



**Organización
Panamericana
de la Salud**



Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud



Guía de Campo

Formularios de Evaluación

Equipo Regional de Respuesta

Guía de Campo

Formularios de Evaluación

Equipo Regional de Respuesta



**Organización
Panamericana
de la Salud**



*Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud*

Panamá, agosto 2009

© Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2009

Guía de Campo. Formularios de Evaluación. Equipo Regional de Respuesta a Desastres

Panamá OPS, © 2009.

ISBN: 9789275330548

Una publicación del Área de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastres de la Organización Panamericana de la Salud. Las opiniones expresadas, recomendaciones formuladas y denominaciones empleadas en esta publicación no reflejan necesariamente los criterios ni la política de la Organización Panamericana de la Salud o de sus estados miembros.

La Organización Panamericana de la Salud dará consideración favorable a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, total o parcialmente, esta publicación, siempre que no sea con fines de lucro. Las solicitudes pueden dirigirse al Área de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastres de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, 525 Twenty-third Street, N.W., Washington, D.C. 20037, (EUA); Fax (202) 775-4578; correo electrónico: disaster-publications@paho.org

La publicación de este documento ha sido posible gracias al apoyo financiero de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID), la División de Asistencia Humanitaria Internacional de la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (CIDA) y la Oficina de Asistencia al Exterior en Casos de Desastres de la Agencia de los Estados para el Desarrollo Internacional (OFDA/AID).

Coordinación técnica: Dr. Leonardo Hernández y Dr. Robert Lee, con el apoyo de la Dra. Dana Van Alphen.

Diseño y diagramación: Dalys Gómez

Cordinación editorial: Tilcia Elena Delgado

Información general

1. La información requerida en los formularios de evaluación debe ser completada por los miembros del Equipo Regional de Respuesta.
2. En la mayoría de los casos se ha incluido cinco copias con el fin de que puedan ser arrancadas y utilizadas en campo para la recolección de datos.
3. Si necesita más formularios, puede imprimir copias adicionales del CD-ROM incluido en la carpeta.

Contenido

- Requerimientos mínimos para agua, saneamiento y nutrición
- Logística, lista de verificación
- Situación de salud
 - Evaluación general rápida
 - Daños en la red de salud
 - Información de albergues
- Evaluación de la situación de adultos mayores de 60 años
 - Evaluación general
 - Situación de salud y vivienda
 - Viviendo en albergues
 - Infraestructura del hogar geriátrico
 - Necesidades de residentes en el hogar geriátrico
- Situación de salud mental, lista de verificación
- Evaluación de los sistemas de agua
- Control de calidad del agua
- Evaluación de la situación de saneamiento en los albergues
- Evaluación de daños post-desastres en las instalaciones de salud
- Formato diario de vigilancia epidemiológica (sintomático)
- Formulario para la evaluación sanitaria del albergue
- Cálculo de la cantidad de malati3n
- Evaluación general rápida
- Formato de informe de situaci3n
- Comunicaci3n en emergencia, lista de verifi3n
- Acciones para prevenir problemas en la gesti3n de informaci3n
- Formato del llamamiento de ayuda internacional (*flash appeal*)
- Formato del Fondo Central para la Respuesta a Desastres (CERF)
- Tarjeta de acci3n para el Representante del pa3s de la OPS/OMS
- Contactos del 1rea de Preparativos de Emergencia y Desastres de OPS/OMS

Requerimientos mínimos para agua, saneamiento y nutrición

Agua (*)¹:	
Cantidad	20 litros persona / día 250 personas por punto de toma
Distancia:	No más de 100 metros de distancia de la vivienda.
Distancia entre letrinas y puntos de agua:	100 metros mínimo.

Saneamiento:	
Letrina	1 por 20 personas
Distancia:	A no más de 30 mts de la vivienda.
Desechos de basura	1 punto por 500 personas (2mx5mx2m) 2.2 yd x 5.5 yd x 2.2 yd
Jabón	250 gramos (8.8 onzas) por persona por mes

Nutrición:	
Energía	2.100 kilocalorías / día

Tabla de cálculo de kilocalorías:		
	Kilocaloría / 100 gramos	Ración / persona / mes
Cereales	350 / 100 gramos (3.5 oz)	13.5 kilo (7.7 lb)
Frijol	335 / 100 gramos (3.5 oz)	1.5 kilo (3.3 lb)
Aceite (vegetal)	885 / 100 gramos (3.5 oz)	0.8 kilo (1.8 lb)
Azúcar	400 / 100 gramos (3.5 oz)	0.6 kilo (1.3 lb)

Valores nutricionales (*)²:	
Proteína	10-12% total energía (52-63g), < 15%
Grasa	17% del total energía (40g)
Vitamina A	1666 IU (o 0.5mg Retinol equivalentes)
Tiamina (B1)	0.9mg (o 0.4mg per 1000 kcal ingesta)
Riboflavina (B2)	1.4mg (o 0.6mg per 1000 kcal ingesta)
Niacina (B3)	12.0mg (o 6.6mg per 1000 kcal ingesta)
Vitamina C	28.0 mg
Vitamina D	3.2 -3.8 µg
Hierro	22mg (baja biodisponibilidad (ie 5-9%))
Yodo	150 mg

(*) 1 Communicable diseases control in emergencies. A field manual edited by M.A. Connolly. OMS. 2005.

(*) 2 The Sphere Project, Tabla modificada: OMS (1997, borrador) y PMA/ACNUR (Diciembre 1997).

Logística, lista de verificación

Funciones	Descripción	Se realiza (*) 1			Responsable (*) 2	Observaciones (*) 3
		Si	No	Parcial		
Administración de la cadena de suministros de salud	Cadena de suministro y recursos humanos contratados o encargados de logística.					
Adquisición y compras	Selección, adquisición subcontratación.					
Almacenamiento e inventario	Manejo de almacenes					
	Movimientos de inventarios					
IT, radios y comunicaciones	Redes funcionando					
	Central comunicación					
	Oficinas de campo					
Transporte	Mercancías					
	Medios de transporte					
	Administración de proveedores de transporte					
	Gerencia de la flota					
Mantenimiento	Equipos de comunicación					
	Sistemas, médicos					
	Vehículos					
Importaciones y donaciones	Manejo de documentos y procedimientos de importaciones y donaciones.					
Implementación LSS-SUMA (Otros sistemas)	Sistema de donaciones y suministros					
Necesidades básicas de operación ERR	Habitación, alimentación, seguridad, movilidad					

(*) 1 Marque con una X cuando verifique la función descrita.

(*) 2 Registre el nombre del responsable del proceso indicado.

(*) 3 Indique las observaciones que considere pertinentes.

Situación de la salud (1)

Evaluación general rápida			
(Informar a la mayor brevedad posible)			
Informe #	Fecha de elaboración:	Hora de elaboración:	
	Día Mes Año		
Elaborado por:		Fecha del evento:	# ____ días post evento
Tipo de evento:	Fecha del evento:		Observaciones: (*) 3
País:	Zona afectada (ubicación geográfica) según división político-administrativa (*) 2	Población (No.)	
	Lugar de afectación (*) 1		
	Departamento - Estado - Provincia	Municipio – Cantón	

(*) 1 Indique en qué día posterior al evento se encuentra el lugar exacto de afectación de acuerdo a la división político-administrativa del país.

(*) 2 Escriba el número de población en el área descrita.

(*) 3 Amplíe los datos que considere necesarios y la información para la toma de decisiones.



Situación de la salud (1a)

Evaluación general rápida						
Sitio/zona (especifique)	Víctimas (*) 4		Heridos (*) 1		Observaciones (*) 4	
	Muertos	Desaparecidos	Para tratamiento local	Necesidad de traslado (*) 2		
Sitio/zona (Especifique)	Dificultades manejo cadáveres			Observaciones		
	Otros inconvenientes (*) 3 Identificación, bolsas, disposición final, refrigeración, personal, otro, cual, describa					
	Capacidad Morgue Suficiente	Si No				

(*) 1 Colocar, en números, los datos solicitados.

(*) 2 Pacientes que por sus lesiones o falta de capacidad local deban ser remitidos a otro sitio.

(*) 3 Identificación féretros –disposición final de cuerpos otro, ¿cuál?. Describa en observaciones.

(*) 4 Ampliar o aclarar lo que considere necesario.



Situación de la salud (2)

Región hospitalaria (*) 1	Total hosp (*) 2	Nombre hospitales afectados (*) 3		Nivel de complejidad hospitalaria (*) 4	No. camas disponibles (*) 5	Servicios disponibles (*) 6	Acceso (*) 7		Observaciones (*) 8
		Totalmente	Parcialmente				Sí	No	
				1,2,3,-alto, 1/2 bajo					

(*) 1 Describa la región de salud a la que pertenecen las instalaciones de salud que reporta (incluye hospitales, puestos y centros de salud y todas las instalaciones de salud que integren esa región).

(*) 2 Coloque el número de hospitales en la región, ésto será útil para reorientar la atención de la red.

(*) 3 Identifique si los daños son parciales o totales, utilice una casilla para el nombre de cada hospital.

(*) 4 Registre el nivel de complejidad o de especialización de la instalación según la escala del país, discriminando mayor o menor grado de especialización.

(*) 5 Registre el número de camas disponibles y funcionales en el hospital o instalación.

(*) 6 Registre los hospitales que funcionan, los servicios que prestan y que están disponibles (cirugía, anestesia, ortopedia, neurocirugía, otros, cuáles).

(*) 7 Registre si hay o no acceso a la instalación de salud.

(*) 8 Utilice la casilla de observaciones para registrar o complementar datos referidos a los daños en cada instalación de salud o datos que sean relevantes para resolver de manera rápida. Describa los daños de cada institución.



Situación de la salud (3)

Información de albergues (generalidades)												
Sitio/zona (*)1	Nombre del albergue (*)2	Población albergada (*)3	Albergue oficial (*)4		Albergue improvisado (*)5		Albergue en casa de familias (*)6		Recibe atención en salud		Reporta al SVE (*)7	Observaciones
			Si	No	Si	No	Si	No	Si	No		

- (*) 1 Identifique el lugar, ubicación, dirección o localización.
- (*) 2 Escriba el nombre como se conoce el albergue .
- (*) 3 Coloque el número aproximado de población albergada en la zona.
- (*) 4 Señale con una X si o no el albergue se considera oficial.
- (*) 5 Señale con una X si o no el albergue se considera improvisado.
- (*) 6 Señale con una X si o no el albergue recibe atención médica.
- (*) 7 Señale con una X si o no el albergue reporta al sistema de vigilancia epidemiológica.

Situación de la salud (1)

Evaluación general rápida				
(Informar a la mayor brevedad posible)				
Informe #	Fecha de elaboración:	Hora de elaboración:		
	Día Mes Año			
Elaborado por:				
Tipo de evento:	Fecha del evento:			
				# ____ días post evento
País:	Población (No.) ^{(*)2}		Observaciones: ^{(*)3}	
Zona afectada (ubicación geográfica) según división político-administrativa				
Lugar de afectación ^{(*)1}				
Departamento - Estado - Provincia	Municipio – Cantón			

(*) 1 Indique en qué día posterior al evento se encuentra el lugar exacto de afectación de acuerdo a la división político-administrativa del país.
 (*) 2 Escriba el número de población en el área descrita.
 (*) 3 Amplíe los datos que considere necesarios y la información para la toma de decisiones.



Situación de la salud (1a)

Evaluación general rápida					
Sitio/zona (especifique)	Víctimas ^{(*) 4}		Heridos ^{(*) 1}		Observaciones ^{(*) 4}
	Muertos	Desaparecidos	Para tratamiento local	Necesidad de traslado ^{(*) 2}	
Sitio/zona (Especifique)	Dificultades manejo cadáveres		Observaciones		
	Capacidad Morgue Suficiente	Si	Otros inconvenientes ^{(*) 3} Identificación, bolsas, disposición final, refrigeración, personal, otro, cual, describa		
		No			

(*) 1 Colocar, en números, los datos solicitados.
 (*) 2 Pacientes que por sus lesiones o falta de capacidad local deban ser remitidos a otro sitio.
 (*) 3 Identificación féretros –disposición final de cuerpos, otro, ¿cuál?. Describa en observaciones.
 (*) 4 Ampliar o aclarar lo que considere necesario.



Situación de la salud (2)

Región hospitalaria (*) 1	Total hosp (*) 2	Nombre hospitales afectados (*) 3		Nivel de complejidad hospitalaria (*) 4	No. camas disponibles (*) 5	Servicios disponibles (*) 6	Acceso (*) 7		Observaciones (*) 8
		Totalmente	Parcialmente				Sí	No	

(*) 1 Describa la región de salud a la que pertenecen las instalaciones de salud que reporta (incluye hospitales, puestos y centros de salud y todas las instalaciones de salud que integren esa región).
 (*) 2 Coloque el número de hospitales en la región, esto será útil para reorientar la atención de la red.
 (*) 3 Identifique si los daños son parciales o totales, utilice una casilla para el nombre de cada hospital.
 (*) 4 Registre el nivel de complejidad o de especialización de la instalación según la escala del país, discriminando mayor o menor grado de especialización.
 (*) 5 Registre el número de camas disponibles y funcionales en el hospital o instalación.
 (*) 6 Registre los hospitales que funcionan, los servicios que prestan y que están disponibles (cirugía, anestesia, ortopedia, neurocirugía, otros, cuáles).
 (*) 7 Registre si hay o no acceso a la instalación de salud.
 (*) 8 Utilice la casilla de observaciones para registrar o complementar datos referidos a los daños en cada instalación de salud o datos que sean relevantes para resolver de manera rápida. Describa los daños de cada institución.



Situación de la salud (3)

Información de albergues (generalidades)

Sitio/zona ^{(*)1}	Nombre del albergue ^{(*)2}	Población albergada ^{(*)3}	Albergue oficial ^{(*)4}		Albergue improvisado ^{(*)5}		Albergue en casa de familias ^{(*)6}		Recibe atención en salud		Reporta al SVE ^{(*)7}		Observaciones	
			Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No		

(*) 1 Identifique el lugar, ubicación, dirección o localización.
(*) 2 Escriba el nombre como se conoce el albergue .
(*) 3 Coloque el número aproximado de población albergada en la zona.
(*) 4 Señale con una X si o no el albergue se considera oficial.
(*) 5 Señale con una X si o no el albergue se considera improvisado.
(*) 6 Señale con una X si o no el albergue recibe atención médica.
(*) 7 Señale con una X si o no el albergue reporta al sistema de vigilancia epidemiológica.

Situación de la salud (1a)

Evaluación general rápida					Observaciones (*) 4
Sitio/zona (especifique)	Víctimas (*) 4		Heridos (*) 1		
	Muertos	Desaparecidos	Para tratamiento local	Necesidad de traslado (*) 2	
Sitio/zona (Especifique)	Dificultades manejo cadáveres			Observaciones	
	Capacidad Morgue Suficiente	Otros inconvenientes (*) 3 Identificación, bolsas, disposición final, refrigeración, personal, otro, cuál, describa			
	Si	No			

(*) 1 Colocar, en números, los datos solicitados.
 (*) 2 Pacientes que por sus lesiones o falta de capacidad local deban ser remitidos a otro sitio.
 (*) 3 Identificación féretros –disposición final de cuerpos, otro, ¿cuál?. Describa en observaciones.
 (*) 4 Ampliar o aclarar lo que considere necesario.



Situación de la salud (2)

Daños en la red de salud *									
Región hospitalaria (*) 1	Total hosp (*) 2	Nombre hospitales afectados (*) 3		Nivel de complejidad hospitalaria (*) 4	No. camas disponibles (*) 5	Servicios disponibles (*) 6	Acceso (*) 7		Observaciones (*) 8
		Totalmente	Parcialmente				Sí	No	

(*) 1 Describa la región de salud a la que pertenecen las instalaciones de salud que reporta (incluye hospitales, puestos y centros de salud y todas las instalaciones de salud que integren esa región).
 (*) 2 Coloque el número de hospitales en la región, esto será útil para reorientar la atención de la red.
 (*) 3 Identifique si los daños son parciales o totales, utilice una casilla para el nombre de cada hospital.
 (*) 4 Registre el nivel de complejidad o de especialización de la instalación según la escala del país, discriminando mayor o menor grado de especialización.
 (*) 5 Registre el número de camas disponibles y funcionales en el hospital o instalación.
 (*) 6 Registre los hospitales que funcionan, los servicios que prestan y que están disponibles (cirugía, anestesia, ortopedia, neurocirugía, otros, cuáles).
 (*) 7 Registre si hay o no acceso a la instalación de salud.
 (*) 8 Utilice la casilla de observaciones para registrar o complementar datos referidos a los daños en cada instalación de salud o datos que sean relevantes para resolver de manera rápida. Describa los daños de cada institución.



Situación de la salud (3)

Información de albergues (generalidades)													
Sitio/zona (*)1	Nombre del albergue (*)2	Población albergada (*)3	Albergue oficial (*)4		Albergue improvisado (*)5		Albergue en casa de familias (*)6		Recibe atención en salud		Reporta al SVE (*)7		Observaciones
			Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	

(*) 1 Identifique el lugar, ubicación, dirección o localización.
(*) 2 Escriba el nombre como se conoce el albergue .
(*) 3 Coloque el número aproximado de población albergada en la zona.
(*) 4 Señale con una X si o no el albergue se considera oficial.
(*) 5 Señale con una X si o no el albergue se considera improvisado.
(*) 6 Señale con una X si o no el albergue recibe atención médica.
(*) 7 Señale con una X si o no el albergue reporta al sistema de vigilancia epidemiológica.

