



## FORMULARIO DE EVALUACIÓN INICIAL DE NECESIDADES POR EVENTOS ADVERSOS

### I. UBICACIÓN GEOGRÁFICA

PROVINCIA:		CANTÓN:			
PARROQUIA:		URBANA:	<input type="checkbox"/>	RURAL:	<input type="checkbox"/>
SECTOR/DIRECCIÓN:					
DISTANCIA		KM.		AL PUNTO DE REFERENCIA:	
TIEMPO ESTIMADO		HORAS			
COORDENADAS	X:		Y:		ALTITUD: msnm

FORMATO DE COORDENADAS UTM DATUM: WGS84 ZONA: 17 SUR

### II. FECHA Y TIPO DE EVENTO

FECHA INICIO/EVENTO	AÑO:		MES:		DÍA:		HORA:	
EVENTO GENERADOR (Marque con una X según corresponda)								
SISMO		ACTIVIDAD VOLCÁNICA		OLEAJE/ AGUAJE		VENDAVAL		
INUNDACIÓN		INCENDIO ESTRUCTURAL		DESLIZAMIENTO		SEQUÍA		
TSUNAMI		COLAPSO ESTRUCTURAL		AVALANCHA		OTROS		
DESCRIPCIÓN DEL EVENTO ADVERSO:								
DESCRIPCIÓN DE EFECTOS SECUNDARIOS:								
POSIBLES AMENAZAS EN EL FUTURO CERCANO								

### III. POBLACIÓN IMPACTADA

	ADULTOS (15 AÑOS O MAYOR)		NIÑOS (0 A 14 AÑOS)		NÚMERO TOTAL	
	HOMBRES	MUJERES	NIÑOS	NIÑAS	PERSONAS	HOGARES*
POBLACIÓN TOTAL DEL ÁREA IMPACTADA						
AFECTADOS						
DAMNIFICADOS						
EVACUADOS						
ALBERGADOS						
HERIDOS						
DESAPARECIDOS						
FALLECIDOS						
POBLACIÓN CON NECESIDADES ESPECIALES	CANTIDAD EN NÚMEROS					
	HOMBRES	MUJERES				TOTAL
HOGARES CON MUJERES COMO CABEZA DE FAMILIA						
HOGARES CON NIÑOS/AS COMO CABEZA DE FAMILIA						



MUJERES EMBARAZADAS/LACTANTE			
HUÉRFANOS			
ADULTOS MAYORES			
PERSONAS CON DISCAPACIDAD			
PERSONAS EMOCIONALMENTE AFECTADAS			
PERSONAS QUE SUFRIERON ALGUNA VIOLENCIA			
ESPECIFIQUE SI HAY ETNIA PREDOMINANTE:			

**IV. AFECTACIÓN A LOS MEDIOS DE VIDA (Indique el número de personas y marque con una o más X según corresponda)**

MEDIOS DE VIDA	POR SEXO		DAÑOS			NO APLICA	OBSERVACIONES (CUANTIFICAR)
	HOMBRES	MUJERES	SIN DAÑO	DAÑO PARCIAL	DAÑO TOTAL		
AGRICULTURA							
GANADERÍA							
MINERÍA							
PESCA							
TURISMO							
TRABAJO EN LA INDUSTRIA							
OFICIOS POR CUENTA PROPIA (ALBAÑIL, CARPINTERO, ETC.)							
PEQUEÑO COMERCIO							
TRABAJO INFORMAL							
JORNALERO/A, TRABAJO EVENTUAL							
TRABAJOS CON ASOCIACIONES COMUNITARIAS							
TRABAJO CON SUELDO REGULAR							
AYUDA DE FAMILIA/ REMESA							
RECIBE BONO DEL ESTADO							
OTRAS:							

**V. DAÑOS EN VIVIENDAS (Indique la cantidad con números)**

	DAÑOS EN VIVIENDAS				OBSERVACIONES
	SIN DAÑO	TEMPORALMENTE NO HABITABLES	DAÑO PARCIAL HABITABLES	DAÑO TOTAL NO HABITABLES	
VIVIENDAS					
TOTAL VIVIENDAS					

**VI. DAÑOS EN SERVICIOS Y OTRAS INFRAESTRUCTURAS (Marque con una X según corresponda)**

INFRAESTRUCTURA	FUNCIONAMIENTO		DAÑOS			NO APLICA	OBSERVACIÓN (CUANTIFICAR)
	FUNCIONA	NO FUNCIONA	SIN DAÑO	DAÑO PARCIAL	DAÑO TOTAL		
ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS							
CENTROS INFANTILES Y							



