

Artículos de primera necesidad sugeridos (puede añadir más en los espacios vacíos)

<input type="checkbox"/> Agua (un galón por persona por día)	<input type="checkbox"/> Gel a base de alcohol ('hand sanitizer')	<input type="checkbox"/> Efectivo (cash)
<input type="checkbox"/> Alimentos no perecederos + abrelatas	<input type="checkbox"/> Máscara filtrante	<input type="checkbox"/> Repelente de insectos
<input type="checkbox"/> Radio de batería + baterías adicionales	<input type="checkbox"/> Una muda de ropa	<input type="checkbox"/> Fósforos
<input type="checkbox"/> Linterna + baterías adicionales	<input type="checkbox"/> Silbato para pedir ayuda	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Copia de las llaves de su casa y carro	<input type="checkbox"/> Toallas húmedas	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Espejuelos, si necesita	<input type="checkbox"/> Botiquín de primeros auxilios	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Jabón	<input type="checkbox"/> Termómetro	<input type="checkbox"/>

Medicamentos

Sin receta (Over-The-Counter)	Recetados
<input type="checkbox"/> Aspirina <input type="checkbox"/> Acetaminofén/Ibuprofeno <input type="checkbox"/> Medicamento contra la diarrea <input type="checkbox"/> Laxantes <input type="checkbox"/> Antiácidos <input type="checkbox"/> Antihistamínicos (medicamento para la alergia, Ej. Benadryl®) <input type="checkbox"/> Crema de hidrocortisona <input type="checkbox"/> Crema antibiótica <input type="checkbox"/> Medicamentos para la tos y el resfriado <input type="checkbox"/> Gel de aloe vera <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____

Documentos (guárdelos en una bolsa a prueba de agua)

<input type="checkbox"/> Copia de su lista de contactos de emergencia <input type="checkbox"/> Hoja con información relevante sobre su condición médica <input type="checkbox"/> Lista de sus medicamentos que especifique dosis y frecuencia <input type="checkbox"/> Información de contacto de sus doctores