Situación de la salud (1)

Evaluación general rápida		
<small>(Informar a la mayor brevedad posible)</small>		
Informe #	Fecha de elaboración: Día Mes Año	Hora de elaboración:
Elaborado por:		
Tipo de evento:	Fecha del evento:	# ____ días post evento (*) 3
País:	Población (No.) (*) 2	Observaciones:
Zona afectada (ubicación geográfica) según división político-administrativa (*) 1		
Lugar de afectación		
Departamento - Estado - Provincia	Municipio – Cantón	

(*) 1 Indique en qué día posterior al evento se encuentra el lugar exacto de afectación de acuerdo a la división político-administrativa del país.

(*) 2 Escriba el número de población en el área descrita.

(*) 3 Amplíe los datos que considere necesarios y la información para la toma de decisiones.



Situación de la salud (1a)

Evaluación general rápida						
Sitio/zona (especificue)	Víctimas ^{(*) 4}			Heridos ^{(*) 1}		Observaciones ^{(*) 4}
	Muertos	Desaparecidos	Para trata- miento local	Necesidad de traslado ^{(*) 2}		
Sitio/zona (Especifique)	Dificultades manejo cadáveres ^{(*) 3}				Observaciones	
	Capacidad Morgue Suficiente		Otros inconvenientes ^{(*) 3} Identificación, bolsas, disposición final, refrigera- ción, personal, otro, cuál, describe			
	Si	No				

(*) 1 Colocar, en números, los datos solicitados.
 (*) 2 Pacientes que por sus lesiones o falta de capacidad local deban ser remitidos a otro sitio.
 (*) 3 Identificación féretros –disposición final de cuerpos, otro, ¿cuál?. Describa en observaciones.
 (*) 4 Ampliar o aclarar lo que considere necesario.



Situación de la salud (2)

Región hospitalaria ^{(*) 1}	Total hosp ^{(*) 2}	Daños en la red de salud *			No. camas disponibles ^{(*) 5}	Servicios disponibles ^{(*) 6}	Acceso ^{(*) 7}		Observaciones ^{(*) 8}
		Nombre hospitales afectados ^{(*) 3}		Nivel de complejidad hospitalaria ^{(*) 4}			Sí	No	
		Totalmente	Parcialmente						

^{(*) 1} Describa la región de salud a la que pertenecen las instalaciones de salud que reporta (incluye hospitales, puestos y centros de salud y todas las instalaciones de salud que integren esa región).
^{(*) 2} Coloque el número de hospitales en la región, ésto será útil para reorientar la atención de la red.
^{(*) 3} Identifique si los daños son parciales o totales, utilice una casilla para el nombre de cada hospital.
^{(*) 4} Registre el nivel de complejidad o de especialización de la instalación según la escala del país, discriminando mayor o menor grado de especialización.
^{(*) 5} Registre el número de camas disponibles y funcionales en el hospital o instalación.
^{(*) 6} Registre los hospitales que funcionan, los servicios que prestan y que están disponibles (cirugía, anestesia, ortopedia, neurocirugía, otros, cuáles).
^{(*) 7} Registre si hay o no acceso a la instalación de salud.
^{(*) 8} Utilice la casilla de observaciones para registrar o complementar datos referidos a los daños en cada instalación de salud o datos que sean relevantes para resolver de manera rápida. Describa los daños de cada institución. 

Situación de la salud (3)

Información de albergues (generalidades)													
Sitio/zona (*)1	Nombre del albergue (*)2	Población albergada (*)3	Albergue oficial (*)4		Albergue improvisado (*)5		Albergue en casa de familias (*)6		Recibe atención en salud		Reporta al SVE (*)7	Observaciones	
			Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	

(*) 1 Identifique el lugar, ubicación, dirección o localización.
 (*) 2 Escriba el nombre como se conoce el albergue .
 (*) 3 Coloque el número aproximado de población albergada en la zona.
 (*) 4 Señale con una X si o no el albergue se considera oficial.
 (*) 5 Señale con una X si o no el albergue se considera improvisado.
 (*) 6 Señale con una X si o no el albergue recibe atención médica.
 (*) 7 Señale con una X si o no el albergue reporta al sistema de vigilancia epidemiológica.

Situación de la salud (1)

Evaluación general rápida			
<small>(Informar a la mayor brevedad posible)</small>			
Informe #	Fecha de elaboración:	Hora de elaboración:	
	____ Día ____ Mes ____ Año		
Elaborado por:			
Tipo de evento:	Fecha del evento:	# ____ días post evento	
País:	Población (No.) ^{(*) 2}		
Observaciones: ^{(*) 3}			
Zona afectada (ubicación geográfica) según división político-administrativa			
^{(*) 1} Lugar de afectación			
Departamento - Estado - Provincia	Municipio – Cantón		

(* 1 Indique en qué día posterior al evento se encuentra el lugar exacto de afectación de acuerdo a la división político-administrativa del país.

(* 2 Escriba el número de población en el área descrita.

(* 3 Amplíe los datos que considere necesarios y la información para la toma de decisiones.



Situación de la salud (1a)

Evaluación general rápida					Observaciones (*) 4
Sitio/zona (especifique)	Víctimas (*) 4		Heridos (*) 1		
	Muertos	Desaparecidos	Para tratamiento local	Necesidad de traslado (*) 2	
Sitio/zona (Especifique)	Dificultades manejo cadáveres			Observaciones	
	Capacidad Morgue Suficiente	Otros inconvenientes (*) 3			
	Si	Identificación, bolsas, disposición final, refrigeración, personal, otro, cuál, describa			
	No				

(*) 1 Colocar, en números, los datos solicitados.

(*) 2 Pacientes que por sus lesiones o falta de capacidad local deban ser remitidos a otro sitio.

(*) 3 Identificación féretros –disposición final de cuerpos, otro, ¿cuál?. Describa en observaciones.

(*) 4 Ampliar o aclarar lo que considere necesario.



Situación de la salud (2)

Daños en la red de salud *									
Región hospitalaria ^{(*)1}	Total hosp ^{(*)2}	Nombre hospitales afectados ^{(*)3}		Nivel de complejidad hospitalaria ^{(*)4}	No. camas disponibles ^{(*)5}	Servicios disponibles ^{(*)6}	Acceso ^{(*)7}		Observaciones ^{(*)8}
		Totalmente	Parcialmente				Sí	No	
				1,2,3,-alto, 1/2 bajo			Sí	No	

(*) 1 Describa la región de salud a la que pertenecen las instalaciones de salud que reporta (incluye hospitales, puestos y centros de salud y todas las instalaciones de salud que integren esa región).
 (*) 2 Coloque el número de hospitales en la región, ésto será útil para reorientar la atención de la red.
 (*) 3 Identifique si los daños son parciales o totales, utilice una casilla para el nombre de cada hospital.
 (*) 4 Registre el nivel de complejidad o de especialización de la instalación según la escala del país, discriminando mayor o menor grado de especialización.
 (*) 5 Registre el número de camas disponibles y funcionales en el hospital o instalación.
 (*) 6 Registre los hospitales que funcionan, los servicios que prestan y que están disponibles (cirugía, anestesia, ortopedia, neurocirugía, otros, cuáles).
 (*) 7 Registre si hay o no acceso a la instalación de salud.
 (*) 8 Utilice la casilla de observaciones para registrar o complementar datos referidos a los daños en cada instalación de salud o datos que sean relevantes para resolver de manera rápida. Describa los daños de cada institución.



Situación de la salud (3)

Información de albergues (generalidades)													
Sitio/zona (1)	Nombre del albergue (2)	Población albergada (3)	Albergue oficial (4)		Albergue improvisado (5)		Albergue en casa de familias (6)		Recibe atención en salud		Reporta al SVE (7)	Observaciones	
			Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	

(*) 1 Identifique el lugar, ubicación, dirección o localización.
(*) 2 Escriba el nombre como se conoce el albergue .
(*) 3 Coloque el número aproximado de población albergada en la zona.
(*) 4 Señale con una X si o no el albergue se considera oficial.
(*) 5 Señale con una X si o no el albergue se considera improvisado.
(*) 6 Señale con una X si o no el albergue recibe atención médica.
(*) 7 Señale con una X si o no el albergue reporta al sistema de vigilancia epidemiológica.

Evaluación de la situación salud de adultos mayores de 60 años (1)

Evaluación general

Ubicación/zona	Nombre albergue o institución	Número de adultos mayores		Número de adultos con necesidades especiales				Heridos o enfermos		Fallecidos		Observaciones (*) ³								
		M	F	Enfermedad crónica	Necesidades funcionales (*) ²		Tratamiento local disponible	Requiere evacuación (*) ¹	M	F	M		F							
					M	F								M	F					

(*) 1 Pacientes que necesitan ser reubicados a causa de sus heridas o enfermedades o por la no disponibilidad de tratamiento.

(*) 2 Pacientes con disfuncionalidad auditiva, visual o de movilidad u otras, amplíelas en observaciones.

(*) 3 Especifique o amplíe necesidades o hallazgos que no sean explícitos en el formato y que sirvan para orientar en la toma de decisiones.



Evaluación de la situación de adultos mayores de 60 años (2)

Situación de salud y de vivienda															
Ubicación-zona	Nombre albergue o institución	Viviendo con familiares						Viviendo solos							
		Personas con enfermedades crónicas		Personas con limitaciones funcionales (*) 2		Personas con necesidades nutricionales especiales (*) 3		Personas con enfermedades crónicas		Personas con limitaciones funcionales		Personas con necesidades nutricionales especiales		Observaciones:	
		M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F		

(*) 1 Para aplicar en hogares de ancianos.
 (*) 2 Limitación funcional, visual, auditiva, de movilización, (otra) Identifique cuál en observaciones.
 (*) 3 Dieta blanda, baja en sal, en azúcar, otra identifique cuál? en observaciones.



Evaluación de la situación de salud de adultos mayores de 60 años (4)

Ubicación - zona	Nombre de la institución	Infraestructura del hogar geriátrico						Observaciones
		Número de residentes			Daños			
		Total	M	F	Completo (*)1	Parcial (*)2		

(*)1 Completo: daño total irreparable.

(*)2 Parcial: daño parcial: no destruido totalmente, podría repararse.



Evaluación de la situación de salud de adultos mayores de 60 años (5)

Ubicación - zona	Nombre de la institución	Necesidades de residentes en hogar geriátrico						Observaciones
		Números de residentes con enfermedades crónicas		Números de residentes con necesidades funcionales		Números de residentes con necesidades nutricionales especiales		
		M	F	M	F	M	F	

Evaluación de la situación salud de adultos mayores de 60 años (1)

Evaluación general																			
Ubicación/zona	Nombre albergue o institución		Número de adultos mayores		Número de adultos con necesidades especiales						Heridos o enfermos		Fallecidos		Observaciones (*) ³				
					Enfermedad crónica			Necesidades funcionales (*) ²								Tratamiento local disponible		Requiere evacuación (*) ¹	

(*) 1 Pacientes que necesitan ser reubicados a causa de sus heridas o enfermedades o por la no disponibilidad de tratamiento.
 (*) 2 Pacientes con disfuncionalidad auditiva, visual o de movilidad u otras, amplíelas en observaciones.
 (*) 3 Especifique o amplíe necesidades o hallazgos que no sean explícitos en el formato y que sirvan para orientar en la toma de decisiones.



Evaluación de la situación de adultos mayores de 60 años (2)

Situación de salud y de vivienda														
Ubicación-zona	Nombre albergue o institución	Viviendo con familiares			Viviendo solos									
		Personas con enfermedades crónicas (*)		Personas con limitaciones funcionales (*)	Personas con necesidades nutricionales especiales (*)		Personas con enfermedades crónicas		Personas con limitaciones funcionales		Personas con necesidades nutricionales especiales		Observaciones:	
		M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M		F

(*) 1 Para aplicar en hogares de ancianos.
 (*) 2 Limitación funcional, visual, auditiva, de movilización, (otra) Identifique cuál en observaciones.
 (*) 3 Dieta blanda, baja en sal, en azúcar, otra Identifique cuál? en observaciones.



Evaluación de la situación de salud de adultos mayores de 60 años (3)

Viviendo en albergues												
Ubicación - zona	Albergue o institución	Número de personas en albergues		Adultos mayores		Adulto mayor con enfermedad crónica		Número de mayores de 60 con limitación funcional		Número de adultos mayores con necesidades nutricionales especiales		Observaciones
		M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	



Evaluación de la situación de salud de adultos mayores de 60 años (4)

Infraestructura del hogar geriátrico											
Ubicación - zona	Nombre de la institución	Número de residentes				Daños		Observaciones			
		Total	M	F	Completo (*) ¹	Parcial (*) ²					

(*)1 Completo: daño total irreparable.

(*) 2 Parcial: daño parcial: no destruido totalmente, podría repararse.



Evaluación de la situación de salud de adultos mayores de 60 años (5)

Necesidades de residentes en hogar geriátrico							Observaciones	
Ubicación - zona	Nombre de la institución	Números de residentes con enfermedades crónicas		Números de residentes con necesidades funcionales		Números de residentes con necesidades nutricionales especiales		
		M	F	M	F	M	F	

Evaluación de la situación salud de adultos mayores de 60 años (1)

Evaluación general

Ubicación/zona	Nombre albergue o institución	Número de adultos mayores		Número de adultos con necesidades especiales				Heridos o enfermos		Fallecidos		Observaciones (*)3		
		M	F	Enfermedad crónica		Necesidades funcionales (*) 2		Tratamiento local disponible	Requiere evacuación (*) 1	M	F		M	F
				M	F	M	F							

(*) 1 Pacientes que necesitan ser reubicados a causa de sus heridas o enfermedades o por la no disponibilidad de tratamiento.
 (*) 2 Pacientes con disfuncionalidad auditiva, visual o de movilidad u otras, amplíelas en observaciones.
 (*) 3 Especifique o amplíe necesidades o hallazgos que no sean explícitos en el formato y que sirvan para orientar en la toma de decisiones.



Evaluación de la situación de adultos mayores de 60 años (2)

		Situación de salud y de vivienda												
Ubicación-zona	Nombre albergue o institución	Viviendo con familiares						Viviendo solos						
		Personas con enfermedades crónicas		Personas con limitaciones funcionales (*) 2		Personas con necesidades nutricionales especiales (*) 3		Personas con enfermedades crónicas		Personas con limitaciones funcionales		Personas con necesidades nutricionales especiales		Observaciones:
		M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	

(*) 1 Para aplicar en hogares de ancianos.

(*) 2 Limitación funcional, visual, auditiva, de movilización, (otra) Identifique cuál en observaciones.

(*) 3 Dieta blanda, baja en sal, en azúcar, otra identifique cuál? en observaciones.



Evaluación de la situación de salud de adultos mayores de 60 años (3)

Ubicación - zona	Albergue o institución	Viviendo en albergues												Observaciones				
		Número de personas en albergues		Adultos mayores		Adulto mayor con enfermedad crónica		Número de mayores de 60 con limitación funcional		Número de adultos mayores con necesidades nutricionales especiales								
		M	F	M	F	M	F	M	F	M	F							



Evaluación de la situación de salud de adultos mayores de 60 años (4)

Infraestructura del hogar geriátrico							
Ubicación - zona	Nombre de la institución	Número de residentes			Daños		Observaciones
		Total	M	F	Completo (*)1	Parcial (*)2	

(*)1 Completo: daño total irreparable.

(*) 2 Parcial: daño parcial: no destruido totalmente, podría repararse.



Evaluación de la situación de salud de adultos mayores de 60 años (5)

Necesidades de residentes en hogar geriátrico								
Ubicación - zona	Nombre de la institución	Números de residentes con enfermedades crónicas		Números de residentes con necesidades funcionales		Números de residentes con necesidades nutricionales especiales		Observaciones
		M	F	M	F	M	F	

Evaluación de la situación salud de adultos mayores de 60 años (1)

Evaluación general													
Ubicación/zona	Nombre albergue o institución	Número de adultos mayores		Número de adultos con necesidades especiales				Heridos o enfermos		Fallecidos		Observaciones (*) ³	
				Enfermedad crónica		Necesidades funcionales (*) ²		Tratamiento local disponible	Requiere evacuación (*) ¹		M		F
				M	F	M	F		M	F			

(*) 1 Pacientes que necesitan ser reubicados a causa de sus heridas o enfermedades o por la no disponibilidad de tratamiento.
 (*) 2 Pacientes con disfuncionalidad auditiva, visual o de movilidad u otras, amplíelas en observaciones.
 (*) 3 Especifique o amplíe necesidades o hallazgos que no sean explícitos en el formato y que sirvan para orientar en la toma de decisiones.



Evaluación de la situación de adultos mayores de 60 años (2)

Situación de salud y de vivienda																
Ubicación-zona	Nombre albergue o institución	Viviendo con familiares						Viviendo solos								
		Personas con enfermedades crónicas		Personas con limitaciones funcionales (*) 2		Personas con necesidades nutricionales especiales (*) 3		Personas con enfermedades crónicas		Personas con limitaciones funcionales		Personas con necesidades nutricionales especiales		Observaciones:		
		M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F			

(*) 1 Para aplicar en hogares de ancianos.
 (*) 2 Limitación funcional, visual, auditiva, de movilización, (otra) Identifique cuál en observaciones.
 (*) 3 Dieta blanda, baja en sal, en azúcar, otra identifique cuál? en observaciones.



Evaluación de la situación de salud de adultos mayores de 60 años (3)

Viviendo en albergues								Observaciones					
Ubicación - zona	Albergue o institución	Número de personas en albergues		Adultos mayores		Adulto mayor con enfermedad crónica			Número de mayores de 60 con limitación funcional		Número de adultos mayores con necesidades nutricionales especiales		
		M	F	M	F	M	F		M	F	M	F	



Evaluación de la situación de salud de adultos mayores de 60 años (4)

Infraestructura del hogar geriátrico							
Ubicación - zona	Nombre de la institución	Número de residentes			Daños		Observaciones
		Total	M	F	Completo (*) ¹	Parcial (*) ²	

(*)1 Completo: daño total irreparable.
(*) 2 Parcial: daño parcial: no destruido totalmente, podría repararse.



Evaluación de la situación de salud de adultos mayores de 60 años (5)

Ubicación - zona	Nombre de la institución	Necesidades de residentes en hogar geriátrico						Observaciones
		Números de residentes con enfermedades crónicas		Números de residentes con necesidades funcionales		Números de residentes con necesidades nutricionales especiales		
		M	F	M	F	M	F	

Evaluación de la situación salud de adultos mayores de 60 años (1)

Evaluación general												
Ubicación/zona	Nombre albergue o institución	Número de adultos mayores		Número de adultos con necesidades especiales				Heridos o enfermos		Fallecidos		Observaciones (*) ³
		M	F	Enfermedad crónica	Necesidades funcionales (*) ²	Tratamiento local disponible	Requiere evacuación (*) ¹	M	F	M	F	

(*) 1 Pacientes que necesitan ser reubicados a causa de sus heridas o enfermedades o por la no disponibilidad de tratamiento.
 (*) 2 Pacientes con disfuncionalidad auditiva, visual o de movilidad u otras, amplíelas en observaciones.
 (*) 3 Especifique o amplíe necesidades o hallazgos que no sean explícitos en el formato y que sirvan para orientar en la toma de decisiones.



Evaluación de la situación de adultos mayores de 60 años (2)

Situación de salud y de vivienda														Observaciones:		
Ubicación-zona	Nombre albergue o institución	Viviendo con familiares						Viviendo solos								
		Personas con enfermedades crónicas		Personas con limitaciones funcionales (*) 2		Personas con necesidades nutricionales especiales (*) 3		Personas con enfermedades crónicas		Personas con limitaciones funcionales		Personas con necesidades nutricionales especiales				
		M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F			

(*) 1 Para aplicar en hogares de ancianos.

(*) 2 Limitación funcional, visual, auditiva, de movilización, (otra) Identifique cuál en observaciones.

(*) 3 Dieta blanda, baja en sal, en azúcar, otra Identifique cuál? en observaciones.



Evaluación de la situación de salud de adultos mayores de 60 años (3)

Viviendo en albergues

Ubicación - zona	Albergue o institución	Número de personas en albergues		Adultos mayores		Adulto mayor con enfermedad crónica		Número de mayores de 60 con limitación funcional		Número de adultos mayores con necesidades nutricionales especiales		Observaciones
		M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	



Evaluación de la situación de salud de adultos mayores de 60 años (4)

Infraestructura del hogar geriátrico									
Ubicación - zona	Nombre de la institución	Número de residentes			Daños		Observaciones		
		Total	M	F	Completo (*) ¹	Parcial (*) ²			

(*)1 Completo: daño total irreparable.

(*) 2 Parcial: daño parcial: no destruido totalmente, podría repararse.



Evaluación de la situación de salud de adultos mayores de 60 años (5)

Ubicación - zona	Nombre de la institución	Necesidades de residentes en hogar geriátrico						Observaciones
		Números de residentes con enfermedades crónicas		Números de residentes con necesidades funcionales		Números de residentes con necesidades nutricionales especiales		
		M	F	M	F	M	F	

Salud mental, lista de verificación

Aspectos a evaluar	Si	No	Observaciones
1. Entidad reguladora (*) 1			Escriba el nombre:
			Número de contacto Tel.:
2. Existencia de plan de salud mental en desastres (*) 2			
3. Recursos disponibles (*) 3			
Financieros			
Humanos			
Equipos y logística			
4. Lugares prioritarios de intervención (*) 4			

(*)5 ASPECTOS A EVALUAR DEL PLAN DE SALUD MENTAL

	Si	No	Observaciones	
1. Base conceptual: protocolos procedimientos concertados				
2. Objetivos				
3. Diagnóstico preliminar				
4. Atención psicosocial				
5. Capacitación y fortalecimiento del sistema local en salud mental				
6. Promoción y educación en salud mental				
7. Comunicación social				
8. Organización comunitaria				
9. Coordinación intersectorial				
10. Vigilancia epidemiológica				
11. Referencia y contrarreferencia				
(*)6 Otras agencias / ONG	Lugares de intervención	Recursos	Actividades	Responsable

(*) 1 Registre sí existe o no una entidad reguladora del plan para asistencia y apoyo psicosocial e identifíquela.

(*) 2 Existe Sí o No un plan de salud mental para desastres y se está aplicando.

(*) 3 Registre Sí o No están contemplados los recursos económicos.

(*) 4 Registre Sí o No tiene el plan ubicados los lugares y comunidades prioritarias a intervenir.

(*) 5 Registre Sí o No el plan cubre los aspectos descritos.

(*) 6 Registre si hay agencias, entidades u ONG trabajando en salud mental y los lugares donde se llevan a cabo.

Salud mental, lista de verificación

Aspectos a evaluar	Si	No	Observaciones
1. Entidad reguladora (*) 1			Escriba el nombre:
			Número de contacto Tel.:
2. Existencia de plan de salud mental en desastres (*) 2			
3. Recursos disponibles (*) 3			
Financieros			
Humanos			
Equipos y logística			
4. Lugares prioritarios de intervención (*) 4			

(*)5 ASPECTOS A EVALUAR DEL PLAN DE SALUD MENTAL

	Si	No	Observaciones		
1. Base conceptual: protocolos procedimientos concertados					
2. Objetivos					
3. Diagnóstico preliminar					
4. Atención psicosocial					
5. Capacitación y fortalecimiento del sistema local en salud mental					
6. Promoción y educación en salud mental					
7. Comunicación social					
8. Organización comunitaria					
9. Coordinación intersectorial					
10. Vigilancia epidemiológica					
11. Referencia y contrarreferencia					
(*)6 Otras agencias / ONG	Lugares de intervención	Recursos	Actividades	Responsable	

(*) 1 Registre sí existe o no una entidad reguladora del plan para asistencia y apoyo psicosocial e identifíquela.

(*) 2 Existe Sí o No un plan de salud mental para desastres y se está aplicando.

(*) 3 Registre Sí o No están contemplados los recursos económicos.

(*) 4 Registre Sí o No tiene el plan ubicados los lugares y comunidades prioritarias a intervenir.

(*) 5 Registre Sí o No el plan cubre los aspectos descritos.

(*) 6 Registre si hay agencias, entidades u ONG trabajando en salud mental y los lugares donde se llevan a cabo.

Salud mental, lista de verificación

Aspectos a evaluar	Si	No	Observaciones
1. Entidad reguladora (*) 1			Escriba el nombre:
			Número de contacto Tel.:
2. Existencia de plan de salud mental en desastres (*) 2			
3. Recursos disponibles (*) 3			
Financieros			
Humanos			
Equipos y logística			
4. Lugares prioritarios de intervención (*) 4			

(*)5 ASPECTOS A EVALUAR DEL PLAN DE SALUD MENTAL

	Si	No	Observaciones		
1. Base conceptual: protocolos procedimientos concertados					
2. Objetivos					
3. Diagnóstico preliminar					
4. Atención psicosocial					
5. Capacitación y fortalecimiento del sistema local en salud mental					
6. Promoción y educación en salud mental					
7. Comunicación social					
8. Organización comunitaria					
9. Coordinación intersectorial					
10. Vigilancia epidemiológica					
11. Referencia y contrarreferencia					
(*)6 Otras agencias / ONG	Lugares de intervención	Recursos	Actividades	Responsable	

(*) 1 Registre sí existe o no una entidad reguladora del plan para asistencia y apoyo psicosocial e identifíquela.

(*) 2 Existe Sí o No un plan de salud mental para desastres y se está aplicando.

(*) 3 Registre Sí o No están contemplados los recursos económicos.

(*) 4 Registre Sí o No tiene el plan ubicados los lugares y comunidades prioritarias a intervenir.

(*) 5 Registre Sí o No el plan cubre los aspectos descritos.

(*) 6 Registre si hay agencias, entidades u ONG trabajando en salud mental y los lugares donde se llevan a cabo.

Salud mental, lista de verificación

Aspectos a evaluar	Si	No	Observaciones
1. Entidad reguladora (*) 1			Escriba el nombre:
			Número de contacto Tel.:
2. Existencia de plan de salud mental en desastres (*) 2			
3. Recursos disponibles (*) 3			
Financieros			
Humanos			
Equipos y logística			
4. Lugares prioritarios de intervención (*) 4			

(*)5 ASPECTOS A EVALUAR DEL PLAN DE SALUD MENTAL

	Si	No	Observaciones		
1. Base conceptual: protocolos procedimientos concertados					
2. Objetivos					
3. Diagnóstico preliminar					
4. Atención psicosocial					
5. Capacitación y fortalecimiento del sistema local en salud mental					
6. Promoción y educación en salud mental					
7. Comunicación social					
8. Organización comunitaria					
9. Coordinación intersectorial					
10. Vigilancia epidemiológica					
11. Referencia y contrarreferencia					
(*)6 Otras agencias / ONG	Lugares de intervención	Recursos	Actividades	Responsable	

(*) 1 Registre sí existe o no una entidad reguladora del plan para asistencia y apoyo psicosocial e identifíquela.

(*) 2 Existe Sí o No un plan de salud mental para desastres y se está aplicando.

(*) 3 Registre Sí o No están contemplados los recursos económicos.

(*) 4 Registre Sí o No tiene el plan ubicados los lugares y comunidades prioritarias a intervenir.

(*) 5 Registre Sí o No el plan cubre los aspectos descritos.

(*) 6 Registre si hay agencias, entidades u ONG trabajando en salud mental y los lugares donde se llevan a cabo.

Salud mental, lista de verificación

Aspectos a evaluar	Si	No	Observaciones
1. Entidad reguladora (*) 1			Escriba el nombre:
			Número de contacto Tel.:
2. Existencia de plan de salud mental en desastres (*) 2			
3. Recursos disponibles (*) 3			
Financieros			
Humanos			
Equipos y logística			
4. Lugares prioritarios de intervención (*) 4			

(*)5 ASPECTOS A EVALUAR DEL PLAN DE SALUD MENTAL

	Si	No	Observaciones		
1. Base conceptual: protocolos procedimientos concertados					
2. Objetivos					
3. Diagnóstico preliminar					
4. Atención psicosocial					
5. Capacitación y fortalecimiento del sistema local en salud mental					
6. Promoción y educación en salud mental					
7. Comunicación social					
8. Organización comunitaria					
9. Coordinación intersectorial					
10. Vigilancia epidemiológica					
11. Referencia y contrarreferencia					
(*)6 Otras agencias / ONG	Lugares de intervención	Recursos	Actividades	Responsable	

(*) 1 Registre sí existe o no una entidad reguladora del plan para asistencia y apoyo psicosocial e identifíquela.

(*) 2 Existe Sí o No un plan de salud mental para desastres y se está aplicando.

(*) 3 Registre Sí o No están contemplados los recursos económicos.

(*) 4 Registre Sí o No tiene el plan ubicados los lugares y comunidades prioritarias a intervenir.

(*) 5 Registre Sí o No el plan cubre los aspectos descritos.

(*) 6 Registre si hay agencias, entidades u ONG trabajando en salud mental y los lugares donde se llevan a cabo.

Evaluación de los sistemas de agua

Lugar (sitio)	Población total (*) 1	Disponibilidad de servicio de agua (*) 2		Tratamiento previo (*) 3		Daño en fuentes (*) 4		Daño tanques de almacenamiento (*) 5		Líneas de conducción (*) 6		Tiempo estimado rehabilitación (*) 7	Medios locales para rehabilitación (*) 8		Observaciones
		Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No		Si	No	

(*) 1 Población total: Población aproximada del lugar referido.
(*) 2 Señale con una X si tiene o no servicio de agua potable y la población (número aproximado) que tiene el servicio o que no tiene.
(*) 3 Señale con una X si el agua suministrada tiene o no tratamiento, si no conoce escriba las observaciones.
(*) 4 Señale si hay o no daño en las fuentes de agua o tanques de almacenamiento y los m3 que calcula se han perdido.
(*) 5 Señale con una X si hay o no daño en las líneas de conducción y los metros lineales dañados aproximadamente, si tiene la información.
(*) 6 Señale si conoce el tiempo que podría tardar la rehabilitación; escriballo en días, meses o años si es el caso.
(*) 7 Escriba el tiempo estimado de rehabilitación.
(*) 8 Señale con una X si hay o no medios locales para la rehabilitación.
Nota: Si el sitio fue afectado; pero no tiene información registre en observaciones.

Evaluación de los sistemas de agua

Lugar (sitio)	Pobla- ción total (*) 1	Disponibilidad de servicio de agua (*) 2		Trata- miento previo (*) 3		Daño en fuentes (*) 4		Daño tanques de almace- namiento (*) 5		Líneas de conducción (*) 6		Tiempo estimado rehabilitación (*) 7	Medios locales para rehabilita- ción(*) 8		Observaciones
		Si	No	Pob.	Si	No	Si	No	M3	Si	No		mts	días/mes/año	

(*) 1 Población total: Población aproximada del lugar referido.

(*) 2 Señale con una X si tiene o no servicio de agua potable y la población (número aproximado) que tiene el servicio o que no tiene.

(*) 3 Señale con una X si el agua suministrada tiene o no tratamiento, si no conoce escriba las observaciones.

(*) 4 Señale si hay o no daño en las fuentes de agua o tanques de almacenamiento y los m3 que calcula se han perdido.

(*) 5 Señale con una X si hay o no daño en las líneas de conducción y los metros lineales dañados aproximadamente, si tiene la información.

(*) 6 Señale si conoce el tiempo que podría tardar la rehabilitación; escríbalo en días, meses o años si es el caso.

(*) 7 Escriba el tiempo estimado de rehabilitación.

(*) 8 Señale con una X si hay o no medios locales para la rehabilitación.

Nota: Si el sitio fue afectado; pero no tiene información registre en observaciones.

Evaluación de los sistemas de agua

Lugar (sitio)	Población total (*) 1	Disponibilidad de servicio de agua (*) 2		Tratamiento previo (*) 3		Daño en fuentes (*) 4		Daño tanques de almacenamiento (*) 5		Líneas de conducción (*) 6		Tiempo estimado rehabilitación (*) 7	Medios locales para rehabilitación (*) 8		Observaciones	
		Si	No	Pob.	Si	No	M3	Si	No	M3	Si		No	Si		No

(*) 1 Población total: Población aproximada del lugar referido.
 (*) 2 Señale con una X si tiene o no servicio de agua potable y la población (número aproximado) que tiene el servicio o que no tiene.
 (*) 3 Señale con una X si el agua suministrada tiene o no tratamiento, si no conoce escriba las observaciones.
 (*) 4 Señale si hay o no daño en las fuentes de agua o tanques de almacenamiento y los m3 que calcula se han perdido.
 (*) 5 Señale con una X si hay o no daño en las líneas de conducción y los metros lineales dañados aproximadamente, si tiene la información.
 (*) 6 Señale si conoce el tiempo que podría tardar la rehabilitación; escríbalo en días, meses o años si es el caso.
 (*) 7 Escriba el tiempo estimado de rehabilitación.
 (*) 8 Señale con una X si hay o no medios locales para la rehabilitación.
 Nota: Si el sitio fue afectado; pero no tiene información regístrelo en observaciones.

Evaluación de los sistemas de agua

Lugar (sitio)	Población total (*) 1	Disponibilidad de servicio de agua (*) 2		Tratamiento previo (*) 3		Daño en fuentes (*) 4		Daño tanques de almacenamiento (*) 5		Líneas de conducción (*) 6		Tiempo estimado rehabilitación (*) 7	Medios locales para rehabilitación (*) 8		Observaciones
		Si	No	Pob.	Si	No	Si	No	M3	Si	No		mts	Si	

(*) 1 Población total: Población aproximada del lugar referido.
 (*) 2 Señale con una X si tiene o no servicio de agua potable y la población (número aproximado) que tiene el servicio o que no tiene.
 (*) 3 Señale con una X si el agua suministrada tiene o no tratamiento, si no conoce escriba las observaciones.
 (*) 4 Señale si hay o no daño en las fuentes de agua o tanques de almacenamiento y los m3 que calcula se han perdido.
 (*) 5 Señale con una X si hay o no daño en las líneas de conducción y los metros lineales dañados aproximadamente, si tiene la información.
 (*) 6 Señale si conoce el tiempo que podría tardar la rehabilitación; escribalo en días, meses o años si es el caso.
 (*) 7 Escriba el tiempo estimado de rehabilitación.
 (*) 8 Señale con una X si hay o no medios locales para la rehabilitación.
 Nota: Si el sitio fue afectado; pero no tiene información registre en observaciones.

Control de calidad de agua

No.	Nombre o ubicación de lugar de tomas de muestra (*)1	Fecha (d-m-a)	Nombre del agente desinfectante (*)2	Cloro residual (*)3	Responsable (*)4	Observaciones (*)5
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						

(*) 1 Nombre del sitio donde hizo la prueba o tomó la muestra. Para que sea fácil ubicarte después.

(*) 2 Nombre o símbolo del agente desinfectante utilizado. (Cl, Ag, otros?).

(*) 3 Registre el valor encontrado de cloro si es el caso, ó NA si no aplica.

(*) 4 Escriba nombre del responsable de tomar la muestra o hacer la medición.

(*) 5 Registre las observaciones sobre las condiciones higiénico sanitarias o la distribución o la cantidad o el suministro de agua que considere pertinente o las condiciones de almacenamiento y la posible solución del problema.

Control de calidad de agua

No.	Nombre o ubicación de lugar de tomas de muestra (*) ¹	Fecha (d-m-a)	Nombre del agente desinfectante (*) ²	Cloro residual (*) ³	Responsable (*) ⁴	Observaciones (*) ⁵
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						

(*) 1 Nombre del sitio donde hizo la prueba o tomó la muestra. Para que sea fácil ubicarte después.

(*) 2 Nombre o símbolo del agente desinfectante utilizado. (Cl, Ag, otros?).

(*) 3 Registre el valor encontrado de cloro si es el caso, ó NA si no aplica.

(*) 4 Escriba nombre del responsable de tomar la muestra o hacer la medición.

(*) 5 Registre las observaciones sobre las condiciones higiénico sanitarias o la distribución o la cantidad o el suministro de agua que considere pertinente o las condiciones de almacenamiento y la posible solución del problema..

Control de calidad de agua

No.	Nombre o ubicación de lugar de tomas de muestra (*)1	Fecha (d-m-a)	Nombre del agente desinfectante (*)2	Cloro residual (*)3	Responsable (*)4	Observaciones (*)5
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						

(*) 1 Nombre del sitio donde hizo la prueba o tomó la muestra. Para que sea fácil ubicarte después.

(*) 2 Nombre o símbolo del agente desinfectante utilizado. (Cl, Ag, otros?).

(*) 3 Registre el valor encontrado de cloro si es el caso, ó NA si no aplica.

(*) 4 Escriba nombre del responsable de tomar la muestra o hacer la medición.

(*) 5 Registre las observaciones sobre las condiciones higiénico sanitarias o la distribución o la cantidad o el suministro de agua que considere pertinente o las condiciones de almacenamiento y la posible solución del problema.

Control de calidad de agua

No.	Nombre o ubicación de lugar de tomas de muestra (*) 1	Fecha (d-m-a)	Nombre del agente desinfectante (*) 2	Cloro residual (*) 3	Responsable (*) 4	Observaciones (*) 5
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						

(*) 1 Nombre del sitio donde hizo la prueba o tomó la muestra. Para que sea fácil ubicarla después.

(*) 2 Nombre o símbolo del agente desinfectante utilizado. (Cl, Ag, otros?).

(*) 3 Registre el valor encontrado de cloro si es el caso, ó NA si no aplica.

(*) 4 Escriba nombre del responsable de tomar la muestra o hacer la medición.

(*) 5 Registre las observaciones sobre las condiciones higiénico sanitarias o la distribución o la cantidad o el suministro de agua que considere pertinente o las condiciones de almacenamiento y la posible solución del problema.

Control de calidad de agua

No.	Nombre o ubicación de lugar de tomas de muestra (*) 1	Fecha (d-m-a)	Nombre del agente desinfectante (*) 2	Cloro residual (*) 3	Responsable (*) 4	Observaciones (*) 5
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						

(*) 1 Nombre del sitio donde hizo la prueba o tomó la muestra. Para que sea fácil ubicarla después.

(*) 2 Nombre o símbolo del agente desinfectante utilizado. (Cl, Ag, otros?).

(*) 3 Registre el valor encontrado de cloro si es el caso, ó NA si no aplica.

(*) 4 Escriba nombre del responsable de tomar la muestra o hacer la medición.

(*) 5 Registre las observaciones sobre las condiciones higiénico sanitarias o la distribución o la cantidad o el suministro de agua que considere pertinente o las condiciones de almacenamiento y la posible solución del problema..

Evaluación de la situación de saneamiento en albergues

Lugar (*)1	# Personas albergadas	Litros de agua (*)2	Saneamiento ambiental				Vigilancia de la inocuidad alimentos (*)3		Otros especifique	Observaciones (*)4
			Adecuada disposi- ción de excretas (*)3		Drenaje, aguas servidas (*)3		Disposición de residuos sólidos (*)3			
			Si	No	Si	No	Si	No		

(*)1 Identifique el sitio o nombre del albergue para ubicarlo posteriormente.
 (*)2 Escriba en litros la cantidad de agua al día (aproximadamente) que recibe el albergue o escriba No, si no hay disponibilidad o NF (no funciona) si es irregular el suministro.
 (*)3 Escriba Si o No existe el proceso nombrado o NF si es irregular o requiere intervención, en el albergue.
 (*)4 En observaciones registre lo complementario y relevante para comprender el problema registrado y o promover la solución.

Evaluación de la situación de saneamiento en albergues

Lugar (*1)	# Personas albergadas	Litros de agua (*2)	Saneamiento ambiental						Vigilancia de la inocuidad alimentos (*3)	Otros específico	Observaciones (*4)
			Adecuada disposición de excretas (*3)		Drenaje, aguas servidas (*3)		Disposición de residuos sólidos (*3)				
			Si	No	Si	No	Si	No			

(*1) Identifique el sitio o nombre del albergue para ubicarlo posteriormente.
 (*2) Escriba en litros la cantidad de agua al día (aproximadamente) que recibe el albergue o escriba No, si no hay disponibilidad o NF (no funciona) si es irregular el suministro.
 (*3) Escriba Si o No existe el proceso nombrado o NF si es irregular o requiere intervención, en el albergue.
 (*4) En observaciones registre lo complementario y relevante para comprender el problema registrado y o promover la solución.

Evaluación de la situación de saneamiento en albergues

Lugar ^{(*)1}	# Personas albergadas	Litros de agua ^{(*)2}	Saneamiento ambiental				Vigilancia de la inocuidad alimentos ^{(*)3}	Otros específico	Observaciones ^{(*)4}		
			Adecuada disposición de excretas ^{(*)3}		Drenaje, aguas servidas ^{(*)3}					Disposición de residuos sólidos ^{(*)3}	
			Si	No	Si	No				Si	No

(*)1 Identifique el sitio o nombre del albergue para ubicarlo posteriormente.
 (*)2 Escriba en litros la cantidad de agua al día (aproximadamente) que recibe el albergue o escriba No, si no hay disponibilidad o NF (no funciona) si es irregular el suministro.
 (*)3 Escriba Si o No existe el proceso nombrado o NF si es irregular o requiere intervención, en el albergue.
 (*)4 En observaciones registre lo complementario y relevante para comprender el problema registrado y o promover la solución.

Evaluación de la situación de saneamiento en albergues

Lugar (*1)	# Personas albergadas	Litros de agua (*2)	Saneamiento ambiental				Vigilancia de la inocuidad alimentos (*3)	Otros especifique	Observaciones (*4)		
			Adecuada disposi- ción de excretas (*3)		Drenaje, aguas servidas (*3)					Disposición de residuos sólidos (*3)	
			Si	No	Si	No				Si	No

(*1) Identifique el sitio o nombre del albergue para ubicarlo posteriormente.

(*2) Escriba en litros la cantidad de agua al día (aproximadamente) que recibe el albergue o escriba No, si no hay disponibilidad o NF (no funciona) si es irregular el suministro.

(*3) Escriba Si o No existe el proceso nombrado o NF si es irregular o requiere intervención, en el albergue.

(*4) En observaciones registre lo complementario y relevante para comprender el problema registrado y o promover la solución.

Evaluación de daños post-desastre en instalaciones de salud

Evento: _____		Fecha de evaluación: _____				
Nombre del evaluador: _____			No. camas: _____		Pre-Evento: _____	
Institución: _____			Post-Evento: _____			
	Estado del servicio	Recursos humanos	Suministros	Equipo	Infraestructura	Observaciones (identifique lo registrado)
Medicina general						
Cirugía general						
Gineco-obstetricia						
Pediatría						
Sala de cirugía						
Consulta ambulatoria						
Emergencias						
Farmacia						
Rayos X						
Laboratorio						
Fisioterapia						
Lavandería						
Central-esterilización						
Nutrición						
Transportes						
Morgue						
Electricidad		N/A	N/A			
Suministro de agua		N/A	N/A			
Teléfonos		N/A	N/A			
Radioteléfono						

Convenciones: Llene las casillas de acuerdo a los códigos que corresponden; cualquier aclaración colóquela en la casilla de observaciones.

Código	Estado de Servicio	Personal	Suministros	Equipo	Infraestructura	Código
0	Sin servicio	Sin personal	No suministros	No funciona	No funciona	0
1	Sólo servicio de emergencias	Sólo personal de emergencias	Sólo suministros de Emergencias	Daño moderado función limitada	Daño moderado función limitada	1
2	Servicio limitado	Personal limitado	Suministros limitados	Daño menor funcional	Daño menor	2
3	Servicio normal	Personal normal	Suministros normales	Sin daño	Funcional	3
X	No disponible	No disponible	Suministros no funcionan normalmente	Equipo no funciona normalmente	Sin daño	X

Evaluación de daños post-desastre en instalaciones de salud

Evento: _____		Fecha de evaluación: _____				
Nombre del evaluador: _____			No. camas: _____		Pre-Evento: _____	
Institución: _____			Post-Evento: _____			
	Estado del servicio	Recursos humanos	Suministros	Equipo	Infraestructura	Observaciones (identifique lo registrado)
Medicina general						
Cirugía general						
Gineco-obstetricia						
Pediatría						
Sala de cirugía						
Consulta ambulatoria						
Emergencias						
Farmacia						
Rayos X						
Laboratorio						
Fisioterapia						
Lavandería						
Central-esterilización						
Nutrición						
Transportes						
Morgue						
Electricidad		N/A	N/A			
Suministro de agua		N/A	N/A			
Teléfonos		N/A	N/A			
Radioteléfono						

Convenciones: Llene las casillas de acuerdo a los códigos que corresponden; cualquier aclaración colóquela en la casilla de observaciones.

Código	Estado de Servicio	Personal	Suministros	Equipo	Infraestructura	Código
0	Sin servicio	Sin personal	No suministros	No funciona	No funciona	0
1	Sólo servicio de emergencias	Sólo personal de emergencias	Sólo suministros de Emergencias	Daño moderado función limitada	Daño moderado función limitada	1
2	Servicio limitado	Personal limitado	Suministros limitados	Daño menor funcional	Daño menor	2
3	Servicio normal	Personal normal	Suministros normales	Sin daño	Funcional	3
X	No disponible	No disponible	Suministros no funcionan normalmente	Equipo no funciona normalmente	Sin daño	X

Evaluación de daños post-desastre en instalaciones de salud

Evento: _____		Fecha de evaluación: _____				
Nombre del evaluador: _____			No. camas: _____		Pre-Evento: _____	
Institución: _____			Post-Evento: _____			
	Estado del servicio	Recursos humanos	Suministros	Equipo	Infraestructura	Observaciones (identifique lo registrado)
Medicina general						
Cirugía general						
Gineco-obstetricia						
Pediatría						
Sala de cirugía						
Consulta ambulatoria						
Emergencias						
Farmacia						
Rayos X						
Laboratorio						
Fisioterapia						
Lavandería						
Central-esterilización						
Nutrición						
Transportes						
Morgue						
Electricidad		N/A	N/A			
Suministro de agua		N/A	N/A			
Teléfonos		N/A	N/A			
Radioteléfono						

Convenciones: Llene las casillas de acuerdo a los códigos que corresponden; cualquier aclaración colóquela en la casilla de observaciones.

Código	Estado de Servicio	Personal	Suministros	Equipo	Infraestructura	Código
0	Sin servicio	Sin personal	No suministros	No funciona	No funciona	0
1	Sólo servicio de emergencias	Sólo personal de emergencias	Sólo suministros de Emergencias	Daño moderado función limitada	Daño moderado función limitada	1
2	Servicio limitado	Personal limitado	Suministros limitados	Daño menor funcional	Daño menor	2
3	Servicio normal	Personal normal	Suministros normales	Sin daño	Funcional	3
X	No disponible	No disponible	Suministros no funcionan normalmente	Equipo no funciona normalmente	Sin daño	X

Evaluación de daños post-desastre en instalaciones de salud

Evento: _____		Fecha de evaluación: _____				
Nombre del evaluador: _____			No. camas: _____		Pre-Evento: _____	
Institución: _____			Post-Evento: _____			
	Estado del servicio	Recursos humanos	Suministros	Equipo	Infraestructura	Observaciones (identifique lo registrado)
Medicina general						
Cirugía general						
Gineco-obstetricia						
Pediatría						
Sala de cirugía						
Consulta ambulatoria						
Emergencias						
Farmacia						
Rayos X						
Laboratorio						
Fisioterapia						
Lavandería						
Central-esterilización						
Nutrición						
Transportes						
Morgue						
Electricidad		N/A	N/A			
Suministro de agua		N/A	N/A			
Teléfonos		N/A	N/A			
Radioteléfono						

Convenciones: Llene las casillas de acuerdo a los códigos que corresponden; cualquier aclaración colóquela en la casilla de observaciones.

Código	Estado de Servicio	Personal	Suministros	Equipo	Infraestructura	Código
0	Sin servicio	Sin personal	No suministros	No funciona	No funciona	0
1	Sólo servicio de emergencias	Sólo personal de emergencias	Sólo suministros de Emergencias	Daño moderado función limitada	Daño moderado función limitada	1
2	Servicio limitado	Personal limitado	Suministros limitados	Daño menor funcional	Daño menor	2
3	Servicio normal	Personal normal	Suministros normales	Sin daño	Funcional	3
X	No disponible	No disponible	Suministros no funcionan normalmente	Equipo no funciona normalmente	Sin daño	X

Evaluación de daños post-desastre en instalaciones de salud

Evento: _____		Fecha de evaluación: _____				
Nombre del evaluador: _____			No. camas: _____		Pre-Evento: _____	
Institución: _____			Post-Evento: _____			
	Estado del servicio	Recursos humanos	Suministros	Equipo	Infraestructura	Observaciones (identifique lo registrado)
Medicina general						
Cirugía general						
Gineco-obstetricia						
Pediatría						
Sala de cirugía						
Consulta ambulatoria						
Emergencias						
Farmacia						
Rayos X						
Laboratorio						
Fisioterapia						
Lavandería						
Central-esterilización						
Nutrición						
Transportes						
Morgue						
Electricidad		N/A	N/A			
Suministro de agua		N/A	N/A			
Teléfonos		N/A	N/A			
Radioteléfono						

Convenciones: Llene las casillas de acuerdo a los códigos que corresponden; cualquier aclaración colóquela en la casilla de observaciones.

Código	Estado de Servicio	Personal	Suministros	Equipo	Infraestructura	Código
0	Sin servicio	Sin personal	No suministros	No funciona	No funciona	0
1	Sólo servicio de emergencias	Sólo personal de emergencias	Sólo suministros de Emergencias	Daño moderado función limitada	Daño moderado función limitada	1
2	Servicio limitado	Personal limitado	Suministros limitados	Daño menor funcional	Daño menor	2
3	Servicio normal	Personal normal	Suministros normales	Sin daño	Funcional	3
X	No disponible	No disponible	Suministros no funcionan normalmente	Equipo no funciona normalmente	Sin daño	X

Equipo de vigilancia epidemiológica post-desastre

Equipo	• Jeringas/aguja 10 cc
	• Tubo al vacío (tapa roja) y agujas
	• Contenedores plásticos estériles para muestras de agua, incluyendo tiosulfato de sodio
	• Herramientas para muestreo desechables
	• Comparador de cloro con sus colorantes.
	• Hisopos de alcohol en paquetes individuales
	• Ropa desechable
	• Tabletas fluorescentes
	• Formatos de evacuación de la entidad de salud
	• Formatos de enfermedades producidas por consumo de alimentos/gastroenteritis, para búsqueda de hepatitis viral, difteria, poliomielitis, tifoidea, dengue, tétano, malaria, según sea el caso para hacer búsqueda.
	• Papel en blanco
	• Clavijas de mapeo
	• Papel de gráfica
	• Regla
	• Cinta para la prueba <i>Sanitizer test</i>
	• Termómetros (<i>dial type</i> - 10 to 110)
• Cinta métrica	

Posible equipo extra	• Equipo <i>millipore</i> portátil para prueba de agua (1)
	• Lámpara ultravioleta
	• Medida doméstica estandarizada, 500 ml.
	• Tablero de control
	• Lupa
	• Tubos colectores (1 doz)
	• Brújula, GPS
	• “ <i>Plumb rod</i> ” (1)
	• “ <i>Spirit level</i> ” (1)
	• “ <i>Mosquito larvae dipper</i> ”
	• Aspirador con tubos tapados (para coleccionar mosquitos)
	• Manómetros de agua, las presiones positivas y negativas
	• “ <i>Hand level</i> ”
	• <i>Kit</i> rápido de determinación de fosfatos

Formato diario de vigilancia epidemiología (sintomático) ^{(*)1}

Nombre del Hospital/Instalación de Salud/Albergue										
Nombre					Ubicación/Ciudad/ Lugar					
Funcionario que diligencia el formato: _____										
Fecha: _____										
CONDICIONES DE SALUD / SÍNTOMAS										
Signo, síntoma o condición	Grupos de Edad									Observaciones
	<5		5 - 14		15 - 54		55+		Total	
	M	F	M	F	M	F	M	F		
Fiebre										
Fiebre y tos										
Fiebre y urticaria (brote en la piel)										
Fiebre y puntos de hemorragia (petequias)										
Diarrea										
Ictericia (piel amarilla)										
Otras condiciones (nómbrelas)										
Heridos ^{(*)3}										
Muertos ^{(*)3}										
Pacientes con discapacidad ^{(*)3}										
Pacientes con enfermedad crónica ^{(*)3}										
Otras importantes informaciones de salud ^{(*)2}										

(*) 1 Este formato está diseñado para ser llenado por personal que no es de salud, pero que tiene conocimientos básicos. La idea es capturar información de manera diaria en sitios de albergues de afectados para que sirva de orientación y alerta al personal médico responsable de la zona y permita el seguimiento de las condiciones de salud y la toma de decisiones .

(*)2 Escriba el problema identificado y registre el nombre de la persona afectada.

(*)3 Registre sólo los casos nuevos del día.

Formato diario de vigilancia epidemiología (sintomático) ^{(*)1}

Nombre del Hospital/Instalación de Salud/Albergue										
Nombre					Ubicación/Ciudad/ Lugar					
Funcionario que diligencia el formato: _____										
Fecha: _____										
CONDICIONES DE SALUD / SÍNTOMAS										
Signo, síntoma o condición	Grupos de Edad									Observaciones
	<5		5 - 14		15 - 54		55+		Total	
	M	F	M	F	M	F	M	F		
Fiebre										
Fiebre y tos										
Fiebre y urticaria (brote en la piel)										
Fiebre y puntos de hemorragia (petequias)										
Diarrea										
Ictericia (piel amarilla)										
Otras condiciones (nómbrelas)										
Heridos ^{(*)3}										
Muertos ^{(*)3}										
Pacientes con discapacidad ^{(*)3}										
Pacientes con enfermedad crónica ^{(*)3}										
Otras importantes informaciones de salud ^{(*)2}										

(*) 1 Este formato está diseñado para ser llenado por personal que no es de salud, pero que tiene conocimientos básicos. La idea es capturar información de manera diaria en sitios de albergues de afectados para que sirva de orientación y alerta al personal médico responsable de la zona y permita el seguimiento de las condiciones de salud y la toma de decisiones .

(*) 2 Escriba el problema identificado y registre el nombre de la persona afectada.

(*) 3 Registre sólo los casos nuevos del día.

Formato diario de vigilancia epidemiología (sintomático) ^{(*)1}

Nombre del Hospital/Instalación de Salud/Albergue										
Nombre					Ubicación/Ciudad/ Lugar					
Funcionario que diligencia el formato: _____										
Fecha: _____										
CONDICIONES DE SALUD / SÍNTOMAS										
Signo, síntoma o condición	Grupos de Edad									Observaciones
	<5		5 - 14		15 - 54		55+		Total	
	M	F	M	F	M	F	M	F		
Fiebre										
Fiebre y tos										
Fiebre y urticaria (brote en la piel)										
Fiebre y puntos de hemorragia (petequias)										
Diarrea										
Ictericia (piel amarilla)										
Otras condiciones (nómbrelas)										
Heridos ^{(*)3}										
Muertos ^{(*)3}										
Pacientes con discapacidad ^{(*)3}										
Pacientes con enfermedad crónica ^{(*)3}										
Otras importantes informaciones de salud ^{(*)2}										

(*) 1 Este formato está diseñado para ser llenado por personal que no es de salud, pero que tiene conocimientos básicos. La idea es capturar información de manera diaria en sitios de albergues de afectados para que sirva de orientación y alerta al personal médico responsable de la zona y permita el seguimiento de las condiciones de salud y la toma de decisiones .

(*) 2 Escriba el problema identificado y registre el nombre de la persona afectada.

(*) 3 Registre sólo los casos nuevos del día.

Formato diario de vigilancia epidemiología (sintomático) ^{(*)1}

Nombre del Hospital/Instalación de Salud/Albergue										
Nombre					Ubicación/Ciudad/ Lugar					
Funcionario que diligencia el formato: _____										
Fecha: _____										
CONDICIONES DE SALUD / SÍNTOMAS										
Signo, síntoma o condición	Grupos de Edad									Observaciones
	<5		5 - 14		15 - 54		55+		Total	
	M	F	M	F	M	F	M	F		
Fiebre										
Fiebre y tos										
Fiebre y urticaria (brote en la piel)										
Fiebre y puntos de hemorragia (petequias)										
Diarrea										
Ictericia (piel amarilla)										
Otras condiciones (nómbrelas)										
Heridos ^{(*)3}										
Muertos ^{(*)3}										
Pacientes con discapacidad ^{(*)3}										
Pacientes con enfermedad crónica ^{(*)3}										
Otras importantes informaciones de salud ^{(*)2}										

(*) 1 Este formato está diseñado para ser llenado por personal que no es de salud, pero que tiene conocimientos básicos. La idea es capturar información de manera diaria en sitios de albergues de afectados para que sirva de orientación y alerta al personal médico responsable de la zona y permita el seguimiento de las condiciones de salud y la toma de decisiones .

(*) 2 Escriba el problema identificado y registre el nombre de la persona afectada.

(*) 3 Registre sólo los casos nuevos del día.

Formato diario de vigilancia epidemiología (sintomático) ^{(*)1}

Nombre del Hospital/Instalación de Salud/Albergue										
Nombre					Ubicación/Ciudad/ Lugar					
Funcionario que diligencia el formato: _____										
Fecha: _____										
CONDICIONES DE SALUD / SÍNTOMAS										
Signo, síntoma o condición	Grupos de Edad									Observaciones
	<5		5 - 14		15 - 54		55+		Total	
	M	F	M	F	M	F	M	F		
Fiebre										
Fiebre y tos										
Fiebre y urticaria (brote en la piel)										
Fiebre y puntos de hemorragia (petequias)										
Diarrea										
Ictericia (piel amarilla)										
Otras condiciones (nómbrelas)										
Heridos ^{(*)3}										
Muertos ^{(*)3}										
Pacientes con discapacidad ^{(*)3}										
Pacientes con enfermedad crónica ^{(*)3}										
Otras importantes informaciones de salud ^{(*)2}										

(*) 1 Este formato está diseñado para ser llenado por personal que no es de salud, pero que tiene conocimientos básicos. La idea es capturar información de manera diaria en sitios de albergues de afectados para que sirva de orientación y alerta al personal médico responsable de la zona y permita el seguimiento de las condiciones de salud y la toma de decisiones .

(*) 2 Escriba el problema identificado y registre el nombre de la persona afectada.

(*) 3 Registre sólo los casos nuevos del día.

Formulario para la evaluación sanitaria del albergue (1)

1. INFORMACIÓN GENERAL			
Nombre del albergue:		Ubicación:	
Persona responsable del albergue:		Teléfono:	
Tamaño del albergue (área) Aproximado en m2:	m2	m2 por persona (aproximado):	
Población total albergada:			
Origen del desplazamiento de población:			
Zona Urbana (*) ³		Zona Rural (*) ³	
2. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN			
	Hombres	Mujeres	Observaciones
Menor de 1 año			
1-4 años			
5-14 años			
15-59 años			
Mayor de 60 años			
Personas con enfermedades crónicas (*) ¹			
Personas que requieren tratamiento médico especial			
Pacientes con discapacidad o que requieren cuidados especiales (*) ²			
Observaciones generales			

(*) 1 Describa el número de personas, identifique cada una de las personas, ubicación en el albergue, enfermedades que padece.

(*) 2 Describa el tratamiento médico o cuidado especial que requiere. Debe entregar al personal de salud.

(*) 3 Describa el sitio de donde provienen los albergados.



Formulario para la evaluación sanitaria del albergue (2)

3. ABASTECIMIENTO DE AGUA						
Existe agua para el consumo humano: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No						
Procedencia del agua: <input type="checkbox"/> Red pública <input type="checkbox"/> Carro cisterna o pipa <input type="checkbox"/> Pozo <input type="checkbox"/> Tanque estacionario <input type="checkbox"/> Otros (especificar) _____						
Frecuencia: <input type="checkbox"/> Diaria <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Otro						
Almacenamiento:					Observaciones ^{(*)1}	
Tanque:	Capacidad en m3 _____	Material _____	Condiciones <input type="checkbox"/> Adecuadas <input type="checkbox"/> Inadecuadas			
Otros sistemas:	Capacidad en m3	Material	Condiciones			
Tratamiento: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Cuál ^{(*)2} _____						
<input type="checkbox"/> Sedimentación <input type="checkbox"/> Filtración <input type="checkbox"/> Desinfección <input type="checkbox"/> Otros (especificar el químico) _____						
Condiciones del control de calidad: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No						
Frecuencia: <input type="checkbox"/> Diaria <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Otro						
Observaciones:						
4. DISPOSICIÓN DE EXCRETAS						
Sistema de disposición de excretas existente: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					Observaciones	
<input type="checkbox"/> Alcantarillado <input type="checkbox"/> Letrina <input type="checkbox"/> Pozo séptico <input type="checkbox"/> Unidades móviles/químicos				<input type="checkbox"/> Otros (especificar)		
Existe drenaje de aguas lluvias:		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Condiciones		
Disponibilidad de las unidades sanitarias:						
Elemento	Número			Condiciones encontradas		Observaciones/ Recomendaciones
	Nin@s	Mujeres	Hom-bres	Buenas	Malas	
Unidades sanitarias						
Tazas / inodoros						
Lavamanos						
Duchas						
Urinarios						
Comunidad organizada para aseo <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No						
Frecuencia de aseo <input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Interdiario <input type="checkbox"/> Semanal						
Seguridad de los usuarios <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No						
Distancia al albergue _____mts						
Distancia a las fuentes de agua _____mts						
Agua e implementos de aseo disponible <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No						

(*)1 Enumere los tanques para indentificar y ubicarlos para la toma de muestras al reverso (si no es suficiente espacio).

(*)2 Escriba el químico y la frecuencia con que se aplica.



Formulario para la evaluación sanitaria del albergue (3)

5. RESIDUOS SÓLIDOS		
Recolección interna:		Observaciones
Suficiente	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Contenedores: (Bidones, canecas)		
Suficientes	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Nombre Responsable del manejo _____	Estado <input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Malo <input type="checkbox"/> Regular	
Frecuencia	<input type="checkbox"/> Por día <input type="checkbox"/> Por semana	
Recolección externa	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Frecuencia de recolección	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Interdiario <input type="checkbox"/> Diario	
Responsable de recolección _____	Estado <input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Malo <input type="checkbox"/> Regular	
Limpieza del albergue	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Participa la comunidad	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Responsable de limpieza _____		
Frecuencia <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Interdiario <input type="checkbox"/> Diario		
6. CONTROL DE VECTORES		
		Observaciones
Detección de criaderos/ focos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Medidas de control	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Detección de vectores/roedores <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Cuáles? _____ _____	
Medidas de control aplicadas _____ _____		
Instituciones o entidades responsables _____ _____		



Formulario para la evaluación sanitaria del albergue (4)

7. ALIMENTOS		
Evaluación de cocina: <input type="checkbox"/> Adecuada <input type="checkbox"/> Inadecuada <input type="checkbox"/> Opciones/Necesidades		Observaciones/Recomendaciones
Encargado de alimentos :		
Combustible utilizado: <input type="checkbox"/> Queroseno <input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Leña <input type="checkbox"/> Carbón <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?		
Condiciones sanitarias: <input type="checkbox"/> Buenas <input type="checkbox"/> Inaceptables		
Medidas de seguridad:	<input type="checkbox"/> Adecuadas <input type="checkbox"/> Inadecuadas	
Infraestructura:	<input type="checkbox"/> Adecuadas <input type="checkbox"/> Inadecuadas	
Normas de conducta	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Evaluación de los alimentos:		
Refrigerador	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Tipo de conservación	<input type="checkbox"/> Adecuado <input type="checkbox"/> Inadecuado	
Alimentos suficientes	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Suministro regular	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Inconvenientes	Descripción:	

Formulario para la evaluación sanitaria del albergue (1)

1. INFORMACIÓN GENERAL			
Nombre del albergue:		Ubicación:	
Persona responsable del albergue:		Teléfono:	
Tamaño del albergue (área) Aproximado en m2:	m2	m2 por persona (aproximado):	
Población total albergada:			
Origen del desplazamiento de población:			
Zona Urbana (*) ³		Zona Rural (*) ³	
2. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN			
	Hombres	Mujeres	Observaciones
Menor de 1 año			
1-4 años			
5-14 años			
15-59 años			
Mayor de 60 años			
Personas con enfermedades crónicas (*) ¹			
Personas que requieren tratamiento médico especial			
Pacientes con discapacidad o que requieren cuidados especiales (*) ²			
Observaciones generales			

(*) 1 Describa el número de personas, identifique cada una de las personas, ubicación en el albergue, enfermedades que padece.

(*) 2 Describa el tratamiento médico o cuidado especial que requiere. Debe entregar al personal de salud.

(*) 3 Describa el sitio de donde provienen los albergados.



Formulario para la evaluación sanitaria del albergue (2)

3. ABASTECIMIENTO DE AGUA						
Existe agua para el consumo humano: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No						
Procedencia del agua: <input type="checkbox"/> Red pública <input type="checkbox"/> Carro cisterna o pipa <input type="checkbox"/> Pozo <input type="checkbox"/> Tanque estacionario <input type="checkbox"/> Otros (especificar) _____						
Frecuencia: <input type="checkbox"/> Diaria <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Otro						
Almacenamiento:					Observaciones (*) ¹	
Tanque:	Capacidad en m3 _____	Material _____	Condiciones <input type="checkbox"/> Adecuadas <input type="checkbox"/> Inadecuadas			
Otros sistemas:	Capacidad en m3	Material	Condiciones			
Tratamiento: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Cuál (*) ² _____						
<input type="checkbox"/> Sedimentación <input type="checkbox"/> Filtración <input type="checkbox"/> Desinfección <input type="checkbox"/> Otros (especificar el químico) _____						
Condiciones del control de calidad: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No						
Frecuencia: <input type="checkbox"/> Diaria <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Otro						
Observaciones:						
4. DISPOSICIÓN DE EXCRETAS						
Sistema de disposición de excretas existente: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					Observaciones	
<input type="checkbox"/> Alcantarillado <input type="checkbox"/> Letrina <input type="checkbox"/> Pozo séptico <input type="checkbox"/> Unidades móviles/químicos				<input type="checkbox"/> Otros (especificar)		
Existe drenaje de aguas lluvias:		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Condiciones		
Disponibilidad de las unidades sanitarias:						
Elemento	Número			Condiciones encontradas		Observaciones/ Recomendaciones
	Nin@s	Mujeres	Hom-bres	Buenas	Malas	
Unidades sanitarias						
Tazas / inodoros						
Lavamanos						
Duchas						
Urinarios						
Comunidad organizada para aseo <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No						
Frecuencia de aseo <input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Interdiario <input type="checkbox"/> Semanal						
Seguridad de los usuarios <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No						
Distancia al albergue _____mts						
Distancia a las fuentes de agua _____mts						
Agua e implementos de aseo disponible <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No						

(*)¹ Enumere los tanques para indentificar y ubicarlos para la toma de muestras al reverso (si no es suficiente espacio).

(*)² Escriba el químico y la frecuencia con que se aplica.



Formulario para la evaluación sanitaria del albergue (3)

5. RESIDUOS SÓLIDOS		
Recolección interna:		Observaciones
Suficiente	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Contenedores: (Bidones, canecas)		
Suficientes	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Nombre Responsable del manejo _____	Estado <input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Malo <input type="checkbox"/> Regular	
Frecuencia	<input type="checkbox"/> Por día <input type="checkbox"/> Por semana	
Recolección externa	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Frecuencia de recolección	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Interdiario <input type="checkbox"/> Diario	
Responsable de recolección _____	Estado <input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Malo <input type="checkbox"/> Regular	
Limpieza del albergue	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Participa la comunidad	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Responsable de limpieza _____		
Frecuencia <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Interdiario <input type="checkbox"/> Diario		
6. CONTROL DE VECTORES		
		Observaciones
Detección de criaderos/ focos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Medidas de control	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Detección de vectores/roedores <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Cuáles? _____ _____	
Medidas de control aplicadas _____ _____		
Instituciones o entidades responsables _____ _____		



Formulario para la evaluación sanitaria del albergue (4)

7. ALIMENTOS		
Evaluación de cocina: <input type="checkbox"/> Adecuada <input type="checkbox"/> Inadecuada <input type="checkbox"/> Opciones/Necesidades		Observaciones/Recomendaciones
Encargado de alimentos :		
Combustible utilizado: <input type="checkbox"/> Queroseno <input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Leña <input type="checkbox"/> Carbón <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?		
Condiciones sanitarias: <input type="checkbox"/> Buenas <input type="checkbox"/> Inaceptables		
Medidas de seguridad:	<input type="checkbox"/> Adecuadas <input type="checkbox"/> Inadecuadas	
Infraestructura:	<input type="checkbox"/> Adecuadas <input type="checkbox"/> Inadecuadas	
Normas de conducta	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Evaluación de los alimentos:		
Refrigerador	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Tipo de conservación	<input type="checkbox"/> Adecuado <input type="checkbox"/> Inadecuado	
Alimentos suficientes	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Suministro regular	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Inconvenientes	Descripción:	

Formulario para la evaluación sanitaria del albergue (1)

1. INFORMACIÓN GENERAL			
Nombre del albergue:		Ubicación:	
Persona responsable del albergue:		Teléfono:	
Tamaño del albergue (área) Aproximado en m2:	m2	m2 por persona (aproximado):	
Población total albergada:			
Origen del desplazamiento de población:			
Zona Urbana (*) ³		Zona Rural (*) ³	
2. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN			
	Hombres	Mujeres	Observaciones
Menor de 1 año			
1-4 años			
5-14 años			
15-59 años			
Mayor de 60 años			
Personas con enfermedades crónicas (*) ¹			
Personas que requieren tratamiento médico especial			
Pacientes con discapacidad o que requieren cuidados especiales (*) ²			
Observaciones generales			

(*) 1 Describa el número de personas, identifique cada una de las personas, ubicación en el albergue, enfermedades que padece.

(*) 2 Describa el tratamiento médico o cuidado especial que requiere. Debe entregar al personal de salud.

(*) 3 Describa el sitio de donde provienen los albergados.



Formulario para la evaluación sanitaria del albergue (2)

3. ABASTECIMIENTO DE AGUA						
Existe agua para el consumo humano: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No						
Procedencia del agua: <input type="checkbox"/> Red pública <input type="checkbox"/> Carro cisterna o pipa <input type="checkbox"/> Pozo <input type="checkbox"/> Tanque estacionario <input type="checkbox"/> Otros (especificar) _____						
Frecuencia: <input type="checkbox"/> Diaria <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Otro						
Almacenamiento:					Observaciones (*) ¹	
Tanque:	Capacidad en m3 _____	Material _____	Condiciones <input type="checkbox"/> Adecuadas <input type="checkbox"/> Inadecuadas			
Otros sistemas:	Capacidad en m3	Material	Condiciones			
Tratamiento: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Cuál (*) ² _____						
<input type="checkbox"/> Sedimentación <input type="checkbox"/> Filtración <input type="checkbox"/> Desinfección <input type="checkbox"/> Otros (especificar el químico) _____						
Condiciones del control de calidad: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No						
Frecuencia: <input type="checkbox"/> Diaria <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Otro						
Observaciones:						
4. DISPOSICIÓN DE EXCRETAS						
Sistema de disposición de excretas existente: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					Observaciones	
<input type="checkbox"/> Alcantarillado <input type="checkbox"/> Letrina <input type="checkbox"/> Pozo séptico <input type="checkbox"/> Unidades móviles/químicos				<input type="checkbox"/> Otros (especificar)		
Existe drenaje de aguas lluvias:		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Condiciones		
Disponibilidad de las unidades sanitarias:						
Elemento	Número			Condiciones encontradas		Observaciones/ Recomendaciones
	Nin@s	Mujeres	Hom-bres	Buenas	Malas	
Unidades sanitarias						
Tazas / inodoros						
Lavamanos						
Duchas						
Urinarios						
Comunidad organizada para aseo <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No						
Frecuencia de aseo <input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Interdiario <input type="checkbox"/> Semanal						
Seguridad de los usuarios <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No						
Distancia al albergue _____mts						
Distancia a las fuentes de agua _____mts						
Agua e implementos de aseo disponible <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No						

(*)¹ Enumere los tanques para indentificar y ubicarlos para la toma de muestras al reverso (si no es suficiente espacio).

(*)² Escriba el químico y la frecuencia con que se aplica.



Formulario para la evaluación sanitaria del albergue (3)

5. RESIDUOS SÓLIDOS		
Recolección interna:		Observaciones
Suficiente	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Contenedores: (Bidones, canecas)		
Suficientes	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Nombre Responsable del manejo _____	Estado <input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Malo <input type="checkbox"/> Regular	
Frecuencia	<input type="checkbox"/> Por día <input type="checkbox"/> Por semana	
Recolección externa	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Frecuencia de recolección	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Interdiario <input type="checkbox"/> Diario	
Responsable de recolección _____	Estado <input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Malo <input type="checkbox"/> Regular	
Limpieza del albergue	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Participa la comunidad	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Responsable de limpieza _____		
Frecuencia <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Interdiario <input type="checkbox"/> Diario		
6. CONTROL DE VECTORES		
		Observaciones
Detección de criaderos/ focos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Medidas de control	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Detección de vectores/roedores <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Cuáles? _____ _____	
Medidas de control aplicadas _____ _____		
Instituciones o entidades responsables _____ _____		



Formulario para la evaluación sanitaria del albergue (4)

7. ALIMENTOS		
Evaluación de cocina: <input type="checkbox"/> Adecuada <input type="checkbox"/> Inadecuada <input type="checkbox"/> Opciones/Necesidades		Observaciones/Recomendaciones
Encargado de alimentos :		
Combustible utilizado: <input type="checkbox"/> Queroseno <input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Leña <input type="checkbox"/> Carbón <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?		
Condiciones sanitarias: <input type="checkbox"/> Buenas <input type="checkbox"/> Inaceptables		
Medidas de seguridad:	<input type="checkbox"/> Adecuadas <input type="checkbox"/> Inadecuadas	
Infraestructura:	<input type="checkbox"/> Adecuadas <input type="checkbox"/> Inadecuadas	
Normas de conducta	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Evaluación de los alimentos:		
Refrigerador	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Tipo de conservación	<input type="checkbox"/> Adecuado <input type="checkbox"/> Inadecuado	
Alimentos suficientes	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Suministro regular	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Inconvenientes	Descripción:	

Formulario para la evaluación sanitaria del albergue (1)

1. INFORMACIÓN GENERAL			
Nombre del albergue:		Ubicación:	
Persona responsable del albergue:		Teléfono:	
Tamaño del albergue (área) Aproximado en m2:	m2	m2 por persona (aproximado):	
Población total albergada:			
Origen del desplazamiento de población:			
Zona Urbana (*) ³		Zona Rural (*) ³	
2. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN			
	Hombres	Mujeres	Observaciones
Menor de 1 año			
1-4 años			
5-14 años			
15-59 años			
Mayor de 60 años			
Personas con enfermedades crónicas (*) ¹			
Personas que requieren tratamiento médico especial			
Pacientes con discapacidad o que requieren cuidados especiales (*) ²			
Observaciones generales			

(*) 1 Describa el número de personas, identifique cada una de las personas, ubicación en el albergue, enfermedades que padece.

(*) 2 Describa el tratamiento médico o cuidado especial que requiere. Debe entregar al personal de salud.

(*) 3 Describa el sitio de donde provienen los albergados.



Formulario para la evaluación sanitaria del albergue (2)

3. ABASTECIMIENTO DE AGUA						
Existe agua para el consumo humano: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No						
Procedencia del agua: <input type="checkbox"/> Red pública <input type="checkbox"/> Carro cisterna o pipa <input type="checkbox"/> Pozo <input type="checkbox"/> Tanque estacionario <input type="checkbox"/> Otros (especificar) _____						
Frecuencia: <input type="checkbox"/> Diaria <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Otro						
Almacenamiento:					Observaciones (*) ¹	
Tanque:	Capacidad en m3 _____	Material _____	Condiciones <input type="checkbox"/> Adecuadas <input type="checkbox"/> Inadecuadas			
Otros sistemas:	Capacidad en m3	Material	Condiciones			
Tratamiento: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Cuál (*) ² _____						
<input type="checkbox"/> Sedimentación <input type="checkbox"/> Filtración <input type="checkbox"/> Desinfección <input type="checkbox"/> Otros (especificar el químico) _____						
Condiciones del control de calidad: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No						
Frecuencia: <input type="checkbox"/> Diaria <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Otro						
Observaciones:						
4. DISPOSICIÓN DE EXCRETAS						
Sistema de disposición de excretas existente: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					Observaciones	
<input type="checkbox"/> Alcantarillado <input type="checkbox"/> Letrina <input type="checkbox"/> Pozo séptico <input type="checkbox"/> Unidades móviles/químicos				<input type="checkbox"/> Otros (especificar)		
Existe drenaje de aguas lluvias:		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Condiciones		
Disponibilidad de las unidades sanitarias:						
Elemento	Número			Condiciones encontradas		Observaciones/ Recomendaciones
	Nin@s	Mujeres	Hom-bres	Buenas	Malas	
Unidades sanitarias						
Tazas / inodoros						
Lavamanos						
Duchas						
Urinarios						
Comunidad organizada para aseo <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No						
Frecuencia <input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Interdiario <input type="checkbox"/> Semanal de aseo						
Seguridad de los usuarios <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No						
Distancia al albergue _____mts						
Distancia a las fuentes de agua _____mts						
Agua e implementos de aseo disponible <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No						

(*)¹ Enumere los tanques para indentificar y ubicarlos para la toma de muestras al reverso (si no es suficiente espacio).

(*)² Escriba el químico y la frecuencia con que se aplica.



Formulario para la evaluación sanitaria del albergue (3)

5. RESIDUOS SÓLIDOS		
Recolección interna:		Observaciones
Suficiente	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Contenedores: (Bidones, canecas)		
Suficientes		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Nombre Responsable del manejo _____	Estado <input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Malo <input type="checkbox"/> Regular	
Frecuencia	<input type="checkbox"/> Por día <input type="checkbox"/> Por semana	
Recolección externa	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Frecuencia de recolección	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Interdiario <input type="checkbox"/> Diario	
Responsable de recolección _____	Estado <input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Malo <input type="checkbox"/> Regular	
Limpieza del albergue	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Participa la comunidad <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Responsable de limpieza _____		
Frecuencia <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Interdiario <input type="checkbox"/> Diario		
6. CONTROL DE VECTORES		
		Observaciones
Detección de criaderos/ focos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Medidas de control <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Detección de vectores/roedores <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Cuáles? _____ _____	
Medidas de control aplicadas _____ _____		
Instituciones o entidades responsables _____ _____		



Formulario para la evaluación sanitaria del albergue (4)

7. ALIMENTOS		
Evaluación de cocina: <input type="checkbox"/> Adecuada <input type="checkbox"/> Inadecuada <input type="checkbox"/> Opciones/Necesidades		Observaciones/Recomendaciones
Encargado de alimentos :		
Combustible utilizado: <input type="checkbox"/> Queroseno <input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Leña <input type="checkbox"/> Carbón <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?		
Condiciones sanitarias: <input type="checkbox"/> Buenas <input type="checkbox"/> Inaceptables		
Medidas de seguridad:	<input type="checkbox"/> Adecuadas <input type="checkbox"/> Inadecuadas	
Infraestructura:	<input type="checkbox"/> Adecuadas <input type="checkbox"/> Inadecuadas	
Normas de conducta	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Evaluación de los alimentos:		
Refrigerador	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Tipo de conservación	<input type="checkbox"/> Adecuado <input type="checkbox"/> Inadecuado	
Alimentos suficientes	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Suministro regular	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Inconvenientes	Descripción:	

Formulario para la evaluación sanitaria del albergue (1)

1. INFORMACIÓN GENERAL			
Nombre del albergue:		Ubicación:	
Persona responsable del albergue:		Teléfono:	
Tamaño del albergue (área) Aproximado en m2:	m2	m2 por persona (aproximado):	
Población total albergada:			
Origen del desplazamiento de población:			
Zona Urbana (*) ³		Zona Rural (*) ³	
2. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN			
	Hombres	Mujeres	Observaciones
Menor de 1 año			
1-4 años			
5-14 años			
15-59 años			
Mayor de 60 años			
Personas con enfermedades crónicas (*) ¹			
Personas que requieren tratamiento médico especial			
Pacientes con discapacidad o que requieren cuidados especiales (*) ²			
Observaciones generales			

(*) 1 Describa el número de personas, identifique cada una de las personas, ubicación en el albergue, enfermedades que padece.

(*) 2 Describa el tratamiento médico o cuidado especial que requiere. Debe entregar al personal de salud.

(*) 3 Describa el sitio de donde provienen los albergados.



Formulario para la evaluación sanitaria del albergue (2)

3. ABASTECIMIENTO DE AGUA						
Existe agua para el consumo humano: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No						
Procedencia del agua: <input type="checkbox"/> Red pública <input type="checkbox"/> Carro cisterna o pipa <input type="checkbox"/> Pozo <input type="checkbox"/> Tanque estacionario <input type="checkbox"/> Otros (especificar) _____						
Frecuencia: <input type="checkbox"/> Diaria <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Otro						
Almacenamiento:					Observaciones (*) ¹	
Tanque:	Capacidad en m3 _____	Material _____	Condiciones <input type="checkbox"/> Adecuadas <input type="checkbox"/> Inadecuadas			
Otros sistemas:	Capacidad en m3	Material	Condiciones			
Tratamiento: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Cuál (*) ² _____						
<input type="checkbox"/> Sedimentación <input type="checkbox"/> Filtración <input type="checkbox"/> Desinfección <input type="checkbox"/> Otros (especificar el químico) _____						
Condiciones del control de calidad: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No						
Frecuencia: <input type="checkbox"/> Diaria <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Otro						
Observaciones:						
4. DISPOSICIÓN DE EXCRETAS						
Sistema de disposición de excretas existente: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					Observaciones	
<input type="checkbox"/> Alcantarillado <input type="checkbox"/> Letrina <input type="checkbox"/> Pozo séptico <input type="checkbox"/> Unidades móviles/químicos				<input type="checkbox"/> Otros (especificar)		
Existe drenaje de aguas lluvias:		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Condiciones				
Disponibilidad de las unidades sanitarias:						
Elemento	Número			Condiciones encontradas		Observaciones/ Recomendaciones
	Nin@s	Mujeres	Hom-bres	Buenas	Malas	
Unidades sanitarias						
Tazas / inodoros						
Lavamanos						
Duchas						
Urinarios						
Comunidad organizada para aseo <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No						
Frecuencia <input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Interdiario <input type="checkbox"/> Semanal de aseo						
Seguridad de los usuarios <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No						
Distancia al albergue _____mts						
Distancia a las fuentes de agua _____mts						
Agua e implementos de aseo disponible <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No						

(*)¹ Enumere los tanques para indentificar y ubicarlos para la toma de muestras al reverso (si no es suficiente espacio).

(*)² Escriba el químico y la frecuencia con que se aplica.



Formulario para la evaluación sanitaria del albergue (3)

5. RESIDUOS SÓLIDOS		
Recolección interna:		Observaciones
Suficiente	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Contenedores: (Bidones, canecas)		
Suficientes	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Nombre Responsable del manejo _____	Estado <input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Malo <input type="checkbox"/> Regular	
Frecuencia	<input type="checkbox"/> Por día <input type="checkbox"/> Por semana	
Recolección externa	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Frecuencia de recolección	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Interdiario <input type="checkbox"/> Diario	
Responsable de recolección _____	Estado <input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Malo <input type="checkbox"/> Regular	
Limpieza del albergue	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Participa la comunidad	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Responsable de limpieza _____		
Frecuencia <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Interdiario <input type="checkbox"/> Diario		
6. CONTROL DE VECTORES		
		Observaciones
Detección de criaderos/ focos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Medidas de control	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Detección de vectores/roedores <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Cuáles? _____ _____	
Medidas de control aplicadas _____ _____		
Instituciones o entidades responsables _____ _____		



Formulario para la evaluación sanitaria del albergue (4)

7. ALIMENTOS		
Evaluación de cocina: <input type="checkbox"/> Adecuada <input type="checkbox"/> Inadecuada <input type="checkbox"/> Opciones/Necesidades		Observaciones/Recomendaciones
Encargado de alimentos :		
Combustible utilizado: <input type="checkbox"/> Queroseno <input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Leña <input type="checkbox"/> Carbón <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?		
Condiciones sanitarias: <input type="checkbox"/> Buenas <input type="checkbox"/> Inaceptables		
Medidas de seguridad:	<input type="checkbox"/> Adecuadas <input type="checkbox"/> Inadecuadas	
Infraestructura:	<input type="checkbox"/> Adecuadas <input type="checkbox"/> Inadecuadas	
Normas de conducta	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Evaluación de los alimentos:		
Refrigerador	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Tipo de conservación	<input type="checkbox"/> Adecuado <input type="checkbox"/> Inadecuado	
Alimentos suficientes	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Suministro regular	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Inconvenientes	Descripción:	

Cálculo de la cantidad de malatión (1)

1. Determine el método de aplicación (recuerde revisar la etiqueta química para comprobar la tasa de aplicación de formulación específica)
A. Malatión vaporización térmica (aspersión manual o desde vehículo) tasa de aplicación (WHO) = 8.0 oz/acre.
2. Determine el área de tratamiento
A. Calcule el área a ser tratada (comunidades donde se está presentando actividad de dengue o densidades de mosquitos altas, en las que el control de mosquitos adultos es necesario). Para la nebulización térmica, determine la proporción del área total a ser tratada ya que no toda el área entre los pueblos o las comunidades es tratado.
B. Factores de conversión 1) 1 milla cuadrada = 640 acres 2) 1 kilómetro cuadrado = 247 acres 3) 1 hectárea = 2.5 acres
3. Calcule la cantidad total de malatión a la concentración requerida
A. (Área a ser tratada en acres) x (tasa de aplicación en acres). Revise la etiqueta del producto para ver la proporción en la escala en uso en su país. mi., km., hectárea, versus acres.
4. Calcule la cantidad de aceite combustible necesario para la vaporización térmica (etiqueta química de control) para comprobar la tasa de aplicación de formulación específica.
Ejemplo: Concentración (96% malatión es mezclado con diesel para producir un 6.25% malatión mezclado), 16 galones de diesel se necesitan por cada galón de malatión.
5. Ejemplo: cómputo de malatión y diésel requerido para cada aplicación de vaporización térmica en un área de 7 millas cuadradas que requieren control de mosquitos (aspersión manual).
<ul style="list-style-type: none">• Área a ser tratada de 7 millas cuadradas, consistente en comunidades pequeñas cercanas a otras comunidades• 7 millas cuadradas x 640 acres/milla² = 4,480 acres• Tasa de aplicación de niebla térmica (vaporización): 8oz/acre x 4,480 acres = 35,840 oz malatión necesario<ul style="list-style-type: none">- 1 galón = 128 oz- 35,840 oz/128 = 280 galones de malatión es la concentración requerida• Diesel necesario:<ul style="list-style-type: none">- 280 galones de malatión x 16 galones de diésel = 4,480 galones diésel requeridos.



Cálculo de la cantidad de malatión (2)

Si las zonas residenciales son los únicos sitios a ser tratados (por ejemplo, áreas no habitadas entre comunidades no tratadas), calcular la proporción del área total que es habitada y reducir la cantidad total de malatión y el diésel en consecuencia. Por ejemplo, si las zonas residenciales comprenden sólo 75% de los 7 acres afectados por la inundación, reduzca la cantidad total de malatión y diésel solicitado en un 25%.

Combine el cálculo de las máquinas de vaporización requeridas para tratar los hogares en la zona afectada.

1. Número de viviendas a ser tratadas
2. El cálculo del número de hogares que pueden ser tratados por día, por un equipo.
3. Cálculo del número de días que tomaría a un equipo para tratar todo el área (e.g., 5-7 días).
4. Calcular cuántos equipos son requeridos para tratar el número total de casas en el ciclo deseado de tiempo.

Ejemplo:

1. Censo muestra que hay 20,000 personas en el área afectada, con promedio de 5 personas por vivienda para un total de 4,000 viviendas en el área (el censo puede dar el número de hogares).
2. Experiencias pasadas indican que un equipo de fumigación de dos personas puede tratar un máximo de 200 hogares por día (3 horas en la mañana y 3 horas en la noche).
3. $4,000 \text{ hogares} / 200 \text{ hogares por día} = 20 \text{ días de personal requerido para un ciclo único de aplicación.}$
4. Si el deseo es completar el ciclo en 5 días: $20 \text{ días de personal requeridos} / 5 \text{ días ciclo} = 4 \text{ personas requeridas para realizar la tarea (esto supone que tienen acceso rápido a los sitios, los repuestos y la mecánica disponible para hacer el mantenimiento.)}$

Evaluación general rápida (*) 1

Evento:	Fecha:	Hora:				
Ubicación						
Lugar (es) afectado (s) Área (s) más cercana a la ciudad afectada:	Solicitud de ayuda internacional:					
Situación						
Número de evacuados:	Población afectada:					
Número de desaparecidos:						
Número de heridos:	Extensión de las inundaciones					
Estado del clima:						
Resumen del evento	Evaluación de daños	Análisis de la amenaza				
General:	Daños a los asentamientos:					
Número de desplazados	Daños a la infraestructura:					
	Daños al transporte:					
Número desplazamiento de población	Daño en servicios públicos, líneas vitales: <input type="checkbox"/> Electricidad <input type="checkbox"/> Agua <input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Médicos <input type="checkbox"/> Comunicaciones <input type="checkbox"/> Alcantarillado <input type="checkbox"/> Otros	Seguridad:				
DAÑO INICIAL ESTIMADO						
	Reporte Inicial	Avance 6 horas	Avance 12 horas	Avance 18 horas	Avance 1 día	Avance 2 días
Reporte de muertos:						
Reporte de heridos:						
Reporte de desaparecidos:						
Población afectada directamente:						
Desplazados (total):						
Desplazados en albergues oficiales:						
Casas dañadas:						
Casas destruidas:						
Hospitales afectados:						
% suministro de agua afectado (Especificar urbano o rural)						

RESPUESTA / ESTADO OPERATIVO DE AGENCIAS Y ORGANIZACIONES		
	Fecha de respuesta	Capacidad percibida de respuesta
Gobierno nacional		
Ejército		
Defensa Civil/Protección Civil		
OCHA		
Cruz Roja Nacional		
Comité Internacional de la Cruz Roja		
UNDAC		
UNICEF		
UNHRC		
PNUD		
PMA		
OPS/OMS		
PED		
Estrategia actual de PAHO/PED:		

(*)1 Este formulario servirá de base para la elaboración de los SITREP.

Evaluación general rápida (*) 1

Evento:	Fecha:	Hora:				
Ubicación						
Lugar (es) afectado (s) Área (s) más cercana a la ciudad afectada:	Solicitud de ayuda internacional:					
Situación						
Número de evacuados:	Población afectada:					
Número de desaparecidos:						
Número de heridos:	Extensión de las inundaciones					
Estado del clima:						
Resumen del evento	Evaluación de daños	Análisis de la amenaza				
General:	Daños a los asentamientos:					
Número de desplazados	Daños a la infraestructura:					
	Daños al transporte:					
Número desplazamiento de población	Daño en servicios públicos, líneas vitales: <input type="checkbox"/> Electricidad <input type="checkbox"/> Agua <input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Médicos <input type="checkbox"/> Comunicaciones <input type="checkbox"/> Alcantarillado <input type="checkbox"/> Otros	Seguridad:				
DAÑO INICIAL ESTIMADO						
	Reporte Inicial	Avance 6 horas	Avance 12 horas	Avance 18 horas	Avance 1 día	Avance 2 días
Reporte de muertos:						
Reporte de heridos:						
Reporte de desaparecidos:						
Población afectada directamente:						
Desplazados (total):						
Desplazados en albergues oficiales:						
Casas dañadas:						
Casas destruidas:						
Hospitales afectados:						
% suministro de agua afectado (Especificar urbano o rural)						

RESPUESTA / ESTADO OPERATIVO DE AGENCIAS Y ORGANIZACIONES		
	Fecha de respuesta	Capacidad percibida de respuesta
Gobierno nacional		
Ejército		
Defensa Civil/Protección Civil		
OCHA		
Cruz Roja Nacional		
Comité Internacional de la Cruz Roja		
UNDAC		
UNICEF		
UNHRC		
PNUD		
PMA		
OPS/OMS		
PED		
Estrategia actual de PAHO/PED:		

(*)1 Este formulario servirá de base para la elaboración de los SITREP.

Evaluación general rápida (*) 1

Evento:	Fecha:	Hora:				
Ubicación						
Lugar (es) afectado (s) Área (s) más cercana a la ciudad afectada:	Solicitud de ayuda internacional:					
Situación						
Número de evacuados:	Población afectada:					
Número de desaparecidos:						
Número de heridos:	Extensión de las inundaciones					
Estado del clima:						
Resumen del evento	Evaluación de daños	Análisis de la amenaza				
General:	Daños a los asentamientos:					
Número de desplazados	Daños a la infraestructura:					
	Daños al transporte:					
Número desplazamiento de población	Daño en servicios públicos, líneas vitales: <input type="checkbox"/> Electricidad <input type="checkbox"/> Agua <input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Médicos <input type="checkbox"/> Comunicaciones <input type="checkbox"/> Alcantarillado <input type="checkbox"/> Otros	Seguridad:				
DAÑO INICIAL ESTIMADO						
	Reporte Inicial	Avance 6 horas	Avance 12 horas	Avance 18 horas	Avance 1 día	Avance 2 días
Reporte de muertos:						
Reporte de heridos:						
Reporte de desaparecidos:						
Población afectada directamente:						
Desplazados (total):						
Desplazados en albergues oficiales:						
Casas dañadas:						
Casas destruidas:						
Hospitales afectados:						
% suministro de agua afectado (Especificar urbano o rural)						

RESPUESTA / ESTADO OPERATIVO DE AGENCIAS Y ORGANIZACIONES		
	Fecha de respuesta	Capacidad percibida de respuesta
Gobierno nacional		
Ejército		
Defensa Civil/Protección Civil		
OCHA		
Cruz Roja Nacional		
Comité Internacional de la Cruz Roja		
UNDAC		
UNICEF		
UNHRC		
PNUD		
PMA		
OPS/OMS		
PED		
Estrategia actual de PAHO/PED:		

(*)1 Este formulario servirá de base para la elaboración de los SITREP.

Evaluación general rápida (*) 1

Evento:	Fecha:	Hora:				
Ubicación						
Lugar (es) afectado (s) Área (s) más cercana a la ciudad afectada:	Solicitud de ayuda internacional:					
Situación						
Número de evacuados:	Población afectada:					
Número de desaparecidos:						
Número de heridos:	Extensión de las inundaciones					
Estado del clima:						
Resumen del evento	Evaluación de daños	Análisis de la amenaza				
General:	Daños a los asentamientos:					
Número de desplazados	Daños a la infraestructura:					
	Daños al transporte:					
Número desplazamiento de población	Daño en servicios públicos, líneas vitales: <input type="checkbox"/> Electricidad <input type="checkbox"/> Agua <input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Médicos <input type="checkbox"/> Comunicaciones <input type="checkbox"/> Alcantarillado <input type="checkbox"/> Otros	Seguridad:				
DAÑO INICIAL ESTIMADO						
	Reporte Inicial	Avance 6 horas	Avance 12 horas	Avance 18 horas	Avance 1 día	Avance 2 días
Reporte de muertos:						
Reporte de heridos:						
Reporte de desaparecidos:						
Población afectada directamente:						
Desplazados (total):						
Desplazados en albergues oficiales:						
Casas dañadas:						
Casas destruidas:						
Hospitales afectados:						
% suministro de agua afectado (Especificar urbano o rural)						

RESPUESTA / ESTADO OPERATIVO DE AGENCIAS Y ORGANIZACIONES		
	Fecha de respuesta	Capacidad percibida de respuesta
Gobierno nacional		
Ejército		
Defensa Civil/Protección Civil		
OCHA		
Cruz Roja Nacional		
Comité Internacional de la Cruz Roja		
UNDAC		
UNICEF		
UNHRC		
PNUD		
PMA		
OPS/OMS		
PED		
Estrategia actual de PAHO/PED:		

(*)1 Este formulario servirá de base para la elaboración de los SITREP.

Evaluación general rápida (*) 1

Evento:	Fecha:	Hora:				
Ubicación						
Lugar (es) afectado (s) Área (s) más cercana a la ciudad afectada:	Solicitud de ayuda internacional:					
Situación						
Número de evacuados:	Población afectada:					
Número de desaparecidos:						
Número de heridos:	Extensión de las inundaciones					
Estado del clima:						
Resumen del evento	Evaluación de daños	Análisis de la amenaza				
General:	Daños a los asentamientos:					
Número de desplazados	Daños a la infraestructura:					
	Daños al transporte:					
Número desplazamiento de población	Daño en servicios públicos, líneas vitales: <input type="checkbox"/> Electricidad <input type="checkbox"/> Agua <input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Médicos <input type="checkbox"/> Comunicaciones <input type="checkbox"/> Alcantarillado <input type="checkbox"/> Otros	Seguridad:				
DAÑO INICIAL ESTIMADO						
	Reporte Inicial	Avance 6 horas	Avance 12 horas	Avance 18 horas	Avance 1 día	Avance 2 días
Reporte de muertos:						
Reporte de heridos:						
Reporte de desaparecidos:						
Población afectada directamente:						
Desplazados (total):						
Desplazados en albergues oficiales:						
Casas dañadas:						
Casas destruidas:						
Hospitales afectados:						
% suministro de agua afectado (Especificar urbano o rural)						

RESPUESTA / ESTADO OPERATIVO DE AGENCIAS Y ORGANIZACIONES		
	Fecha de respuesta	Capacidad percibida de respuesta
Gobierno nacional		
Ejército		
Defensa Civil/Protección Civil		
OCHA		
Cruz Roja Nacional		
Comité Internacional de la Cruz Roja		
UNDAC		
UNICEF		
UNHRC		
PNUD		
PMA		
OPS/OMS		
PED		
Estrategia actual de PAHO/PED:		

(*)1 Este formulario servirá de base para la elaboración de los SITREP.

Formato de informe de situación (SITREP)

Evento adverso:	
Fecha de ocurrencia:	
Zona específica del impacto:	
Fecha del informe:	
1. Breve descripción del evento adverso: (incluir información sobre: muertos, heridos, población desplazada, viviendas destruidas).	
2. Impacto del evento adverso: a. En la salud de la población: desplazamiento a albergues, dificultades en prestación de servicios de salud, falta de acceso a los sitios de servicios. b. Agua/Ambiente: agua potable, vectores, cambios negativos en el medio ambiente, en los servicios (agua, energía, recolección de residuos). c. En la infraestructura de salud y otras: instalaciones de salud dañadas	
3. En caso de existir el informe preliminar de evaluación de daños y necesidades, exponga una síntesis del mismo, de lo contrario omita este punto y envíe esta información posteriormente.	
4. Información general de las principales acciones que se están realizando en el sector salud (Ministerio, OPS, Naciones Unidas, Federación, Cruz Roja, otros actores). 5. ¿Se declaró emergencia? 6. ¿Se pidió ayuda internacional?	
7. Necesidades más urgentes en el sector salud identificadas por el país u OPS.	

Preparado por: _____

Antes de enviar este informe verifique si responde a las siguientes preguntas o si las respuestas son claras

¿Qué está pasando?

¿Por qué este evento es importante?, ¿Cuáles son las implicaciones y posible impacto en la salud?

Principales necesidades y ¿Qué está haciendo el sector salud y la OPS?

¿Se necesita en este momento ayuda externa?

Tenga en cuenta:

- Es muy importante la pertinencia con la que usted envíe los informes.
- Evite realizar informes largos y densos.
- Indique claramente las fuentes de información utilizadas.

Formato de informe de situación (SITREP)

Evento adverso:	
Fecha de ocurrencia:	
Zona específica del impacto:	
Fecha del informe:	
1. Breve descripción del evento adverso: (incluir información sobre: muertos, heridos, población desplazada, viviendas destruidas).	
2. Impacto del evento adverso: a. En la salud de la población: desplazamiento a albergues, dificultades en prestación de servicios de salud, falta de acceso a los sitios de servicios. b. Agua/Ambiente: agua potable, vectores, cambios negativos en el medio ambiente, en los servicios (agua, energía, recolección de residuos). c. En la infraestructura de salud y otras: instalaciones de salud dañadas	
3. En caso de existir el informe preliminar de evaluación de daños y necesidades, exponga una síntesis del mismo, de lo contrario omita este punto y envíe esta información posteriormente.	
4. Información general de las principales acciones que se están realizando en el sector salud (Ministerio, OPS, Naciones Unidas, Federación, Cruz Roja, otros actores). 5. ¿Se declaró emergencia? 6. ¿Se pidió ayuda internacional?	
7. Necesidades más urgentes en el sector salud identificadas por el país u OPS.	

Preparado por: _____

Antes de enviar este informe verifique si responde a las siguientes preguntas o si las respuestas son claras

¿Qué está pasando?

¿Por qué este evento es importante?, ¿Cuáles son las implicaciones y posible impacto en la salud?

Principales necesidades y ¿Qué está haciendo el sector salud y la OPS?

¿Se necesita en este momento ayuda externa?

Tenga en cuenta:

- Es muy importante la pertinencia con la que usted envíe los informes.
- Evite realizar informes largos y densos.
- Indique claramente las fuentes de información utilizadas.

Formato de informe de situación (SITREP)

Evento adverso:	
Fecha de ocurrencia:	
Zona específica del impacto:	
Fecha del informe:	
1. Breve descripción del evento adverso: (incluir información sobre: muertos, heridos, población desplazada, viviendas destruidas).	
2. Impacto del evento adverso: a. En la salud de la población: desplazamiento a albergues, dificultades en prestación de servicios de salud, falta de acceso a los sitios de servicios. b. Agua/Ambiente: agua potable, vectores, cambios negativos en el medio ambiente, en los servicios (agua, energía, recolección de residuos). c. En la infraestructura de salud y otras: instalaciones de salud dañadas	
3. En caso de existir el informe preliminar de evaluación de daños y necesidades, exponga una síntesis del mismo, de lo contrario omita este punto y envíe esta información posteriormente.	
4. Información general de las principales acciones que se están realizando en el sector salud (Ministerio, OPS, Naciones Unidas, Federación, Cruz Roja, otros actores). 5. ¿Se declaró emergencia? 6. ¿Se pidió ayuda internacional?	
7. Necesidades más urgentes en el sector salud identificadas por el país u OPS.	

Preparado por: _____

Antes de enviar este informe verifique si responde a las siguientes preguntas o si las respuestas son claras

¿Qué está pasando?

¿Por qué este evento es importante?, ¿Cuáles son las implicaciones y posible impacto en la salud?

Principales necesidades y ¿Qué está haciendo el sector salud y la OPS?

¿Se necesita en este momento ayuda externa?

Tenga en cuenta:

- Es muy importante la pertinencia con la que usted envíe los informes.
- Evite realizar informes largos y densos.
- Indique claramente las fuentes de información utilizadas.

Formato de informe de situación (SITREP)

Evento adverso:	
Fecha de ocurrencia:	
Zona específica del impacto:	
Fecha del informe:	
1. Breve descripción del evento adverso: (incluir información sobre: muertos, heridos, población desplazada, viviendas destruidas).	
2. Impacto del evento adverso: a. En la salud de la población: desplazamiento a albergues, dificultades en prestación de servicios de salud, falta de acceso a los sitios de servicios. b. Agua/Ambiente: agua potable, vectores, cambios negativos en el medio ambiente, en los servicios (agua, energía, recolección de residuos). c. En la infraestructura de salud y otras: instalaciones de salud dañadas	
3. En caso de existir el informe preliminar de evaluación de daños y necesidades, exponga una síntesis del mismo, de lo contrario omita este punto y envíe esta información posteriormente.	
4. Información general de las principales acciones que se están realizando en el sector salud (Ministerio, OPS, Naciones Unidas, Federación, Cruz Roja, otros actores). 5. ¿Se declaró emergencia? 6. ¿Se pidió ayuda internacional?	
7. Necesidades más urgentes en el sector salud identificadas por el país u OPS.	

