

	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
OTRO	<input type="checkbox"/>	FORESTAL	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	INCENDIO	<input type="checkbox"/>
SANITARIO	<input type="checkbox"/>	URBANO	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	INCENDIO	<input type="checkbox"/>
SOCIO ORGANIZATIVO	<input type="checkbox"/>	INDUSTRIAL	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	EXPLOSIÓN	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	FUGA	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	OTRO	<input type="checkbox"/>

BREVE DESCRIPCIÓN DEL EVENTO, DE ACUERDO A LA INFORMACIÓN QUE SE TENGA AL MOMENTO DE ELABORAR EL PRESENTE FORMATO:

EVALUACIÓN INICIAL

TIPOS DE VÍAS (2)	NUMERO DE VÍAS SIN DAÑO	NUMERO DE VÍAS AFECTADAS	NUMERO DE VÍAS DESTRUIDAS	TRAMO
TERRESTRE				
FLUVIAL				
MARÍTIMA				
OTRA				
DEFINIR EL TIPO DE VÍA TERRESTRE (BRECHA, TERRECERÍA, CARRETERA FEDERAL, ETC.)				

CONDICIONES CLIMÁTICAS RECIENTES: (Al momento de este reporte)

DESPEJADO	<input type="checkbox"/>	NUBLADO	<input type="checkbox"/>	TEMPERATURA	<input type="checkbox"/>
LLUVIOSO	<input type="checkbox"/>	LLUVIA TORRENCIAL	<input type="checkbox"/>	VIENTOS	<input type="checkbox"/>
OTROS	<hr/>				

III.- IMPACTO SOBRE LA POBLACIÓN

SALUD

HERIDOS:

DESAPARECIDOS: _____

CADÁVERES:

Nota.- Con el propósito de optimizar la recepción de este documento, favor de marcar copia de conocimiento al correo electrónico: dggremergencias@segob.gob.mx

EN CLÍNICAS Y
HOSPITALES _____
AMBULATORIOS _____

MORGUE /
ANFITEATRO _____
OTROS
LUGARES _____

REFUGIOS TEMPORALES

NÚMERO ESTIMADO DE PERSONAS
EVACUADAS

--

REFUGIOS TEMPORALES ABIERTOS (3)

En este recuadro, favor de enumerar en forma progresiva los albergues, observando el orden conforme fueron abiertos.

No.	NOMBRE DEL ALBERGUE/MUNICIPIO	No. DE REFUGIADOS	DEPENDENCIA RESPONSABLE DEL REFUGIO	CONDICIONES HABITABLES		
				BUENO	REGULAR	MALO
TOTAL						

Si no alcanza este recuadro, ampliar la información en una hoja por separado, sin olvidar anexarla a la presente.

LOS REFUGIOS TEMPORALES CUENTAN CON

No. de REFUGIO TEMPORAL	SERVICIOS MÉDICOS	AGUA POTABLE	ALIMENTOS	COBIJAS Y COBERTORES	LUZ	BAÑOS	ORGANIZACIÓN INTERNA

TRASLADO DE LOS AFECTADOS A LOS REFUGIOS TEMPORALES.

ES REALIZADO POR	SUFICIENTE	POCO SUFICIENTE	NO SUFICIENTE	NO SE ATIENDE	MEDIOS DE TRASLADO	OBSERVACIONES

Si no alcanza este recuadro, ampliar la información en una hoja por separado, sin olvidar anexarla a la presente.

IV.- RECURSOS DISPONIBLES

RECURSOS MATERIALES

NOMBRE	TIPO	CANTIDAD
--------	------	----------

Nota.- Con el propósito de optimizar la recepción de este documento, favor de marcar copia de conocimiento al correo electrónico: dggremergencias@segob.gob.mx

RECURSOS ECONÓMICOS

INSTITUCIÓN U ORGANISMO OPERADOR	CANTIDAD

TIPO DE AYUDA REQUERIDA PARA BUSCAR A DESAPARECIDOS

COMENTARIOS

Nota.- Con el propósito de optimizar la recepción de este documento, favor de marcar copia de conocimiento al correo electrónico: dggreemergencias@segob.gob.mx