

REPORTE DETALLADO

(para ser completado en las 24 horas después del reporte evento)



Cruz Roja
Costarricense

Número de reporte:						
Fecha de reporte:	tt/mm/aaaa	Hora de reporte:	hh:mm			
Comité:	¿ES OPERACIONAL? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					
Reporte completado por: nombre	Contacto: teléfono, móvil, correo electrónico, ID de radio					
Jefe a cargo: nombre	Contacto: teléfono, móvil, correo electrónico, ID de radio					
Lugar	Provincia	Cantón	Distrito	Barrio		
¿Hay AVC previo?		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	¿Diagnostico comunitario?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

CONDICIONES GENERALES

Fecha de evento:	tt/mm/aaaa	Hora de evento:	hh:mm	
Tipo de Evento	Emergencia técnica	<input type="checkbox"/>	Incendio	<input type="checkbox"/>
	Sismo	<input type="checkbox"/>	Actividad volcánica	<input type="checkbox"/>
	Deslizamiento	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>
	Fenómeno atmosférico	<input type="checkbox"/>		
	Inundación	<input type="checkbox"/>		
Tipo de la comunidad afectada		Efectos secundarios		
urbano <input type="checkbox"/>	marginal <input type="checkbox"/>	rural <input type="checkbox"/>	caracterizar brevemente efectos secundarios del evento	
Condiciones climáticas en la zona afectada (hasta 24 horas)				
Temperatura (°C)	<input type="checkbox"/>			
filo del viento	<input type="checkbox"/>			
Claro	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>	¿Emisión de material peligroso? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Nublado	<input type="checkbox"/>	Especifique	Especifique	
Lluvioso	<input type="checkbox"/>			
Lluvia Torrencial	<input type="checkbox"/>			

ESTADO DEL COMITÉ

Contacto: teléfono, móvil, correo electrónico, ID de radio

¿HAY UNA ALERTA ACTIVA? SI NO

AZUL VERDE AMARILLA ROJA

DESPLIEGUE		Especifique números/comentario	CAPACIDAD	
Personal			puede manejar	<input type="checkbox"/>
Voluntarios	<input type="checkbox"/>		necesitan apoyo	<input type="checkbox"/>
Permanentes	<input type="checkbox"/>		necesitan ser reemplazadas	<input type="checkbox"/>
Equipo			no operacional	<input type="checkbox"/>
Vehículos	<input type="checkbox"/>		necesario el reemplazo total	<input type="checkbox"/>
Materiales	<input type="checkbox"/>		SITUACION DE SEGURIDAD	
Suministros			estabilidad	<input type="checkbox"/>
Combustible	<input type="checkbox"/>		inestabilidad	<input type="checkbox"/>
Mantenimiento	<input type="checkbox"/>		riesgo para el personal	<input type="checkbox"/>
¿Hay otros comités que asisten a?		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	grupos violentos	<input type="checkbox"/>
Nombres		Código	disturbios civiles	<input type="checkbox"/>
			¿amenazas por CBRN? Especifique	<input type="checkbox"/>
¿Necesita rotar al personal?		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Otros Especifique	<input type="checkbox"/>
¿Requiere apoyo psicológico para el personal?		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
¿RECURSOS PROPIOS SUFICIENTES?			SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Recursos adicionales necesarios	Búscate y rescate:	número	Prehospitalaria	número
	Aguatica		Ambulancias	
	Montaña (cuerda)		Suministros	
	Técnica (riesgo químico)		Logística	
	Otros:		Telecomunicación	

AFECTADOS

Población total en el lugar afectado				número de habitantes, estimación			
	NIÑOS			ADULTOS			TOTAL
edad	0-5	6-12	13-17	19-65		>65	
				Mujeres	Hombres		
Translados							
Evacuados							
Desaparecidos							
Desplazados							
Enfermos							
Heridos							
Muertos							
¿Hay familias separadas?				SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	número	
¿Hay menores sin acompañantes?				SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	número	
¿Hay adultos mayores sin acompañantes?				SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	número	

ACCESO

¿HAY PROBLEMAS CON LOS ACCESOS?						SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
SEC-TOR	DAÑO TIPO	NO AFEC-TADO	AFECTADO		DESTR UIDO	ESPECIFIQUE	
			FUNCIONAL	NO FUNCIONAL			
TRANSPORTE	Carreteras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	números de carreteras y km	
	Puentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nombre	
	Ferrocarril	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nombre de línea	
	Aeropuerto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nombre	
	Puerto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nombre	
¿HAY PROBLEMAS CON LOS ACCESOS A LA POBLACIÓN AFECTADA?						SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿CUÁL ES LA MEJOR POSIBILIDAD PARA ACCESAR EL LUGAR AFECTADO?							
Explicar y nombrar la mejor posibilidad							

