

FORMULARIO DE EVALUACIÓN DE SALUD AMBIENTAL PARA REFUGIOS POR DESASTRES



Para la evaluación rápida de las condiciones de los refugios por desastres

Utilice este formulario de evaluación para identificar rápidamente las amenazas inmediatas para la salud pública y sus fuentes. Esta no es una herramienta de inspección o planificación.

I. AGENCIA QUE HACE LA EVALUACIÓN

¹Nombre de la agencia/organización: _____ ¹⁰⁵Necesidades inmediatas identificadas Sí No
²Nombre/Cargo del evaluador: _____
³Teléfono: _____ ⁴Correo electrónico u otro contacto: _____

II. TIPO DE INSTALACIÓN, NOMBRE Y DATOS DE CENSO

⁵Tipo de refugio: Población en general Médico Otro: _____
⁶Instalación de la Cruz Roja Americana: Sí No Desc./NC ⁷Código de la Cruz Roja Americana: _____
⁸Fecha de apertura del refugio (dd/mm/año): _____ ⁹Fecha de la evaluación (dd/mm/año): _____ ¹⁰Hora de la evaluación: _____ a. m. p. m.
¹¹Razón de la evaluación: Preoperativa Inicial Rutina Otra: _____
¹²Nombre y descripción de la ubicación: _____
¹³Dirección: _____
¹⁴Ciudad/Condado: _____ ¹⁵Estado: _____ ¹⁶Código Postal: _____ ¹⁷Latitud/Longitud: / _____ / _____
¹⁸Contacto de la instalación/Cargo: _____
¹⁹Tipo de instalación: Escuela Estadio/Centro de convenciones Vehículo recreativo/Casas rodantes Carpas Otro
^{19b}Ubicación de la instalación: Interna Externa Combinada ²⁰Teléfono: _____ ²¹Fax: _____
²²Correo electrónico u otro contacto: _____ ²³Censo actual: _____ ²⁴Capacidad permitida: _____
²⁵Total de residentes registrados: De sexo masculino: _____ De sexo femenino: _____
Cantidad de personas: De 0 a 5 años: _____ De 6 a 64 años: _____ De 65 años o más: _____ ²⁶Cantidad de miembros del personal/voluntarios: _____

III. INSTALACIÓN

| | | | |
|---|----|----|----------|
| ²⁷ Daño estructural: | Sí | No | Desc./NC |
| ²⁸ Personal de seguridad/policial disponible: | Sí | No | Desc./NC |
| ²⁹ Sistema de HVAC en funcionamiento: | Sí | No | Desc./NC |
| ³⁰ Ventilación adecuada: | Sí | No | Desc./NC |
| ³¹ Espacio adecuado por persona: | Sí | No | Desc./NC |
| ³² Libre de riesgos de lesión/ocupacionales: | Sí | No | Desc./NC |
| ³³ Libre de problemas de plagas/vectores: | Sí | No | Desc./NC |
| ³⁴ El sistema de energía municipal está en funcionamiento: | Sí | No | Desc./NC |
| ³⁵ Generador eléctrico en funcionamiento: | Sí | No | Desc./NC |
| ³⁶ Si la respuesta es sí, tipo de combustible: _____ | | | |
| ³⁷ Hay una fuente de energía de respaldo disponible: | Sí | No | Desc./NC |
| ³⁸ Si la respuesta es sí, tipo de fuente: _____ | | | |
| ³⁹ Cantidad adecuada de enchufes: | Sí | No | Desc./NC |
| ⁴⁰ Temperatura interior: _____ °F Desc./NC | | | |
| ⁴¹ Seguridad contra incendios: | | | |
| Detector de monóxido de carbono en funcionamiento | | | |
| Detector de humo en funcionamiento Aspersores | | | |
| Alarma de incendios Extintor de fuego (no vencido y lleno) | | | |

IV. ALIMENTOS

| | | | |
|--|----|----|----------|
| ⁴² Preparados en el lugar: | Sí | No | Desc./NC |
| ⁴³ Servidos en el lugar: | Sí | No | Desc./NC |
| ⁴⁴ Fuente segura de alimentos: | Sí | No | Desc./NC |
| ⁴⁵ Suministro adecuado: | Sí | No | Desc./NC |
| ⁴⁶ Almacenamiento adecuado: | Sí | No | Desc./NC |
| ⁴⁷ Temperaturas adecuadas: | Sí | No | Desc./NC |
| ⁴⁸ Instalaciones de lavado de manos disponibles: | Sí | No | Desc./NC |
| ⁴⁹ Manipulación segura de alimentos: | Sí | No | Desc./NC |
| ⁵⁰ Instalaciones de lavado de platos disponibles: | Sí | No | Desc./NC |
| ⁵¹ Área de la cocina/comedor limpia: | Sí | No | Desc./NC |

V. BEBIDAS

| | | | |
|--|----|----|----------|
| ⁵² Suministro de agua potable adecuado | Sí | No | Desc./NC |
| ⁵³ Fuentes de agua potable: Municipal Pozo Embotellada | | | |
| A granel Otra fuente Desc./NC | | | |
| ⁵⁴ Nivel de cloro residual libre adecuado: | Sí | No | Desc./NC |
| ⁵⁵ Suministro de hielo adecuado: | Sí | No | Desc./NC |
| ⁵⁶ Sistema de agua en funcionamiento: | Sí | No | Desc./NC |
| ⁵⁷ Fuente de hielo segura: | Sí | No | Desc./NC |
| ⁵⁸ Agua caliente disponible: | Sí | No | Desc./NC |

VI. TEMAS DE SALUD/MÉDICOS

| | | | |
|--|----|----|----------|
| ⁵⁹ Cantidad de residentes enfermos en las últimas 24 horas: _____ | | | Desc./NC |
| ⁶⁰ Cantidad de mujeres embarazadas: _____ | | | Desc./NC |
| ⁶¹ Heridas reportadas en las últimas 24 horas: | Sí | No | Desc./NC |
| ⁶² Enfermedad(es) respiratoria(s) reportada(s): | Sí | No | Desc./NC |
| ⁶³ Enfermedad(es) gastrointestinal(es) reportada(s): | Sí | No | Desc./NC |
| ⁶⁴ Otras enfermedades/brotos reportados: | Sí | No | Desc./NC |
| ⁶⁵ Si la respuesta es sí, descríbalos: _____ | | | |
| ⁶⁶ Servicios de atención médica en el lugar: | Sí | No | Desc./NC |
| ⁶⁷ Botiquines de primeros auxilios disponibles en el lugar: | Sí | No | Desc./NC |
| ⁶⁸ AED disponibles en el lugar: | Sí | No | Desc./NC |
| ⁶⁹ Servicios de salud mental disponibles: | Sí | No | Desc./NC |
| ⁷⁰ Almacenamiento con temperatura controlada para los medicamentos: | Sí | No | Desc./NC |

VII. SANIDAD/HIGIENE

| | | | |
|---|-------------|----------|----------|
| ⁷¹ Servicios de lavandería disponibles: | Sí | No | Desc./NC |
| ⁷² Cantidad adecuada de inodoros: | Sí | No | Desc./NC |
| ⁷³ Cantidad total de inodoros fijos interiores: _____ | | | Desc./NC |
| ⁷⁴ Cantidad total de inodoros portátiles exteriores: _____ | | | Desc./NC |
| ⁷⁵ Cantidad adecuada de duchas: | Sí | No | Desc./NC |
| ⁷⁶ Cantidad adecuada de estaciones de lavado de manos: | Sí | No | Desc./NC |
| ⁷⁷ Suministros para el lavado de manos disponibles: | Sí | No | Desc./NC |
| ⁷⁸ Suministros de baño disponibles: | Sí | No | Desc./NC |
| ⁷⁹ Las áreas de los baños están libres de basura y residuos: | Sí | No | Desc./NC |
| ⁸⁰ Proceso/cronograma de limpieza implementado: | Sí | No | Desc./NC |
| ⁸¹ Tipo de sistema de alcantarillado: | | | |
| Comunitario | En el lugar | Portátil | Desc./NC |

VIII. MANEJO DE RESIDUOS

| | | | |
|---|------------|---------|----------|
| ⁸² Cantidad adecuada de contenedores de recolección: | Sí | No | Desc./NC |
| ⁸³ Recipiente para desechar objetos cortopunzantes disponible en el lugar: | Sí | No | Desc./NC |
| ⁸⁴ Separación adecuada: | Sí | No | Desc./NC |
| ⁸⁵ Retiro oportuno: | Sí | No | Desc./NC |
| ⁸⁶ Tipos de residuos: | | | Desc./NC |
| Sólidos | Peligrosos | Médicos | |

IX. ÁREA DE CUIDADO DE NIÑOS

| | | | |
|--|----|----|----------|
| ⁸⁷ Instalaciones de cambio de pañales limpias: | Sí | No | Desc./NC |
| ⁸⁸ Instalaciones de lavado de manos disponibles: | Sí | No | Desc./NC |
| ⁸⁹ Juguetes seguros: | Sí | No | Desc./NC |
| ⁹⁰ Área limpia para preparación de alimentos/biberones: | Sí | No | Desc./NC |
| ⁹¹ Proporción adecuada de niños por cuidador: | Sí | No | Desc./NC |

X. ÁREA PARA DORMIR

| | | | |
|--|----|----|----------|
| ⁹² Cantidad adecuada de catres/camas/colchonetas: | Sí | No | Desc./NC |
| ⁹³ Cunas disponibles para bebés: | Sí | No | Desc./NC |
| ⁹⁴ Suministro de ropa de cama adecuado: | Sí | No | Desc./NC |
| ⁹⁵ Lavado/cambio de ropa de cama según sea necesario: | Sí | No | Desc./NC |
| ⁹⁶ Espacio adecuado: | Sí | No | Desc./NC |

XI. ANIMALES DE COMPAÑÍA

| | | | |
|--|----|----|----------|
| ⁹⁷ Animales de servicio presentes: | Sí | No | Desc./NC |
| ⁹⁸ Mascotas presentes: | Sí | No | Desc./NC |
| ⁹⁹ Otros animales presentes: | Sí | No | Desc./NC |
| ¹⁰⁰ Cuidado de animales disponible: | Sí | No | Desc./NC |
| ¹⁰¹ Área designada para albergar animales: | Sí | No | Desc./NC |
| ¹⁰² Área designada para que los animales hagan sus necesidades: | Sí | No | Desc./NC |

XII. OTRAS CONSIDERACIONES

| | | | |
|---|----|----|----------|
| ¹⁰³ Fácilmente accesible para todos los ocupantes: | Sí | No | Desc./NC |
| ¹⁰⁴ Áreas designadas para fumar: | Sí | No | Desc./NC |

XIII. COMENTARIO (INDIQUE LAS NECESIDADES FUNDAMENTALES EN LA SECCIÓN NECESIDADES INMEDIATAS)

XIV. NECESIDADES INMEDIATAS

| Núm. de artículo | Descripción |
|------------------|-------------|
|------------------|-------------|

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|