

LEVANTAMIENTO DE DAÑOS POR FAMILIA (EDAN FAMILIAR)

Comunidad: \_\_\_\_\_  
Municipio: \_\_\_\_\_  
Región: \_\_\_\_\_  
Diócesis: \_\_\_\_\_  
Estado: \_\_\_\_\_

Tipo de comunidad:  
(Señale una opción)

☐ Rural ☐ Semiurbana ☐ Urbana ☐ Pueblo Originario

Fecha de impacto del evento:

(día) (mes) (año)

Hora: \_\_\_\_\_

Fecha de elaboración del EDAN:

(día) (mes) (año)

Hora: \_\_\_\_\_

Tendencia a repetirse:  
(Señale una opción)

☐ A la baja ☐ A la alta

Tipo de Emergencia:

(Seleccione una o varias opciones)

☐ Sismos ☐ Inundación ☐ Sequías ☐ Incendios ☐ Erupciones volcánicas ☐ Tornados ☐ Deslaves o derrumbes ☐ Ondas de Calor ☐ Temotos o Tsunamis  
☐ Heladas o Nevadas ☐ COVID-19 ☐ Dengue, Zika o Chicomungua ☐ Desplazamientos forzados de personas ☐ Carabanas de migrantes ☐ Concentración de personas  
☐ Conflictos armados ☐ Otro ¿Cuál? \_\_\_\_\_

Causa, ubicación y descripción del desastre:

(Ej. Desbordamiento del río Tula, colonia Centro, afectó a 1,000 viviendas.)

Otras localidades cercanas afectadas (Mencione que otras localidades):

Nombre contacto de Protección Civil

Teléfono | celular:

Email.

FACTORES DE VULNERABILIDAD EN LA FAMILIA

Nombre del responsable de la familia:

Edad del responsable de la familia:  
(Núm. Años)



¿Quién es la cabeza de la familia?  
(señale una opción)

☐ Madre ☐ Padre ☐ Abuelo(a) ☐ Hijo(a) ☐ Otro ¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Condición del responsable de la familia?  
(señale una opción)

☐ Madre soltera ☐ Padre soltero ☐ Persona de la tercera edad ☐ Adolescente

Situación actual  
del responsable de  
la familia (marque  
una opción)

Migrante ☐ Desplazado ☐  
Jornalero ☐ Refugiado ☐  
Otro ¿Cuál? ☐

En su familia alguno o todos los integrantes son:  
(Por favor, marque la opción que corresponda)

☐ Bilingüe(s) (Español y otra lengua) ☐ Hablante(s) sólo de español ☐ Hablante(s) sólo de lengua indígena

En su familia alguno o todos los integrantes presentan las siguientes  
enfermedades:  
(Por favor, marque la opción que corresponda)

☐ Diabetes ☐ Cáncer ☐ Hipertensión ☐ Enfermedad de la piel ☐ Enfermedades del Estómago ☐ Enfermedades psiquiátricas o psicológicas ☐ Discapacidad

¿Actualmente el jefe del hogar tiene trabajo?

☐ Si ☐ No

¿Cuántas personas son?



Hombres



Mujeres



Con discapacidad



Embarazadas

Características de la vivienda (marcar opciones, según corresponda)

Lactantes (0 a 2 años) \_\_\_\_\_  
Pre-escolar (3 a 5 años) \_\_\_\_\_  
Escolar (6 a 11 años) \_\_\_\_\_  
Adolescentes (12-17 años) \_\_\_\_\_  
Adultos (18-64 años) \_\_\_\_\_  
Adultos Mayores (65 y más años) \_\_\_\_\_  
Totales \_\_\_\_\_

Piso

Tierra ☐  
Cemento ó firme ☐  
Mosaico ☐  
Azulejo o loseta ☐  
Madera ☐

Techo

Lámina asbesto ó metal ☐  
Paja o madera ☐  
Concreto o losa ☐

Distribución de la vivienda

☐ 1 Cuarto  
☐ 1 Dormitorio  
☐ 2 Dormitorios  
☐ Más de 3 Dormitorios  
☐ Cocina  
☐ Baño

Tipo de baño

Baño conectado al drenaje público ☐  
Letrina ☐  
Fosa Séptica ☐  
Baño de la comunidad ☐  
Baño público ☐