¿HAY MÁS DAÑOS A LA INFRAESTRUCTURA?						SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
SECTOR	DAÑO TIPO	NO AFECTADO	AFECTADO		DESTRUIDO	ESPECIFIQUE			
			FUNCIONAL	NO FUNCIONAL					
LÍNEAS VITALES	Suministro de Agua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	Electricidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	Comunicaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	Alcantarillado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
INFRAESTRUCTURA COMUNAL	Escuelas, Colegios, Universidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	Salones comunales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	Gimnasios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	Iglesias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
INFRAESTRUCTURA ECONÓMICA	Agricultura y Ganadería	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	Industria y Manufactura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	Banca, Turismo y Comercio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

SECTOR	DAÑO TIPO	NO AFECTADO	AFECTADO		DESTRUIDO	ESPECIFIQUE		
			FUNCIONAL	NO FUNCIONAL				
INFRAESTRUCTURA DE SALUD	EBAIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Clínica(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	CAIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Puestos de Salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

OTRAS INSTITUCIONES EN EL LUGAR

¿HAY OTRAS INSTITUCIONES EN EL LUGAR?

SI

NO

Nombre de la institución	Tareas / Acciones principales	Punto focal / contacto
AGENCIAS GUBERNAMENTALES		Nombre y teléfono, móvil, correo electrónico, ID de radio
GRUPOS COMUNALES		
OTROS (ONGS, ETC)		

WASH

Agua, Saneamiento e Higiene

¿TIENE LA GENTE ACCESO AL AGUA?		¿CÓMO EL LA CALIDAD DEL AGUA?		¿TIENE LA GENTE SUFICIENTE AGUA PARA...			
					SI	NO	
SI	<input type="checkbox"/>	BUENA	<input type="checkbox"/>	BEBER?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
LIMITADA	<input type="checkbox"/>	NO POTABLE	<input type="checkbox"/>	COCINAR?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
NO	<input type="checkbox"/>	NO USABLE	<input type="checkbox"/>	LAVAR?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				LIMPIAR?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				BAÑARSE?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿HAY ACCESO A BAÑOS LIMPIOS Y ADECUADOS?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿LA GESTIÓN DE LAS AGUAS RESIDUALES ES SUFICIENTE?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿HAY UNA APARICIÓN TEMPORAL DE ENFERMEDADES GASTRO-INTESTINALES (DIARREA, VÓMITOS, ETC)?				¿HAY ALGÚN AMENAZA DE ENFERMEDAD?			
				SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Especifique			
AISLADAMENTE <input type="checkbox"/>		A MENUDO <input type="checkbox"/>	EXTENDIDO <input type="checkbox"/>				
SECTOR	DAÑO	NO AFECTADO	AFECTADO		DESTRUIDO	ESPECIFIQUE	
			FUNCIONAL	NO FUNCIONAL			
ALCANTARILLADO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Especifique	
MANEJO DE DESECHOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
POZOS ARTESANALES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
POZOS PERFORADOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
TANQUES DE AGUA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

¿CUÁLES SON LAS NECESIDADES URGENTES EN EL SECTOR WASH?

PETICIONES ESPECÍFICAS	NINGUNO	<input type="checkbox"/>	NÚMEROS, CANTIDADES
purificación, desinfección		<input type="checkbox"/>	
limpieza de pozos, reparación, nueva excavación		<input type="checkbox"/>	
abastecimiento de agua potable		<input type="checkbox"/>	
gestión de aguas residuales		<input type="checkbox"/>	
Otros: Especifique		<input type="checkbox"/>	

ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN

¿TIENE LA GENTE ACCESO A LOS ALIMENTOS?		¿HAY SUFICIENTES ALIMENTOS DISPONIBLES?		¿COMO ES LA CALIDAD DE LOS ALIMENTOS?		¿HAY MEDIOS PARA COCINAR?		COMBUSTIBLES	
SI	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	EXCELENTE	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	Electricidad	<input type="checkbox"/>
LIMITADA	<input type="checkbox"/>	LIMITADA	<input type="checkbox"/>	COMESTIBLE	<input type="checkbox"/>	LIMITADA	<input type="checkbox"/>	Gas	<input type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	NO-COMESTIBLE	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Leña	<input type="checkbox"/>
¿QUIEN ES RESPONSABLE DE LA DISTRIBUCION DE ALIMENTOS (INSTITUCIÓN O PERSONA)?								Carbón	<input type="checkbox"/>
								Otro	<input type="checkbox"/>
Contacto: teléfono, móvil, correo electrónico, ID de radio									

¿CUÁLES SON LAS NECESIDADES URGENTES DEL SECTOR ALIMENTACION?

PETICIONES ESPECÍFICAS	NINGUNO	<input type="checkbox"/>	NÚMEROS, CANTIDADES
Combustibles (gas, leña, carbón, etc.)		<input type="checkbox"/>	
KIT's de cocina (utensilios de cocina)		<input type="checkbox"/>	
Alimentos básicos		<input type="checkbox"/>	
arroz, frijoles, etc.		<input type="checkbox"/>	
enlatados		<input type="checkbox"/>	
alimento para bebé		<input type="checkbox"/>	
adicionales (frutas, vegetales)		<input type="checkbox"/>	
Otros: Especifique		<input type="checkbox"/>	

SALUD Y NECESIDADES DE INDIVIDUALES

¡Sólo en consulta con las autoridades de los departamentos de salud locales!

