

# 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

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

### II. TIPO DE INSTALACIÓN, NOMBRE Y DATOS DE CENSO

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

### III. INSTALACIÓN

<sup>27</sup> Daño estructural:	Sí	No	Desc./NC
<sup>28</sup> Personal de seguridad/policial disponible:	Sí	No	Desc./NC
<sup>29</sup> Sistema de HVAC en funcionamiento:	Sí	No	Desc./NC
<sup>30</sup> Ventilación adecuada:	Sí	No	Desc./NC
<sup>31</sup> Espacio adecuado por persona:	Sí	No	Desc./NC
<sup>32</sup> Libre de riesgos de lesión/ocupacionales:	Sí	No	Desc./NC
<sup>33</sup> Libre de problemas de plagas/vectores:	Sí	No	Desc./NC
<sup>34</sup> El sistema de energía municipal está en funcionamiento:	Sí	No	Desc./NC
<sup>35</sup> Generador eléctrico en funcionamiento:	Sí	No	Desc./NC
<sup>36</sup> Si la respuesta es sí, tipo de combustible: _____			
<sup>37</sup> Hay una fuente de energía de respaldo disponible:	Sí	No	Desc./NC
<sup>38</sup> Si la respuesta es sí, tipo de fuente: _____			
<sup>39</sup> Cantidad adecuada de enchufes:	Sí	No	Desc./NC
<sup>40</sup> Temperatura interior: _____ °F Desc./NC			
<sup>41</sup> 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

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

### V. BEBIDAS

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

## VI. TEMAS DE SALUD/MÉDICOS

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

## VII. SANIDAD/HIGIENE

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

## VIII. MANEJO DE RESIDUOS

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

## IX. ÁREA DE CUIDADO DE NIÑOS

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

## X. ÁREA PARA DORMIR

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

## XI. ANIMALES DE COMPAÑÍA

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

## XII. OTRAS CONSIDERACIONES

<sup>103</sup> Fácilmente accesible para todos los ocupantes:	Sí	No	Desc./NC
<sup>104</sup> 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
------------------	-------------

--	--