## LEVANTAMIENTO DE DAÑOS POR FAMILIA (EDAN FAMILIAR)

| FACTORES DE VULNERABILIDAD EN LA FAMILIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                           |                                                                                           |                                                                                                    |                                                                                                                 |                        |       |       |       |       |                          |       |       |       |       |                       |       |       |       |       |                           |       |       |       |       |                      |       |       |       |       |                                 |       |       |       |       |         |       |       |       |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |      |       |                             |              |                                 |                                                 |                                   |                                                            |                                          |                                        |                                       |                                  |                                  |                                          |                                        |                                       |                                           |  |                                               |                                               |                                 |  |                                 |                                       |  |  |                               |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|-------|-------|-------|-------|--------------------------|-------|-------|-------|-------|-----------------------|-------|-------|-------|-------|---------------------------|-------|-------|-------|-------|----------------------|-------|-------|-------|-------|---------------------------------|-------|-------|-------|-------|---------|-------|-------|-------|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|------|-------|-----------------------------|--------------|---------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------------|--|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------|--|---------------------------------|---------------------------------------|--|--|-------------------------------|--|
|  <p><b>Nombre del responsable de la familia:</b> _____</p> <p><b>Edad del responsable de la familia:</b> (Núm. Años) _____</p> <p><b>¿Quién es la cabeza de la familia?</b> (señale una opción)</p> <p> <input type="checkbox"/> Madre    <input type="checkbox"/> Padre    <input type="checkbox"/> Abuelo(a)    <input type="checkbox"/> Hijo(a)    <input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál? _____         </p> <p><b>¿Condición del responsable de la familia?</b> (señale una opción)</p> <p> <input type="checkbox"/> Madre soltera    <input type="checkbox"/> Padre soltero    <input type="checkbox"/> Persona de la tercera edad    <input type="checkbox"/> Adolescente         </p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                           | <p><b>Situación actual del responsable de la familia</b> (marque una opción)</p> <p>           Migrante <input type="checkbox"/>    Desplazado <input type="checkbox"/><br/>           Jornalero <input type="checkbox"/>    Refugiado <input type="checkbox"/><br/>           Otro ¿Cuál? <input type="checkbox"/> </p>                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                           |                                                                                           |                                                                                                    |                                                                                                                 |                        |       |       |       |       |                          |       |       |       |       |                       |       |       |       |       |                           |       |       |       |       |                      |       |       |       |       |                                 |       |       |       |       |         |       |       |       |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |      |       |                             |              |                                 |                                                 |                                   |                                                            |                                          |                                        |                                       |                                  |                                  |                                          |                                        |                                       |                                           |  |                                               |                                               |                                 |  |                                 |                                       |  |  |                               |  |
| <b>En su familia alguno o todos los integrantes son:</b> (Por favor, marque la opción que corresponda)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                           |                                                                                           |                                                                                                    | <b>¿Actualmente el jefe del hogar tiene trabajo?</b><br><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |                        |       |       |       |       |                          |       |       |       |       |                       |       |       |       |       |                           |       |       |       |       |                      |       |       |       |       |                                 |       |       |       |       |         |       |       |       |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |      |       |                             |              |                                 |                                                 |                                   |                                                            |                                          |                                        |                                       |                                  |                                  |                                          |                                        |                                       |                                           |  |                                               |                                               |                                 |  |                                 |                                       |  |  |                               |  |
| <b>En su familia alguno o todos los integrantes presentan las siguientes enfermedades:</b> (Por favor, marque la opción que corresponda)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                           |                                                                                           |                                                                                                    |                                                                                                                 |                        |       |       |       |       |                          |       |       |       |       |                       |       |       |       |       |                           |       |       |       |       |                      |       |       |       |       |                                 |       |       |       |       |         |       |       |       |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |      |       |                             |              |                                 |                                                 |                                   |                                                            |                                          |                                        |                                       |                                  |                                  |                                          |                                        |                                       |                                           |  |                                               |                                               |                                 |  |                                 |                                       |  |  |                               |  |
| <p> <input type="checkbox"/> Bilingüe(s) (Español y otra lengua)    <input type="checkbox"/> Hablante(s) sólo de español    <input type="checkbox"/> Hablante(s) sólo de lengua indígena         </p> <p> <input type="checkbox"/> Diabetes    <input type="checkbox"/> Cáncer    <input type="checkbox"/> Hipertensión    <input type="checkbox"/> Enfermedad de la piel    <input type="checkbox"/> Enfermedades del Estomago    <input type="checkbox"/> Enfermedades psiquiáticas o psicológicas    <input type="checkbox"/> Discapacidad         </p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                           |                                                                                           |                                                                                                    |                                                                                                                 |                        |       |       |       |       |                          |       |       |       |       |                       |       |       |       |       |                           |       |       |       |       |                      |       |       |       |       |                                 |       |       |       |       |         |       |       |       |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |      |       |                             |              |                                 |                                                 |                                   |                                                            |                                          |                                        |                                       |                                  |                                  |                                          |                                        |                                       |                                           |  |                                               |                                               |                                 |  |                                 |                                       |  |  |                               |  |
| <p><b>¿Cuántas personas son?</b></p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th> Hombres</th> <th> Mujeres</th> <th> Con discapacidad</th> <th> Embarazadas</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Lactantes (0 a 2 años)</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Pre-escolar (3 a 5 años)</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Escolar (6 a 11 años)</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Adolescentes (12-17 años)</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Adultos (18-64 años)</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Adultos Mayores (65 y más años)</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Totales</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table> |                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  Hombres |  Mujeres |  Con discapacidad |  Embarazadas                   | Lactantes (0 a 2 años) | _____ | _____ | _____ | _____ | Pre-escolar (3 a 5 años) | _____ | _____ | _____ | _____ | Escolar (6 a 11 años) | _____ | _____ | _____ | _____ | Adolescentes (12-17 años) | _____ | _____ | _____ | _____ | Adultos (18-64 años) | _____ | _____ | _____ | _____ | Adultos Mayores (65 y más años) | _____ | _____ | _____ | _____ | Totales | _____ | _____ | _____ | _____ | <p><b>Características de la vivienda</b> (marcar opciones, según corresponda)</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Piso</th> <th>Techo</th> <th>Distribución de la vivienda</th> <th>Tipo de baño</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tierra <input type="checkbox"/></td> <td>Lámina asbesto ó metal <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 1 Cuarto</td> <td>Baño conectado al drenaje público <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Cemento ó firme <input type="checkbox"/></td> <td>Paja o madera <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 1 Dormitorio</td> <td>Letrina <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Mosaico <input type="checkbox"/></td> <td>Concreto o losa <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 2 Dormitorios</td> <td>Fosa Séptica <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Azulejo o loseta <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Más de 3 Dormitorios</td> <td>Baño de la comunidad <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Madera <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Cocina</td> <td>Baño público <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Baño</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> |  |  |  | Piso | Techo | Distribución de la vivienda | Tipo de baño | Tierra <input type="checkbox"/> | Lámina asbesto ó metal <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 1 Cuarto | Baño conectado al drenaje público <input type="checkbox"/> | Cemento ó firme <input type="checkbox"/> | Paja o madera <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 1 Dormitorio | Letrina <input type="checkbox"/> | Mosaico <input type="checkbox"/> | Concreto o losa <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 2 Dormitorios | Fosa Séptica <input type="checkbox"/> | Azulejo o loseta <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> Más de 3 Dormitorios | Baño de la comunidad <input type="checkbox"/> | Madera <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> Cocina | Baño público <input type="checkbox"/> |  |  | <input type="checkbox"/> Baño |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  Hombres |  Mujeres                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  Con discapacidad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  Embarazadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                           |                                                                                           |                                                                                                    |                                                                                                                 |                        |       |       |       |       |                          |       |       |       |       |                       |       |       |       |       |                           |       |       |       |       |                      |       |       |       |       |                                 |       |       |       |       |         |       |       |       |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |      |       |                             |              |                                 |                                                 |                                   |                                                            |                                          |                                        |                                       |                                  |                                  |                                          |                                        |                                       |                                           |  |                                               |                                               |                                 |  |                                 |                                       |  |  |                               |  |
| Lactantes (0 a 2 años)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | _____                                                                                     | _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                           |                                                                                           |                                                                                                    |                                                                                                                 |                        |       |       |       |       |                          |       |       |       |       |                       |       |       |       |       |                           |       |       |       |       |                      |       |       |       |       |                                 |       |       |       |       |         |       |       |       |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |      |       |                             |              |                                 |                                                 |                                   |                                                            |                                          |                                        |                                       |                                  |                                  |                                          |                                        |                                       |                                           |  |                                               |                                               |                                 |  |                                 |                                       |  |  |                               |  |
| Pre-escolar (3 a 5 años)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | _____                                                                                     | _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                           |                                                                                           |                                                                                                    |                                                                                                                 |                        |       |       |       |       |                          |       |       |       |       |                       |       |       |       |       |                           |       |       |       |       |                      |       |       |       |       |                                 |       |       |       |       |         |       |       |       |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |      |       |                             |              |                                 |                                                 |                                   |                                                            |                                          |                                        |                                       |                                  |                                  |                                          |                                        |                                       |                                           |  |                                               |                                               |                                 |  |                                 |                                       |  |  |                               |  |
| Escolar (6 a 11 años)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | _____                                                                                     | _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                           |                                                                                           |                                                                                                    |                                                                                                                 |                        |       |       |       |       |                          |       |       |       |       |                       |       |       |       |       |                           |       |       |       |       |                      |       |       |       |       |                                 |       |       |       |       |         |       |       |       |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |      |       |                             |              |                                 |                                                 |                                   |                                                            |                                          |                                        |                                       |                                  |                                  |                                          |                                        |                                       |                                           |  |                                               |                                               |                                 |  |                                 |                                       |  |  |                               |  |
| Adolescentes (12-17 años)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | _____                                                                                     | _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                           |                                                                                           |                                                                                                    |                                                                                                                 |                        |       |       |       |       |                          |       |       |       |       |                       |       |       |       |       |                           |       |       |       |       |                      |       |       |       |       |                                 |       |       |       |       |         |       |       |       |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |      |       |                             |              |                                 |                                                 |                                   |                                                            |                                          |                                        |                                       |                                  |                                  |                                          |                                        |                                       |                                           |  |                                               |                                               |                                 |  |                                 |                                       |  |  |                               |  |
| Adultos (18-64 años)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | _____                                                                                     | _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                           |                                                                                           |                                                                                                    |                                                                                                                 |                        |       |       |       |       |                          |       |       |       |       |                       |       |       |       |       |                           |       |       |       |       |                      |       |       |       |       |                                 |       |       |       |       |         |       |       |       |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |      |       |                             |              |                                 |                                                 |                                   |                                                            |                                          |                                        |                                       |                                  |                                  |                                          |                                        |                                       |                                           |  |                                               |                                               |                                 |  |                                 |                                       |  |  |                               |  |
| Adultos Mayores (65 y más años)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | _____                                                                                     | _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                           |                                                                                           |                                                                                                    |                                                                                                                 |                        |       |       |       |       |                          |       |       |       |       |                       |       |       |       |       |                           |       |       |       |       |                      |       |       |       |       |                                 |       |       |       |       |         |       |       |       |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |      |       |                             |              |                                 |                                                 |                                   |                                                            |                                          |                                        |                                       |                                  |                                  |                                          |                                        |                                       |                                           |  |                                               |                                               |                                 |  |                                 |                                       |  |  |                               |  |