Contacto de consultor: nombre, teléfono, móvil, correo electrónico

¿HAY SIGNOS VISIBLES DE UNA ENFERMEDAD CONTAGIOSA? SI NO

¿Cuáles son los signos? *Especifique*

¿HAY ALGUNA AMENAZA POTENCIAL DE EPIDEMIA? SI NO

¿Los síntomas, diagnósticos? *Especifique*

¿SE LLEVA A CABO EL CONTROL DE VECTORES? SI NO

¿Vectores que han sido identificados? *Especifique*

¿EXISTEN MEDIDAS DE PREVENCIÓN? SI NO

Vacunación	<input type="checkbox"/>	Otros <i>Especifique</i>	<input type="checkbox"/>
Cuarentena	<input type="checkbox"/>		
Desinfección	<input type="checkbox"/>		

¿EL DESASTRE HA AFECTADO LA INFRAESTRUCTURA DE SALUD? SI NO

¿ES LA ESTRUCTURA DE SALUD LOCAL FUNCIONABLE? SI NO

¿CUÁLES SON LAS NECESIDADES URGENTES DEL SECTOR SALUD?

PETICIONES ESPECÍFICAS	NINGUNO	<input type="checkbox"/>	NÚMEROS, CANTIDADES
Soporte básico		<input type="checkbox"/>	
Vigilancia intensiva		<input type="checkbox"/>	
Cirugía		<input type="checkbox"/>	
Obstetricia		<input type="checkbox"/>	
Consumibles		<input type="checkbox"/>	
Medicamentos		<input type="checkbox"/>	
Apoyo PSICOSOCIAL		<input type="checkbox"/>	
Otros: <i>Especifique</i>		<input type="checkbox"/>	

ALBERGUE Y VIVENDA

TIPO DEL ALOJAMIENTOS	DAÑOS A LOS ALOJAMIENTOS		
	daños MENORES (siendo habitable)	daños MAYORES (inseguro)	DESTRUIDA (inhabitable)
Apartamentos	números		
Casas	números		
Otros	números		
TOTAL			

¿CUÁLES SON LAS NECESIDADES URGENTES EN EL SECTOR ALBERGUE Y VIVENDA?

PETICIONES ESPECÍFICAS	NINGUNO	<input type="checkbox"/>	NÚMEROS, CANTIDADES
Reparación (KIT's)		<input type="checkbox"/>	
<i>instrumentos, equipo de reparación</i>		<input type="checkbox"/>	
<i>materiales de construcción</i>		<input type="checkbox"/>	
KIT's de Alojamiento (completar la configuración de construir una casa improvisada)		<input type="checkbox"/>	
Tiendas y accesorios		<input type="checkbox"/>	
TRANSPORTE		<input type="checkbox"/>	
EVACUACIÓN		<input type="checkbox"/>	
Otros: Especifique		<input type="checkbox"/>	

MEDIOS DE VIDA

¿HAY IMPACTO RELEVANTE EN LA ECONOMÍA LOCAL? SI NO

¿CUÁLES FUERON LAS PRINCIPALES FUENTES DE INGRESOS ANTES DEL DESASTRE?

Agricultura y Ganadería (Sector primario) <input style="float: right;" type="checkbox"/>	Industria y Manufactura (Sector secundario) <input style="float: right;" type="checkbox"/>	Banca, Turismo y Comercio (Sector terciario) <input style="float: right;" type="checkbox"/>
---	---	--

DAÑOS EN MEDIOS VIDA	IMPACTO DE AFECTACIÓN		
	daños MENORES	daños MAYORES	DESTRUIDA
Impacto a la actividad económica en general	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Daños a las herramientas esenciales / activos para ganarse la vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros <i>Especifique</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿CUÁLES SON LAS NECESIDADES URGENTES DEL SECTOR MEDIOS DE VIDA?

PETICIONES ESPECÍFICAS	NINGUNO <input type="checkbox"/>	NÚMEROS, CANTIDADES
Otros: <i>Especifique</i>	<input type="checkbox"/>	

RESUMEN DE LAS NECESIDADES URGENTES

CATEGORÍAS	SI	PRIORIDADES			NO	COMENTARIOS
		mayor	medio	menor		
AGUA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
SANEAMIENTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
HIGIENE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ALIMENTACIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ALBERGE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
SALUD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ATENCIÓN PRE HOSPITALARIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
MEDIOS DE VIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ORGANIZACIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
EVALUACIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
OTROS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

MAPA DE SITUACIÓN

RESUMEN VISUAL DE LA SITUACIÓN OPERATIVA

añadir una captura de pantalla de Google Maps o una mapa digital / dibujar un esquema

ENVIADO A

POR MEDIO DE

HORA

ANEXO 1

ALBERGUES (FORMULARIO DE LA CNE)

Región	Comunidad	Ubicación del albergue	Población Prioritaria	Número de familias	Número de personas	Número de personas					Responsable del Albergue
						<1y	1-10	11-20	21-60	60+	

Condiciones del Albergue: