teléfono del trabajo:

Padre/madre o tutor que no vive en la casa (si corresponde)

Nombre:

Fecha de nacimiento:

Casado/a Divorciado/a Separado/a Soltero/a

Dirección:

Teléfono:

Empleador:

Teléfono del trabajo:

Seguro médico

Compañía de seguros:

Teléfono N.o:

Póliza de seguro N.o:

Titular de la póliza de seguro:

Seguro dental

El mismo del seguro médico:

Compañía de seguros:

Teléfono N.o:

Póliza de seguro N.o:

Titular de la póliza de seguro:

Seguro de medicamentos recetados

El mismo del seguro médico:

Compañía de seguros:

Teléfono N.o:

Póliza de seguro N.o:

Titular de la póliza de seguro:

Otro/a

Seguro secundario

Tipo de seguro:

Teléfono N.o:

Póliza de seguro N.o:

Titular de la póliza de seguro:

Información adicional:

Contactos para emergencia familiar

(en orden de preferencia)

Un cuidador alternativo es una persona que usted designa para cuidar de su(s) hijo(s) si los adultos de su grupo familiar no pueden hacerlo. Todo cuidador alternativo debe ser mayor de 18 años.

Nombre de la persona de contacto

¿Cuidador alternativo?

Sí

No

Relación con la familia:

Dirección:

Teléfono:

Correo electrónico:

Nombre de la persona de contacto

¿Cuidador alternativo?

Sí

No

Relación con la familia:

Dirección:

Teléfono:

Correo electrónico:

Nombre de la persona de contacto

¿Cuidador alternativo?

Sí

No

Relación con la familia:

Dirección:

Teléfono:

Correo electrónico:

Información religiosa, espiritual u otra cultural

Nombre de la organización

Nombre de la persona de contacto:

Teléfono:

Correo electrónico:

Festividades o costumbres culturales observadas:

Otros contactos en la comunidad

Nombre de la organización

Nombre de la persona de contacto:

Teléfono:

Correo electrónico:

Nombre de la organización

Nombre de la persona de contacto:

Teléfono:

Correo electrónico:

Nombre de la organización

Nombre de la persona de contacto:

Teléfono:

Correo electrónico:

Información legal

¿Hay una delegación de la patria potestad (DOPA)?

Sí

No

[Más información sobre la DOPA](#)

¿Hay documentos legales con respecto a?:

- Testamento en vida
- Última voluntad y testamento
- Poder de representación
- Instrucciones por adelantado

Información del abogado

Nombre:

Teléfono:

Correo electrónico:

Información importante sobre las relaciones familiares (órdenes de protección, acuerdos de custodia, etc.). Adjunte toda documentación legal importante a este formulario.

Haz un plan, Minnesota

Información del menor

Inf. general

Nombre:

Fecha de nacimiento:

Identidad de género: Femenino Masculino No binario Tercer género

Rutinas importantes:

Objetos de transición

(mantas, juguetes, aparatos electrónicos, ropa, música, etc.)

Médica

Información sobre toda condición preexistente o historial médico anterior (incluyendo brazalete médico, alergias, asma, limitaciones físicas, etc.)

Médico primario:

Teléfono:

Hospital preferido:

Otros médicos/especialistas:

Medicamentos

Farmacia preferida:

Teléfono:

Receta

Nombre:

Dosis:

Frecuencia:

Tomó por última vez:

Fecha de suspensión:

Receta

Nombre:

Dosis:

Frecuencia:

Tomó por última vez:

Fecha de suspensión:

Receta

Nombre:

Dosis:

Frecuencia:

Tomó por última vez:

Fecha de suspensión:

Dental

Dentista:

Teléfono:

Otros especialistas dentales (ej., ortodoncista):

Inf. de la escuela

Grado:

Pública Privada Chárter Hogareña

¿Hay un Plan de educación personalizada (IEP), un Plan de servicio familiar individual (IFSP) o un Plan sección 504 para este niño?

Sí No

Nombre de la escuela o plan de estudios hogareño:

Teléfono de la escuela:

Método a distancia:

N/A En línea Paquete de material impreso Otro/a:

Si es en línea:

- Si es en línea:
- Nombre de usuario:
- Contraseña:

Contactos importantes del niño

Nombre:

Teléfono:

Relación: Amigo/a Familiar Otra:

Nombre:

Teléfono:

Relación: Amigo/a Familiar Otra:

Nombre:

Teléfono:

Relación: Amigo/a Familiar Otra:

Información adicional y/o consideraciones especiales

Agregar información sobre otro niño

Seleccione el siguiente enlace para agregar información sobre otro niño en un documento aparte. Asegúrese de guardar o imprimir todos los formularios adicionales en el mismo lugar. Comparta estos documentos; para eso, imprímalos o envíelos por correo electrónico a cuidadores alternativos.

[Agregar información
sobre otro niño](#)

STAY SAFE MN