| Totales                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | _____                                                                                     | _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                           |                                                                                           |                                                                                                    |                                                                                                                 |                        |       |       |       |       |                          |       |       |       |       |                       |       |       |       |       |                           |       |       |       |       |                      |       |       |       |       |                                 |       |       |       |       |         |       |       |       |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |      |       |                             |              |                                 |                                                 |                                   |                                                            |                                          |                                        |                                       |                                  |                                  |                                          |                                        |                                       |                                           |  |                                               |                                               |                                 |  |                                 |                                       |  |  |                               |  |
| Piso                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Techo                                                                                     | Distribución de la vivienda                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Tipo de baño                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                           |                                                                                           |                                                                                                    |                                                                                                                 |                        |       |       |       |       |                          |       |       |       |       |                       |       |       |       |       |                           |       |       |       |       |                      |       |       |       |       |                                 |       |       |       |       |         |       |       |       |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |      |       |                             |              |                                 |                                                 |                                   |                                                            |                                          |                                        |                                       |                                  |                                  |                                          |                                        |                                       |                                           |  |                                               |                                               |                                 |  |                                 |                                       |  |  |                               |  |
| Tierra <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Lámina asbesto ó metal <input type="checkbox"/>                                           | <input type="checkbox"/> 1 Cuarto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Baño conectado al drenaje público <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                           |                                                                                           |                                                                                                    |                                                                                                                 |                        |       |       |       |       |                          |       |       |       |       |                       |       |       |       |       |                           |       |       |       |       |                      |       |       |       |       |                                 |       |       |       |       |         |       |       |       |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |      |       |                             |              |                                 |                                                 |                                   |                                                            |                                          |                                        |                                       |                                  |                                  |                                          |                                        |                                       |                                           |  |                                               |                                               |                                 |  |                                 |                                       |  |  |                               |  |
| Cemento ó firme <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Paja o madera <input type="checkbox"/>                                                    | <input type="checkbox"/> 1 Dormitorio                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Letrina <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                           |                                                                                           |                                                                                                    |                                                                                                                 |                        |       |       |       |       |                          |       |       |       |       |                       |       |       |       |       |                           |       |       |       |       |                      |       |       |       |       |                                 |       |       |       |       |         |       |       |       |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |      |       |                             |              |                                 |                                                 |                                   |                                                            |                                          |                                        |                                       |                                  |                                  |                                          |                                        |                                       |                                           |  |                                               |                                               |                                 |  |                                 |                                       |  |  |                               |  |
| Mosaico <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Concreto o losa <input type="checkbox"/>                                                  | <input type="checkbox"/> 2 Dormitorios                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Fosa Séptica <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                           |                                                                                           |                                                                                                    |                                                                                                                 |                        |       |       |       |       |                          |       |       |       |       |                       |       |       |       |       |                           |       |       |       |       |                      |       |       |       |       |                                 |       |       |       |       |         |       |       |       |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |      |       |                             |              |                                 |                                                 |                                   |                                                            |                                          |                                        |                                       |                                  |                                  |                                          |                                        |                                       |                                           |  |                                               |                                               |                                 |  |                                 |                                       |  |  |                               |  |
| Azulejo o loseta <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                           | <input type="checkbox"/> Más de 3 Dormitorios                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Baño de la comunidad <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                           |                                                                                           |                                                                                                    |                                                                                                                 |                        |       |       |       |       |                          |       |       |       |       |                       |       |       |       |       |                           |       |       |       |       |                      |       |       |       |       |                                 |       |       |       |       |         |       |       |       |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |      |       |                             |              |                                 |                                                 |                                   |                                                            |                                          |                                        |                                       |                                  |                                  |                                          |                                        |                                       |                                           |  |                                               |                                               |                                 |  |                                 |                                       |  |  |                               |  |
| Madera <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                           | <input type="checkbox"/> Cocina                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Baño público <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                           |                                                                                           |                                                                                                    |                                                                                                                 |                        |       |       |       |       |                          |       |       |       |       |                       |       |       |       |       |                           |       |       |       |       |                      |       |       |       |       |                                 |       |       |       |       |         |       |       |       |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |      |       |                             |              |                                 |                                                 |                                   |                                                            |                                          |                                        |                                       |                                  |                                  |                                          |                                        |                                       |                                           |  |                                               |                                               |                                 |  |                                 |                                       |  |  |                               |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                           | <input type="checkbox"/> Baño                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                           |                                                                                           |                                                                                                    |                                                                                                                 |                        |       |       |       |       |                          |       |       |       |       |                       |       |       |       |       |                           |       |       |       |       |                      |       |       |       |       |                                 |       |       |       |       |         |       |       |       |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |      |       |                             |              |                                 |                                                 |                                   |                                                            |                                          |                                        |                                       |                                  |                                  |                                          |                                        |                                       |                                           |  |                                               |                                               |                                 |  |                                 |                                       |  |  |                               |  |
| AFECTACIONES EN ALOJAMIENTO   MEDIDAS PALEATIVAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                           |                                                                                           |                                                                                                    |                                                                                                                 |                        |       |       |       |       |                          |       |       |       |       |                       |       |       |       |       |                           |       |       |       |       |                      |       |       |       |       |                                 |       |       |       |       |         |       |       |       |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |      |       |                             |              |                                 |                                                 |                                   |                                                            |                                          |                                        |                                       |                                  |                                  |                                          |                                        |                                       |                                           |  |                                               |                                               |                                 |  |                                 |                                       |  |  |                               |  |
|  <p><b>¿Qué tipo de afectaciones tuvo su vivienda?</b></p> <p> <input type="checkbox"/> Sin afectación<br/> <input type="checkbox"/> Afectaciones superficiales (Si hay grietas o fisuras en el yeso, plafones o pintura)<br/> <input type="checkbox"/> Afectaciones estructurales (Si hay grietas o fisuras en muros, columnas, y losas)<br/> <input type="checkbox"/> Afectaciones catastróficas (Si hay grietas o fisuras en muros, columnas y losas (Si hay derrubios de estructuras)         </p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                           | <p><b>¿Qué lugares de su vivienda están afectados?</b></p> <p> <input type="checkbox"/> Una o dos espacios (puede ser baño, sala, comedor, dormitorios, cocina, etc)<br/> <input type="checkbox"/> La planta de abajo (más de 2 habitaciones)<br/> <input type="checkbox"/> La planta de arriba (más de 2 habitaciones)<br/> <input type="checkbox"/> Toda la vivienda         </p> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <p><b>¿Alguna autoridad o institución revisó su vivienda?</b></p> <p> <input type="checkbox"/> Protección Civil Estatal o municipal<br/> <input type="checkbox"/> Estudiantes de arquitectura-ingeniería de universidades<br/> <input type="checkbox"/> Colegio de ingenieros civiles o arquitectos<br/> <input type="checkbox"/> Nadie ha ido         </p> <p><b>¿En los próximos días podrían ir a revisar su casa?</b></p> <p> <input type="checkbox"/> Si    <input type="checkbox"/> No    <input type="checkbox"/> No sé         </p> |                                                                                           |                                                                                           |                                                                                                    |                                                                                                                 |                        |       |       |       |       |                          |       |       |       |       |                       |       |       |       |       |                           |       |       |       |       |                      |       |       |       |       |                                 |       |       |       |       |         |       |       |       |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |      |       |                             |              |                                 |                                                 |                                   |                                                            |                                          |                                        |                                       |                                  |                                  |                                          |                                        |                                       |                                           |  |                                               |                                               |                                 |  |                                 |                                       |  |  |                               |  |
| <b>Contestar sólo si la familia o algún integrante se ha quedado en albergue o campamentos</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                           |                                                                                           |                                                                                                    |                                                                                                                 |                        |       |       |       |       |                          |       |       |       |       |                       |       |       |       |       |                           |       |       |       |       |                      |       |       |       |       |                                 |       |       |       |       |         |       |       |       |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |      |       |                             |              |                                 |                                                 |                                   |                                                            |                                          |                                        |                                       |                                  |                                  |                                          |                                        |                                       |                                           |  |                                               |                                               |                                 |  |                                 |                                       |  |  |                               |  |
| <p><b>¿Algún integrante o la familia se ha tenido que quedar en casa de familiares o amigos?</b></p> <p> <input type="checkbox"/> Si    <input type="checkbox"/> No         </p> <p><b>¿Algún integrante o la familia se ha tenido que quedar en un campamento?</b></p> <p> <input type="checkbox"/> Si    <input type="checkbox"/> No         </p> <p><b>¿Algún integrante o la familia se ha tenido que quedar en un albergue temporal?</b></p> <p> <input type="checkbox"/> Si    <input type="checkbox"/> No         </p> <p><b>¿Algún integrante o la familia se ha tenido que quedar en la calle?</b></p> <p> <input type="checkbox"/> Si    <input type="checkbox"/> No         </p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <p><b>¿Cómo está la capacidad del albergue?</b></p> <p> <input type="checkbox"/> Rebasada    <input type="checkbox"/> Normal    <input type="checkbox"/> Subutilizada         </p> <p><b>¿Cómo está la capacidad del campamento?</b></p> <p> <input type="checkbox"/> Rebasada    <input type="checkbox"/> Normal    <input type="checkbox"/> Subutilizada         </p> <p><b>Por favor comente ¿cuál es el motivo por el que se ha tenido que quedar en la calle?</b></p> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                           |                                                                                           |                                                                                                    |                                                                                                                 |                        |       |       |       |       |                          |       |       |       |       |                       |       |       |       |       |                           |       |       |       |       |                      |       |       |       |       |                                 |       |       |       |       |         |       |       |       |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |      |       |                             |              |                                 |                                                 |                                   |                                                            |                                          |                                        |                                       |                                  |                                  |                                          |                                        |                                       |                                           |  |                                               |                                               |                                 |  |                                 |                                       |  |  |                               |  |
| <p><b>Comentario   Observación (Por favor explique brevemente su respuesta)</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                           |                                                                                           |                                                                                                    |                                                                                                                 |                        |       |       |       |       |                          |       |       |       |       |                       |       |       |       |       |                           |       |       |       |       |                      |       |       |       |       |                                 |       |       |       |       |         |       |       |       |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |      |       |                             |              |                                 |                                                 |                                   |                                                            |                                          |                                        |                                       |                                  |                                  |                                          |                                        |                                       |                                           |  |                                               |                                               |                                 |  |                                 |                                       |  |  |                               |  |
| <p><b>Comentario   Observación (Por favor explique brevemente su respuesta)</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                           |                                                                                           |                                                                                                    |                                                                                                                 |                        |       |       |       |       |                          |       |       |       |       |                       |       |       |       |       |                           |       |       |       |       |                      |       |       |       |       |                                 |       |       |       |       |         |       |       |       |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |      |       |                             |              |                                 |                                                 |                                   |                                                            |                                          |                                        |                                       |                                  |                                  |                                          |                                        |                                       |                                           |  |                                               |                                               |                                 |  |                                 |                                       |  |  |                               |  |

## LEVANTAMIENTO DE DAÑOS POR FAMILIA (EDAN FAMILIAR)

### AFECTACIONES EN ALOJAMIENTO | MEDIDAS PALEATIVAS (Continúa)

|                                                                                                       |                             |                             |                                                                                                                                     |                                 |                                       |                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| ¿Algún integrante o la familia se ha tenido que acudir a un comedor comunitario o cocina comunitaria? | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | ¿Cómo es el servicio del comedor comunitario ?                                                                                      |                                 |                                       | Comentario   Observación (Por favor explique brevemente su respuesta) |
|                                                                                                       |                             |                             | <input type="checkbox"/> Rebasada                                                                                                   | <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Subutilizada |                                                                       |
| ¿Algún integrante o la familia se ha tenido que quedarse sin comer y/o beber agua?                    | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Por favor comente ¿cuál es el motivo por el que algún integrante o toda la familia ha tenido que quedarse sin comer y/o beber agua? |                                 |                                       |                                                                       |

### SALUD

|                                                                                  |                                                                                          |                             |                             |                                                                       |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
|  | Después de la emergencia, ¿en los últimos días ha tenido que acudir por atención médica? | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Por favor comente ¿cuál es el tipo de atención médica que ha buscado? |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------------------------------------------------|

La siguiente sección sólo contestar en caso de que la familia haya buscado atención médica

| ¿A qué unidades de atención médica a asistido? | Si                       | No                       | Derivado de la emergencia, ¿las instalaciones médicas funcionan...? |                                       |                                       | Por favor explique brevemente del por qué funcionan parcialmente o no funcionan las instalaciones médicas |
|------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (Por favor marque la opción que corresponda)   |                          |                          | (Por favor marque la opción que corresponda)                        |                                       |                                       |                                                                                                           |
| Consultorios de farmacia                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Totalmente <input type="checkbox"/>                                 | Parcialmente <input type="checkbox"/> | No funcionan <input type="checkbox"/> |                                                                                                           |
| Casas de Salud                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Totalmente <input type="checkbox"/>                                 | Parcialmente <input type="checkbox"/> | No funcionan <input type="checkbox"/> |                                                                                                           |
| Centros de Salud                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Totalmente <input type="checkbox"/>                                 | Parcialmente <input type="checkbox"/> | No funcionan <input type="checkbox"/> |                                                                                                           |
| Unidades de Medicina Familiar                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Totalmente <input type="checkbox"/>                                 | Parcialmente <input type="checkbox"/> | No funcionan <input type="checkbox"/> |                                                                                                           |
| Hospitales                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Totalmente <input type="checkbox"/>                                 | Parcialmente <input type="checkbox"/> | No funcionan <input type="checkbox"/> |                                                                                                           |
| Hospitales de especialidades                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Totalmente <input type="checkbox"/>                                 | Parcialmente <input type="checkbox"/> | No funcionan <input type="checkbox"/> |                                                                                                           |

|                                                                                   |                                                                                            |                             |                             |                                                         |                                                                                                                                                                                       |                              |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|--|--|
|  | Después o durante la emergencia, ¿ha sufrido la pérdida de algún integrante de la familia? | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | ¿Requiere algún tipo de ayuda?                          |                                                                                                                                                                                       | ¿Qué tipo de ayuda requiere? |  |  |
|                                                                                   |                                                                                            |                             |                             | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Psicológica <input type="checkbox"/> Económica para gastos funerarios <input type="checkbox"/> Traslado del cuerpo <input type="checkbox"/> Otra ¿Cuál?      |                              |  |  |
|                                                                                   | Después o durante la emergencia, ¿algún integrante de la familia sufrió lesiones?          | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | ¿Requiere algún tipo de ayuda?                          |                                                                                                                                                                                       | ¿Qué tipo de ayuda requiere? |  |  |
|                                                                                   |                                                                                            |                             |                             | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Psicológica <input type="checkbox"/> Económica para gastos hospitalarios <input type="checkbox"/> Traslados al hospital <input type="checkbox"/> Otra ¿Cuál? |                              |  |  |



### AFECTACIONES EN LÍNEAS VITALES Y EN EL SECTOR AGUA, HIGIENE Y SANEAMIENTO

| En la comunidad en la que vive ¿cuenta con los siguientes servicios? | Si                       | No                       | Derivado de la emergencia, ¿la infraestructura registró afectaciones...? |                                       |                             | Por favor explique brevemente las afectaciones a la infraestructura |
|----------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| (Por favor marque la opción que corresponda)                         |                          |                          | (Por favor marque la opción que corresponda)                             |                                       |                             |                                                                     |
| Red de alcantarillado y drenaje                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Totalmente <input type="checkbox"/>                                      | Parcialmente <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |                                                                     |
| Red de energía eléctrica                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Totalmente <input type="checkbox"/>                                      | Parcialmente <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |                                                                     |
| Red carretera, vialidades y caminos rurales                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Totalmente <input type="checkbox"/>                                      | Parcialmente <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |                                                                     |
| Internet   Internet satélital                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Totalmente <input type="checkbox"/>                                      | Parcialmente <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |                                                                     |
| Transporte público                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Totalmente <input type="checkbox"/>                                      | Parcialmente <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |                                                                     |
| Red de agua potable                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Totalmente <input type="checkbox"/>                                      | Parcialmente <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |                                                                     |

LEVANTAMIENTO DE DAÑOS POR FAMILIA (EDAN FAMILIAR)

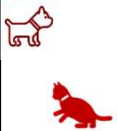
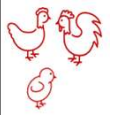
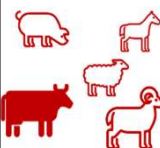
**AFECTACIONES EN LÍNEAS VITALES Y EN EL SECTOR AGUA, HIGIENE Y SANEAMIENTO (Continúa)**

|  <b>AGUA</b><br>(Por favor, marca la opción que corresponda)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                          | En caso de que se hayan afectado las fuentes de abastecimiento de agua con la emergencia, describa brevemente la afectación.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |    |    |            |                          |                          |          |                          |                          |               |                          |                          |                                         |                          |                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----|----|------------|--------------------------|--------------------------|----------|--------------------------|--------------------------|---------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ¿De dónde se abastece de agua para su vivienda? <input type="checkbox"/> Pozo <input type="checkbox"/> Río <input type="checkbox"/> Manantial <input type="checkbox"/> Tubería <input type="checkbox"/> Agua de Lluvia <input type="checkbox"/> Pipas<br>¿Para qué se utiliza el agua de la que se abastece? <input type="checkbox"/> Beber <input type="checkbox"/> El baño, Lavar ropa y cocinar <input type="checkbox"/> Aseo personal <input type="checkbox"/> Labores domésticas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |    |    |            |                          |                          |          |                          |                          |               |                          |                          |                                         |                          |                          |
| <b>Antes de la emergencia</b> ¿Cuánta agua usaba una persona al día? <input type="checkbox"/> Menos de 15 litros <input type="checkbox"/> Igual a 15 litros <input type="checkbox"/> Más de 15 litros <input type="checkbox"/> Sin agua<br><b>Antes de la emergencia</b> ¿Cómo era la calidad de agua? <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mala                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |    |    |            |                          |                          |          |                          |                          |               |                          |                          |                                         |                          |                          |
| <b>Después de la emergencia</b> ¿Cuánta agua usa una persona al día? <input type="checkbox"/> Menos de 15 litros <input type="checkbox"/> Igual a 15 litros <input type="checkbox"/> Más de 15 litros <input type="checkbox"/> Sin agua<br><b>Después de la emergencia</b> ¿Cómo es la calidad de agua? <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mala                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |    |    |            |                          |                          |          |                          |                          |               |                          |                          |                                         |                          |                          |
|  <b>SANEAMIENTO</b><br>(Por favor, marca la opción que corresponda)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                          | <b>Después de la emergencia ¿Algún integrante de la familia ha padecido las sig. enfermedades en los últimos 15 días?</b><br>(Por favor, marca la opción que corresponda)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |    |    |            |                          |                          |          |                          |                          |               |                          |                          |                                         |                          |                          |
| ¿Qué tipo de sanitario tiene su vivienda? <input type="checkbox"/> Letrinas <input type="checkbox"/> Baños secos <input type="checkbox"/> Campo abierto <input type="checkbox"/> Baño<br>¿El sanitario que utiliza la familia es...? <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Comunitario<br>Después de la emergencia ¿En su vivienda se tiene alguna plaga? <input type="checkbox"/> Moscos <input type="checkbox"/> Moscas <input type="checkbox"/> Roedores <input type="checkbox"/> Piojos <input type="checkbox"/> Cucarachas <input type="checkbox"/> No<br>¿La familia tienen acceso agua y jabón? <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> Algunas veces <input type="checkbox"/> Nunca<br>¿Hay focos de infección...? <input type="checkbox"/> Letrinas descubiertas <input type="checkbox"/> Agua estancada <input type="checkbox"/> Basura <input type="checkbox"/> Excretas de animales <input type="checkbox"/> No<br>¿En su familia se requieren productos de higiene para la mujer? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No<br>¿En su familia se requieren pañales desechables? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |                          | <table border="0"> <tr> <td></td> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> <tr> <td>De la piel</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Diarreas</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Respiratorias</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Contagiosas<br/>(ej. Viruela, Sarampeón)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> |  | Si | No | De la piel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diarreas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Respiratorias | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Contagiosas<br>(ej. Viruela, Sarampeón) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Si                       | No                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |    |    |            |                          |                          |          |                          |                          |               |                          |                          |                                         |                          |                          |
| De la piel                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |    |    |            |                          |                          |          |                          |                          |               |                          |                          |                                         |                          |                          |
| Diarreas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |    |    |            |                          |                          |          |                          |                          |               |                          |                          |                                         |                          |                          |
| Respiratorias                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |    |    |            |                          |                          |          |                          |                          |               |                          |                          |                                         |                          |                          |
| Contagiosas<br>(ej. Viruela, Sarampeón)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |    |    |            |                          |                          |          |                          |                          |               |                          |                          |                                         |                          |                          |

**AFECTACIONES EN CANASTA BÁSICA Y MERCADOS Y EFECTIVO**

|  <b>¿A qué tipo de establecimientos acude usted con frecuencia?</b> |                          | <b>Derivado de la emergencia, ¿los establecimientos financieros y comerciales registraron afectaciones...?</b><br>(Por favor marque la opción que corresponda) |                                       | Por favor, describa la afectación los establecimientos financieros y comerciales en su comunidad              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Si                                                                                                                                                   | No                       |                                                                                                                                                                |                                       |                                                                                                               |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> | Totalmente <input type="checkbox"/>                                                                                                                            | Parcialmente <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/>                                                                                   |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> | Totalmente <input type="checkbox"/>                                                                                                                            | Parcialmente <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/>                                                                                   |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> | Totalmente <input type="checkbox"/>                                                                                                                            | Parcialmente <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/>                                                                                   |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> | Totalmente <input type="checkbox"/>                                                                                                                            | Parcialmente <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/>                                                                                   |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> | Totalmente <input type="checkbox"/>                                                                                                                            | Parcialmente <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/>                                                                                   |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> | Totalmente <input type="checkbox"/>                                                                                                                            | Parcialmente <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/>                                                                                   |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> | Totalmente <input type="checkbox"/>                                                                                                                            | Parcialmente <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/>                                                                                   |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> | Totalmente <input type="checkbox"/>                                                                                                                            | Parcialmente <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/>                                                                                   |
| <b>Después de la emergencia, ¿los siguientes productos han tenido un incremento en sus precios?</b>                                                  |                          | <b>¿Cuál es la forma más usual en la que adquiere sus productos o servicios?</b>                                                                               |                                       | Presencia de problemas de seguridad                                                                           |
| Si                                                                                                                                                   | No                       |                                                                                                                                                                |                                       |                                                                                                               |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> | Pago en dinero físico por los productos o servicios <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                                                          |                                       | ¿Hurtos, robos? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>                                       |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> | Pago electrónico por productos o servicios <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                                                                   |                                       | ¿Agresión sexual, violaciones? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>                        |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> | Trueque <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                                                                                                      |                                       | ¿Violencia, abuso, explotación y/o descuido infantil? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                                                |                                       | ¿Tráfico sexual, turismo sexual? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>                      |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                                                |                                       | ¿Trabajo/reclutamiento forzado, secuestros? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>           |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                                                |                                       | ¿Violencia intrafamilia? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>                              |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                                                |                                       | Otro ¿cuál?: _____                                                                                            |

