







Localidad / Municipio / Región / Estado: _____ Rural ___ Semiurbana ___ Urbana ___ Pueblo Originario: _____
 Diócesis: _____
 Fechas de Impacto del Evento: ____/____/____ Hora: _____ Fecha de Elaboración de Informe: ____/____/____ Hora: _____
 Tipo de Evento: _____ Tendencia a repetirse: A la baja A la alta
 Causa, ubicación y descripción del desastre (Ej: desborde del río, derrumbe, etc.): _____

Datos de contacto en localidad (Nombre, Tel. Cel. Correo): _____
 Otras localidades cercanas afectadas: _____

INFORMACIÓN PRELIMINAR DE DAÑOS

	Nombre del responsable de familia:		¿Quién es la cabeza de familia? (papá, mamá, otro):			Situación actual (¿migrante, jornalero, desplazado, otros?):			
	Edad del responsable de familia:		¿Es madre soltera o padre soltero el responsable?:			Principal medio de vida de la familia:			
	Número de miembros de la familia:	Edad	Edad	Edad	Embarazadas	Con discapacidad			
		Infantes niños	Hombres						
	Infantes niñas	Mujeres							
	Tipo de afectación en su casa	Afectación Parcial:		Afectación Total:		Tipo de casa que tenía (concreto, mixta, cuartos, baño, cocina):		Contaba con baño (drenaje /fosa séptica/letrina):	
	La familia perdió la casa:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Se están quedando en albergue:		Están en casa de algún familiar/amigo (Total):		Albergue Temporal (Total):	
	Salud familiar, tuvo:	Heridos:	Desaparecidos:	Muertos:	Respiratorias:	Gastroint:	De la Piel:	Psicoemocional:	Otros:
					Hipertensión:	Diabetes	Obesidad:		
	Daños que tuvo en servicios:	Electricidad		Agua		Ga		Descripción de afectación (¿Dónde?, ¿cómo?, etc):	
		Parcial	Total	Parcial	Total	Parcial	Total		
	Pérdidas Personales	Haga un listado de las de necesidad básicas (refri, cama, estufa, etc.)				Casa dañada			
	¿Cuál es la actividad productiva familiar?:	Total	Afectación parcial:		Pérdida total:		Descripción de afectación:		
	Sector primario (pesca, agricultura, ganadería..)								
	Sector secundario (panadería, reparación de calzado, empleos informales ...)								
	Sector terciario (oficinas ...)								
	Otros:								

SOBRE LA COMUNIDAD				
	Infraestructura	Total en Localidad	Afectación Parcial	Pérdida Total
	Escuelas			
	Centros de Salud			
	Otros:			
	Se ha tenido algún tipo de atención/ayuda:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿De quién?:	¿Qué apoyo ha recibido?:
	Necesidades Detectadas (importante observar si hay acceso de calidad de agua, manejo de animales de granja y cosechas de hortalizas)		En qué otras necesidades requieren que se le ayuden	
<input checked="" type="checkbox"/>	Otras recomendaciones y observaciones:			
	EVALUADOR	Nombre:	Dependencia:	
	Tel./Cel. y Correo:		Firma de quien elaboró:	
Hoja 2 de 2				