GERONTOLÓGICOS							
HOSPITALES/CENTROS DE SALUD							
CENTROS COMUNITARIOS							
REDES DE AGUA							
INFRAESTRUCTURA ELÉCTRICA							
PUENTES, VÍAS DE ACCESO							
TRANSPORTE PÚBLICO							
BAÑOS/LETRINAS							
ALCANTARILLADO							
RED FIJA TELEFÓNICA							
TELEFONÍA CELULAR							
BANCOS							
CENTROS RECREATIVOS							
IGLESIAS							
ALBERGUES							
OTROS:							
ESPECIFICAR DAÑOS EN INFRAESTRUCTURA ESTRATÉGICA (PUERTO, AEROPUERTO, REFINERÍA, OLEODUCTO/GASODUCTO, POZOS PETROLEROS, REPRESAS, ETC.)							

**VII. ACCESIBILIDAD (Especifique el medio y tipo más adecuado para llegar a la zona afectada)**

VÍA TERRESTRE	VÍA AÉREA	VÍA FLUVIAL
ESPECIFIQUE TIPO DE TRANSPORTE:		

**VIII. AFECTACIÓN A LOS SECTORES DE SALUD Y ALIMENTACIÓN POR EL EVENTO**

SALUD Y NUTRICIÓN	SI	NO	OBSERVACIONES / CUANTIFICAR
¿ESTÁN FUNCIONANDO UNIDADES OPERATIVAS DE SALUD?			
¿HAY PERSONAS QUE REQUIEREN ATENCIÓN MÉDICA?			
	SÍ	NO	NO SE SABE/ NO SE PUEDE DETERMINAR
¿EXISTE AGUA APTA PARA CONSUMO HUMANO?			
FUENTES DE AGUA APTA PARA CONSUMO HUMANO			

SEGURIDAD ALIMENTARIA	SI	NO	%	OBSERVACIONES
¿HAY ALIMENTOS?				
¿HAY PÉRDIDAS EN LAS COSECHAS?				
¿HAY ACCESO AL MERCADO?				
¿FUNCIONA EL MERCADO?				
¿LA POBLACIÓN CUENTA CON DINERO PARA COMPRAR?				
¿ES POSIBLE CONSERVAR LOS ALIMENTOS PERECIBLES?				



**IX. SITUACIÓN DE ASISTENCIA HUMANITARIA**

<b>ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES DE SOCORRO/DESARROLLO QUE ESTÁN FUNCIONANDO EN LA COMUNIDAD</b>			
<b>ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN</b>		<b>SECTOR DE LA INTERVENCIÓN (SALUD, AGUA, NUTRICIÓN, ETC.)</b>	<b>CONTACTO</b>
<b>ACCIONES DE RESPUESTA REALIZADAS HASTA EL MOMENTO</b>			
<b>FECHA</b>	<b>DESCRIPCIÓN (TIPO)</b>	<b>ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN</b>	<b>NÚMERO DE HOGARES(H) O PERSONAS(P) BENEFICIADAS</b>

**X. CAPACIDAD DE ATENCIÓN DEL EVENTO ADVERSO (Marque con una X según corresponda)**

<b>ESCALA</b>	<b>NECESIDAD DE RECURSOS</b>
<b>ATENCIÓN LOCAL</b>	El evento requiere movilizar recursos locales parroquiales o cantonales. El CGR/COE cantonal y los mecanismos parroquiales toman decisiones.
<b>ATENCIÓN PROVINCIAL</b>	El evento supera las capacidades locales y requiere apoyo del CGR/ COE provincial y la intervención de la Coordinación Zonal.
<b>ATENCIÓN NACIONAL</b>	El evento supera las capacidades provinciales y requiere apoyo nacional. Se requiere la intervención de la Matriz de la SGR.

**XI. NECESIDADES DE RESPUESTA**

<b>NECESIDADES MÁS URGENTES (Indique la cantidad donde corresponda)</b>			
<b>SECTOR</b>	<b>NÚMERO DE PERSONAS</b>	<b>NÚMERO DE HOGARES</b>	<b>ESPECIFICACIONES (¿PARA CUÁNTOS DIAS?/TIPO)</b>
<b>ALBERGUE</b>			
<b>ALIMENTOS</b>			
<b>AGUA (CONSUMO HUMANO)</b>			



