1. Nombre del Incidente	2. Período Operacional (Fecha / Hora) De: A:	**PLAN MÉDICO** **SCI 206-MX**

3. Estaciones Médicas

Nombre de la Estación	Ubicación	# de Contacto	¿Paramédicos En el Sitio?(S/N)

4. Transportación

Servicio de Ambulancias	Domicilio	# de Contacto	¿Paramédicos Abordo? (S/N)

5. Hospitales

Nombre del Hospital	Domicilio	# de Contacto	Tiempo de Viaje		¿Centro de Quemaduras?	Heli Estación?
			Aire	Tierra		

6. Procedimientos Médicos de Emergencia Especiales

7. Preparado por: (Lider Unidad Médica)	Fecha / Hora	8. Verificado por: (Oficial de Seguridad)	Fecha /Hora

Versión Electrónica NOAA/MEXUS Rev. Febrero 2004