Preparado por: _____

Antes de enviar este informe verifique si responde a las siguientes preguntas o si las respuestas son claras

¿Qué está pasando?

¿Por qué este evento es importante?, ¿Cuáles son las implicaciones y posible impacto en la salud?

Principales necesidades y ¿Qué está haciendo el sector salud y la OPS?

¿Se necesita en este momento ayuda externa?

Tenga en cuenta:

- Es muy importante la pertinencia con la que usted envíe los informes.
- Evite realizar informes largos y densos.
- Indique claramente las fuentes de información utilizadas.

Formato de informe de situación (SITREP)

Evento adverso:	
Fecha de ocurrencia:	
Zona específica del impacto:	
Fecha del informe:	
1. Breve descripción del evento adverso: (incluir información sobre: muertos, heridos, población desplazada, viviendas destruidas).	
2. Impacto del evento adverso: a. En la salud de la población: desplazamiento a albergues, dificultades en prestación de servicios de salud, falta de acceso a los sitios de servicios. b. Agua/Ambiente: agua potable, vectores, cambios negativos en el medio ambiente, en los servicios (agua, energía, recolección de residuos). c. En la infraestructura de salud y otras: instalaciones de salud dañadas	
3. En caso de existir el informe preliminar de evaluación de daños y necesidades, exponga una síntesis del mismo, de lo contrario omita este punto y envíe esta información posteriormente.	
4. Información general de las principales acciones que se están realizando en el sector salud (Ministerio, OPS, Naciones Unidas, Federación, Cruz Roja, otros actores). 5. ¿Se declaró emergencia? 6. ¿Se pidió ayuda internacional?	
7. Necesidades más urgentes en el sector salud identificadas por el país u OPS.	

Preparado por: _____

Antes de enviar este informe verifique si responde a las siguientes preguntas o si las respuestas son claras

¿Qué está pasando?

¿Por qué este evento es importante?, ¿Cuáles son las implicaciones y posible impacto en la salud?

Principales necesidades y ¿Qué está haciendo el sector salud y la OPS?

¿Se necesita en este momento ayuda externa?

Tenga en cuenta:

- Es muy importante la pertinencia con la que usted envíe los informes.
- Evite realizar informes largos y densos.
- Indique claramente las fuentes de información utilizadas.

Comunicación en emergencia, lista de verificación ^{(*) 1}

<p>1. Ha realizado un diagnóstico rápido sobre las necesidades de información y comunicación durante la emergencia: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p>
<p>2. Las necesidades son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Internas <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No • Se requiere de asesoría <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No • Se requiere una estrategia de trabajo con los medios de comunicación <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No • Se cuenta con el equipo humano necesario <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No • Existe un plan de comunicación <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No • Se requiere trabajar con otras contrapartes nacionales e internacionales <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<p>3. Referente a manejo y producción de de información, están claros los mecanismos de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recolección <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No • Producción <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No • Análisis <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No • Difusión de información <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<p>4. Conoce dichos mecanismos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El staff de la Representación <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No • El Equipo de Respuesta <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<p>5. Fluye adecuadamente la información de los siguientes actores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ministerio de Salud <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No • Equipo de Respuesta <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No • Organizaciones internacionales <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No • Resto del staff de la Representación involucrado en la respuesta <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No • Nivel regional de la OPS/OMS <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<p>6. Ha establecido procedimientos de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de la información <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No • Organización y sistematización de la información <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No • Monitoreo de la información <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<p>7. Mantiene intercambio de información con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • COE (Nacional y OPS en Washington) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No • Sala de situación de OPS <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No • Sala de situación del ministerio <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No • Sistema de Naciones Unidas <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<p>8. Están claros los procedimientos y horarios para la confección, aprobación y distribución de los informes de situación (SITREP) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p>
<p>9. Se ha definido cómo será estratégicamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La relación con los medios de comunicación <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No • Las estrategias de visibilidad de la OPS/OMS <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<p>10. Ha identificado las necesidades de desarrollo de materiales sobre promoción de la salud <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p>
<p>11. Cuenta con el equipo humano necesario para desarrollarlos <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p>

(*) 1 En cada punto registre o amplíe la información recolectada con las observaciones que considere pertinente para orientar las decisiones.

Acciones para prevenir problemas en la gestión de información

- ◆ Establecer y promover pasos claros y ágiles para la recopilación, procesamiento, verificación y aprobación de información, tanto a lo interno del Equipo de Respuesta, como entre la OPS/OMS y las autoridades nacionales.
- ◆ Asegúrese de responder a las siguientes preguntas: ¿Quién produce qué, cuándo y con qué contenidos? ¿Quién informa a quién, cuándo y con qué información? ¿Quién aprueba la información antes de hacerla pública?.
- ◆ Compartir los mecanismos de recolección y de análisis de información con todas las personas del Equipo. Si se conocen los métodos, formatos y procedimientos, el resultado será armonizado y más eficiente.
- ◆ Buscar siempre el equilibrio entre la oportunidad (rapidez) y cantidad/calidad de la información.
- ◆ Establecer procedimientos claros y periódicos para la producción y distribución, según las necesidades de aquellos que la demanden (CEO de Washington o Nacional, Sistema de Naciones Unidas, Representación, etc.)
- ◆ Evitar los excesos de protagonismo en el manejo de la emergencia. La anticipación de sensibilidades políticas y su adecuado control son elementos importantes a todo nivel del manejo de la emergencia.
- ◆ La planificación y el trabajo previo le permitirán anticipar los escenarios más complejos y organizar los recursos para usarlos de la manera más eficiente. También le ayudará a manejar con éxito el trabajo con aquellos que pudieran unirse al equipo.
- ◆ Garantizar el acceso igualitario de la información a los medios de comunicación sobre el estado de la emergencia, su impacto sobre la población, las acciones de respuesta y la evolución de la situación. Preocúpese por entender y satisfacer sus necesidades de información.
- ◆ Revisar los materiales existentes sobre promoción de la salud que puedan servir durante la situación actual de la emergencia. Si necesita desarrollar nuevos materiales, asegúrese que participen en el proceso el equipo de promoción de la salud del Ministerio, técnicos en las diferentes áreas (agua y saneamiento, epidemiología, control de vectores, nutrición, salud mental, servicios de salud y comunicación).

Llamamiento de ayuda internacional (*Flash appeal*)

Describe:

1. Resumen ejecutivo (1 Pág.)

- ▶ En crisis
- ▶ Necesidades priorizadas y plan de repuesta
- ▶ Monto en dólares requerido
- ▶ Tiempo de ejecución no mayor a 6 meses

2. Contexto y consecuencias humanitarias (1.5 Pág.)

Contexto

- ▶ Qué ha pasado
- ▶ Dónde
- ▶ Información de lo ocurrido desde el inicio de la crisis, el gobierno se compromete a aceptar asistencia internacional, respuesta inmediata por parte de los organismos, evaluaciones de terreno.
- ▶ Evolución de la crisis. ¿Cuál es el mejor y peor escenario probable?

Consecuencias humanitarias

- ▶ ¿Quiénes son los más afectados y por qué? proporcione estimativos, si es posible de determinados grupos más afectados, desglosando sexo y edad.
- ▶ ¿Cuáles son las necesidades (de grupos específicos, desglosados por edad y sexo)? ¿Cuáles son los resultados directos e inmediatos de la crisis?
- ▶ ¿Cuáles serían las necesidades en el mejor o peor de los casos, y lo más probable si los principales escenarios fuesen realidad?
- ▶ ¿Cuáles son los sectores prioritarios para la respuesta? (De acuerdo a estándares de IASC), Refugios, elementos no alimentarios, salud (incluido nutrición y atención psicosocial) agua y saneamiento, alimentación, agricultura, la protección de los derechos humanos, la educación, acción contra las minas, coordinación y el apoyo a servicios y la recuperación económica.

3. Plan de respuesta (1 Pág.)

Cada sector del equipo de país decide incluir:

- ▶ Objetivos (no más de dos, cada uno debe ser específico y medible)
- ▶ Acciones humanitarias que pueden ser implementadas en el tiempo que dura este llamamiento de urgencia (máximo de 6 meses)
- ▶ Resultados esperados e impacto
- ▶ Ejemplo de tabla por proyecto (guarde espacio entre tabla y tabla):

SECTOR SALUD		
OPS-OMS	Título del Proyecto	Monto requerido (Sin signo de \$)
	Objetivo:	
	Beneficiarios: número total, mujeres, niñas(os)	
	Socios: con quienes implementaría el proyecto	

Roles y responsabilidades

Máximo 10 líneas sobre cómo se coordina la respuesta y quién es el responsable tanto del gobierno como de Naciones Unidas.

Tabla indicando líderes de *cluster* por sector y principales actores humanitarios del (gobierno, Naciones Unidas, Cruz Roja y Media Luna Roja, ONG).

Fondo Central para la Respuesta a Desastres (CERF)^{(*) 1}

	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">CERF No.</td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td>Date:</td> <td></td> </tr> </table> <p style="font-size: small; text-align: center;">To be filled in by the CERF Secretariat</p>	CERF No.		Date:	
CERF No.					
Date:					

Requesting agency:	PAHO/WHO
Project title:	
CAP/flash appeal project code	
Sector:	
Targeted beneficiaries:	
Implementing partners:	
Total project budget:	
Amount requested from CERF:	

Project Summary

Resumen de la situación general. ¿Cuál es la afectación del sector salud? población afectada, acceso a los servicios y necesidades inmediatas que salvan vidas (cuál es la razón para recurrir a un fondo que salva vidas).

Description of the CERF component of the Project

(a) Objective

Redacte el objetivo del proyecto.

(b) Proposed activities

1. Listado de actividades a desarrollar, recuerde que van enfocadas a salvar vidas.

(c) Expected outcomes

1. Describa los resultados esperados a partir de cada una de las actividades propuestas. Al final de la actividad la situación en qué mejorará.

(d) Implementation plan

Quién y cómo se llevará a cabo el plan. En un párrafo corto.

Budget (CERF component only)

Cost breakdown	Amount (USD)
A. Staff costs (salaries and other entitlements).	
B. Travel	
C. Contractual services (please itemize below; add rows if necessary).	
D. Operations (please itemize below; add rows if necessary).	
Logistical costs %	
E. Acquisitions (please itemize below; add rows if necessary).	
F. Other	
Subtotal project requirements	
G. Indirect programme requirements (not to exceed 7% of subtotal project costs).	
Total cost	

(*) 1 El CERF debe presentarse en inglés; sin embargo, este puede redactarse y enviarse a Washington para su traducción.

Tarjeta de acción para el Representante del país de la OPS/OMS

Su rol es estratégico y político:

- ◆ De acuerdo a una evaluación realista e independiente, definir si la situación merece o no una declaración de estado de emergencia interna.
- ◆ Activar el plan de emergencia de la Representación y operar en modo de emergencia.
- ◆ Reunir periódicamente al personal de la Representación y compartir información para la toma de decisiones y el apoyo al país.
- ◆ Asignar tareas al personal según el área de competencia (las emergencias no son responsabilidad solamente del punto focal de desastres).
- ◆ Apoyarse en el personal en reuniones con el Gobierno y con la cooperación internacional para coordinar las acciones.
- ◆ Garantizar el flujo de la información a nivel interno, alimentándose de los informes de la evaluación de daños y análisis de necesidades (EDAN) haciendo énfasis en el componente salud. Mantener informado a (PED/HQ) y a la oficina subregional correspondiente.
- ◆ Brindar soporte administrativo y logístico a la persona asignada para coordinar el *cluster* de salud.
- ◆ Identificar socios nacionales e internacionales en el área, como parte de la evaluación y para establecer las necesidades de recursos.
- ◆ Apoyar la gestión del coordinador del *cluster* salud (experto de dedicación exclusiva nombrado para tal fin).

Acciones inmediatas:

- ◆ Contactar a la oficina de desastres del ministerio de salud para definir un plan de acción de apoyo al ministerio y reprogramar y reorientar recursos para apoyar la respuesta.
- ◆ Apoyar las acciones de respuesta rápida en salud (rehabilitación rápida de los servicios de salud y sanitarios básicos).
- ◆ Apoyar la evaluación rápida y el análisis de necesidades para facilitar la toma de decisiones (Consulte en intranet, la lista de temas a considerar).
- ◆ Colaborar con el ministerio de salud pública en la organización de la respuesta en salud, considerando la respuesta local y las ofertas de ayuda internacional.
- ◆ Cooperar en la movilización de expertos del Equipo Regional de Respuesta.

- ◆ Coordinar con las oficina regional y subregional de PED.
- ◆ Promover el uso en el país del LSS/SUMA
- ◆ Comunicar e informar (gerencia de la información pública, producción de informes técnicos internos para el COE y externos hacia la comunidad y donantes nacionales).
- ◆ Mantener la página *web* de la OPS/OMS del país actualizada y alimentar la página web de la oficina central.

Áreas esenciales:

- ◆ Condiciones sanitarias en albergues temporales.
- ◆ Población afectada con necesidades especiales (pacientes crónicos, discapacitados, gestantes, ancianos y refugiados).
- ◆ Infraestructuras de salud (acceso a los servicios, capacidad instalada, recursos humanos, servicios complementarios).
- ◆ Atención en salud de la población afectada.
- ◆ Agua y saneamiento básico.
- ◆ Vigilancia epidemiológica.
- ◆ Coordinación sectorial e interagencial.

Operar en modo de emergencia:

- ◆ Suspender eventos que desvíen la atención a la emergencia.
- ◆ Agilizar trámites administrativos; estar disponible; asignar personal las 24 horas; garantizar la operatividad permanentemente de la Representación; tomar provisiones (suspenda permisos si es necesario, garantice la logística, servicios básicos y el bienestar del personal).
- ◆ Definir un plan de acción, delegar funciones, revisar periódicamente las necesidades y los avances, garantizar la operación permanente.
- ◆ Asignar personal al COE del ministerio de salud.

Evite estos errores frecuentes:

- ◆ No delegar funciones.
- ◆ No compartir la información.
- ◆ Sub utilizar la cooperación externa.
- ◆ Desconocer opiniones técnicas de expertos.
- ◆ Perder la independencia ante la presión política o de los medios de comunicación.

Contactos del Área de Preparativos de Emergencia y Desastres de OPS/OMS *

Sitio	Contacto	Teléfonos	E-mail
GERENTE DEL ÁREA, PREPARATIVOS PARA SITUACIONES DE EMERGENCIA Y SOCORRO EN CASOS DE DESASTRES	Dr. Jean Luc Poncelet, Washington D.C., USA	(202) 974-3399 (202) 974-3434 Teléfono de emergencia: (202) 974-3399 Fax (202) 775-4578 (202) 549-4820	poncelej@paho.org
EQUIPO REGIONAL DE RESPUESTA	Dra. Dana Van Alphen Responsable	Oficina de Panamá: (507)-317-1120 Casa : (507) 2258929 Celular: (507) 6677-6401	vanalphd@pan.ops-oms.org
	Dr. Leonardo Hernández Oficina, Panamá	Oficina de Panamá: Celular: (507) 6674-9348	hernanle@pan.ops-oms.org
ALTERNATIVAS DE CONTACTO	Dr. Ciro Ugarte Washington D.C.	Oficina: (202)-974-3708 Casa: (703) 714-0907 Celular: (202) 297-4304	ugarteci@paho.org
	Patricia Bittner Washington D.C.	Oficina: (202)-974-3528 Casa: (703) 971-7341 Celular: (202) 427-2712	bittnerp@paho.org
CENTRO DE OPERACIONES DE EMERGENCIA -Washington D.C.	Dr. Robert Lee	Oficina: (202) 974-3399	eoc@paho.org
STAFF PED OFICINA SUBREGIONAL DE PANAMÁ	Dr. Alejandro Santander, asesor subregional	Fijos: (507) 317-1120 Fax: (507) 317-0600 Celular: (507) 6450-5249	santanda@pan.ops-oms.org
	Ricardo Pérez, asesor regional, información	Oficina: (507) 317-1120 Casa: (507) 232- 7009 / Celular: (507) 6450-5472	perezric@pan.ops-oms.org
SUBREGIONAL CARIBE / BARBADOS	Mónica Zaccarelli, asesor subregional	Fijos: (246)436-6448, (246)426-3860 Fax: (246) 436-6447 Celular: (246) 266-5597	zaccarem@paho.org
SUBREGIONAL SURAMERICA – ECUADOR	Dr. Carlos Roberto Garzón, asesor subregional	Fijos: (59-32) 2460-330 Fax: (59-32) 2256-174 / Celular: (59-39) 980-6547	cgarzon@ecu.ops-oms.org

* Visite la página www.paho.org/desastres para ver la actualización de esta información.

Los formularios de evaluación de la Guía de campo del Equipo de Respuesta de la OPS/OMS son instrumentos valiosos para la recolección de datos en escenarios de emergencias o desastres. Están diseñados para el registro cualitativo y cuantitativo de información que permita analizar las necesidades del sector salud para la toma de decisiones, que ayuden a dar respuesta rápida y eficiente a las víctimas de los desastres.

Los formularios deben ser completados por los miembros del Equipo de Respuesta, en la mayoría de los casos, se ha incluido cinco copias con el fin de que puedan ser arrancadas y utilizadas para la recopilación de datos. También se pueden obtener copias adicionales del CD-ROM incluido en la carpeta.



**Organización
Panamericana
de la Salud**



Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

*Área de Preparativos para Situaciones de Emergencia
y Socorro en Casos de Desastre;
525 23rd St. N.W. Washington, D.C. 20037, EUA
www.paho.org/desastres*



Canada