NECESIDADES URGENTES DE RECURSO HUMANO (Marque con una X según corresponda)			
DESCRIPCIÓN	SI	NO	REQUERIMIENTOS Y EQUIPOS
BÚSQUEDA Y RESCATE			
SALUD FÍSICA/MENTAL			
SEGURIDAD			
INGENIERÍA Y MANTENIMIENTO			
NECESIDADES DE RECUPERACIÓN TEMPRANA (Marque con una o más X según corresponda)			
SECTORES	SÍ	NO	OBSERVACIONES: Explique si hay necesidad de evaluación específica complementaria
AGRICULTURA			
GANADERÍA			
PESCA			
COMERCIO			
INDUSTRIA			
MEDIO AMBIENTE			
EDUCACIÓN			
SALUD			
VIVIENDA			
AGUA POTABLE			
ENERGÍA ELÉCTRICA			
VÍAS DE ACCESO			
TRANSPORTE PÚBLICO			
OLEODUCTO /GASODUCTO			
SANEAMIENTO/ALCANTARILLADO			
TELECOMUNICACIONES			
OTROS:			

**XII. COMENTARIOS/OBSERVACIONES**

--



**XIII. EQUIPO DE EVALUACIÓN**

FECHA DE EVALUACIÓN	AÑO:		MES:		DÍA:		HORA:	
---------------------	------	--	------	--	------	--	-------	--

	NOMBRE	M	F	ORGANIZACIÓN	TELÉFONO	EMAIL
LÍDER						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

NOMBRE ENTREVISTADOS/AS	M	F	ORGANIZACIÓN/COMUNIDAD	TELÉFONO

**FIRMA DEL LÍDER DEL EQUIPO EVALUADOR:**

\_\_\_\_\_



### FORMATO DE INFORME DE EVALUACIÓN DE DAÑOS

<b>PRESENTADO POR</b>									
<b>FECHA DEL INFORME</b>	<b>AÑO:</b>		<b>MES:</b>		<b>DÍA:</b>		<b>HORA:</b>		
<b>PROVINCIA:</b>				<b>CANTÓN:</b>					
<b>PARROQUIA:</b>				<b>URBANA:</b>		<b>RURAL:</b>			
<b>SECTOR/DIRECCIÓN:</b>									
<b>ZONA:</b>				<b>DISTRITO:</b>					
<b>DISTANCIA</b>		<b>KM.</b>	}	<b>AL PUNTO DE REFERENCIA:</b>					
<b>TIEMPO ESTIMADO</b>		<b>HORAS</b>							
<b>COORDENADAS</b>	<b>X:</b>				<b>Y:</b>			<b>ALTITUD:</b>	
<b>ACCESIBILIDAD:</b>									
<b>CARACTERÍSTICAS DEL EVENTO</b>									
<b>FECHA INICIO/EVENTO</b>	<b>AÑO:</b>		<b>MES:</b>		<b>DÍA</b>		<b>HORA</b>		
<b>EVENTO GENERADOR:</b>									
<b>DESCRIPCIÓN DEL EVENTO:</b>									
<b>EFFECTOS SECUNDARIOS:</b>									
	<b>ESCALA</b>	<b>NECESIDAD DE RECURSOS</b>							
	<b>ATENCIÓN LOCAL</b>	El evento requiere movilizar recursos locales parroquiales o cantonales. El CGR/COE cantonal y los mecanismos parroquiales toman decisiones.							
	<b>ATENCIÓN PROVINCIAL</b>	El evento supera las capacidades locales y requiere apoyo del CGR/ COE provincial y la intervención de la Coordinación Zonal.							
	<b>ATENCIÓN NACIONAL</b>	El evento supera las capacidades provinciales y requiere apoyo nacional. Se requiere la intervención de la Matriz de la SGR.							
<b>AFECTACIÓN DE LA POBLACIÓN</b>									
<b>1. Características</b>									
<b>EFFECTOS ADVERSOS:</b>									
<b>1. Sector productivo:</b>									



**2. Infraestructura:**

**MEDIO DE VIDA DE LA COMUNIDAD:**

**AFECTACIÓN A LOS SECTORES DE SALUD Y ALIMENTACIÓN**

**1. Salud y Nutrición**

**2. Seguridad Alimentaria**

**SITUACIÓN DE ASISTENCIA HUMANITARIA**

**CONCLUSIONES**





**RECOMENDACIONES**

1. Necesidades más urgentes:

2. Necesidades urgentes de recurso humano

3. Recuperación temprana

**ANEXOS:**

1. Equipo de Evaluación

#	Nombre	M	F	Organización	Email	Teléfono
1						
2						
3						
4						

2. Entrevistados

#	Nombre	M	F	Organización	Teléfono
1					

3. Mapas



--

<b>4. Formulario de Evaluación</b>
------------------------------------

--

<b>5. Registro fotográfico</b>
--------------------------------

--

**FIRMA DEL LÍDER DEL EQUIPO EVALUADOR:**

\_\_\_\_\_