



## FORMULARIO 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**

ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES DE SOCORRO/DESARROLLO QUE ESTÁN FUNCIONANDO EN LA COMUNIDAD		
ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN	SECTOR DE LA INTERVENCIÓN (SALUD, AGUA, NUTRICIÓN, ETC.)	CONTACTO



ACCIONES DE RESPUESTA REALIZADAS HASTA EL MOMENTO			
FECHA	DESCRIPCIÓN (TIPO)	ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN	NÚMERO DE HOGARES(H) O PERSONAS(P) BENEFICIADAS

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

ESCALA	NECESIDAD DE RECURSOS
<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**

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



<b>NECESIDADES URGENTES DE RECURSO HUMANO (Marque con una X según corresponda)</b>			
<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	<b>REQUERIMIENTOS Y EQUIPOS</b>
BÚSQUEDA Y RESCATE			
SALUD FÍSICA/MENTAL			
SEGURIDAD			
INGENIERÍA Y MANTENIMIENTO			
<b>NECESIDADES DE RECUPERACIÓN TEMPRANA (Marque con una o más X según corresponda)</b>			
<b>SECTORES</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	<b>OBSERVACIONES: Explique si hay necesidad de evaluación específica complementaria</b>
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 O LIDERESA DEL EQUIPO EVALUADOR:

---