LEVANTAMIENTO DE DAÑOS POR FAMILIA (EDAN FAMILIAR)

| AFECTACIONES MEDIOS DE VIDA                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                         |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|  <p>Antes de la emergencia, ¿su familia tenía mascotas?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>                               | <p>Durante o después de la emergencia ¿sufrió la pérdida de sus mascotas?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>                                                                                                                                                                                                                                                 | <p>¿De qué tipo?</p> <p><input type="checkbox"/> Pájaros <input type="checkbox"/> Gatos <input type="checkbox"/> Perros <input type="checkbox"/> Peces</p>                                                                                                                                                             | <p>Describe la afectación cuantificando el número de animales perdidos</p> <p>Después de la emergencia ¿En dónde se queda sus mascotas?</p> <p><input type="checkbox"/> En mi casa <input type="checkbox"/> Albergue <input type="checkbox"/> Calle</p> |  |
|  <p>Antes de la emergencia ¿su familia tenía animales de corral?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>                      | <p>Durante o después de la emergencia ¿sufrió la pérdida de sus animales de corral?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>                                                                                                                                                                                                                                       | <p>¿De qué tipo?</p> <p><input type="checkbox"/> Pollos <input type="checkbox"/> Guajolotes <input type="checkbox"/> Gallinas <input type="checkbox"/> Gallos</p>                                                                                                                                                      | <p>Describe la afectación cuantificando el número de animales perdidos</p> <p>Después de la emergencia ¿En dónde se queda sus aves?</p> <p><input type="checkbox"/> En mi casa <input type="checkbox"/> Albergue <input type="checkbox"/> Calle</p>     |  |
|  <p>Antes de la emergencia ¿su familia tenía ganado?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>                                  | <p>Durante o después de la emergencia ¿sufrió la pérdida de su ganado?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>                                                                                                                                                                                                                                                    | <p>¿De qué tipo?</p> <p><input type="checkbox"/> Borregos <input type="checkbox"/> Cabras <input type="checkbox"/> Vacas <input type="checkbox"/> Puercos <input type="checkbox"/> Caballos</p>                                                                                                                        | <p>Describe la afectación cuantificando el número de animales perdidos</p> <p>Después de la emergencia ¿En dónde se queda su ganado?</p> <p><input type="checkbox"/> En mi casa <input type="checkbox"/> Albergue <input type="checkbox"/> Calle</p>    |  |
|  <p>Antes de la emergencia ¿su familia tenía estanques acuícolas?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>                     | <p>Durante o después de la emergencia ¿sufrió la pérdida de los estanques?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>                                                                                                                                                                                                                                                | <p>¿De qué tipo?</p> <p><input type="checkbox"/> Peces comerciales <input type="checkbox"/> Ranas <input type="checkbox"/> Camarón  Ostión</p>                                                                                                                                                                         | <p>Describe brevemente la afectación de sus estanques</p>                                                                                                                                                                                               |  |
|  <p>Antes de la emergencia ¿su familia tenía huertos o invernaderos?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>                  | <p>Durante o después de la emergencia ¿sufrió la pérdida de su huerto o invernadero?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>                                                                                                                                                                                                                                      | <p>¿Qué productos sembraba en el huerto o invernadero?</p>                                                                                                                                                                                                                                                             | <p>Describe brevemente la afectación de su huerto o invernadero</p>                                                                                                                                                                                     |  |
|  <p>Antes de la emergencia ¿su familia tenía parcela(s)?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>                             | <p>Durante o después de la emergencia ¿sufrió la pérdida de sus siembras o cosechas?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>                                                                                                                                                                                                                                      | <p>¿Qué productos sembraba en su(s) parcela(s)?</p>                                                                                                                                                                                                                                                                    | <p>Describe brevemente la afectación de su(s) parcela(s)</p>                                                                                                                                                                                            |  |
| <p>Después de la emergencia, ¿El jefe de la familia cuenta con trabajo?</p> <p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p>                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <p>En caso de que no cuente con trabajo, explique brevemente la situación.</p>                                                                                                                                                                          |  |
| AYUDAS RECIBIDAS                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                         |  |
|  <p>Se ha tenido algún tipo de atención/ayuda</p> <p>(Por favor, marque una opción)</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si</p> | <p>¿De quién ha recibido ayuda usted o algún integrante de su familia?</p> <p>(Por favor, señale una opción)</p> <p><input type="checkbox"/> Del Gobierno</p> <p><input type="checkbox"/> De Organizaciones de la sociedad civil</p> <p><input type="checkbox"/> De vecinos de la comunidad o de otras comunidades cercanas</p> <p><input type="checkbox"/> De Organizaciones religiosas</p> | <p>¿Qué apoyo ha recibido su familia?</p> <p>(Por favor, seleccione el tipo de ayuda recibida)</p> <p><input type="checkbox"/> Medicamentos</p> <p><input type="checkbox"/> Viveres (despensas)</p> <p><input type="checkbox"/> Ayuda psicoemocional</p> <p><input type="checkbox"/> Agua</p> <p>Otro ¿Cuál? _____</p> | <p><input type="checkbox"/> Ropa</p> <p><input type="checkbox"/> Materiales de construcción</p> <p><input type="checkbox"/> Animales de corral</p> <p><input type="checkbox"/> Dinero</p>                                                               |  |
| <p>Necesidades Detectadas</p>                                                                                                                                                                                                            | <p>¿Hay acceso de agua de calidad?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <p>¿Hay manejo de animales de granja?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>                                                                                                                                                                                                               | <p>¿Hay sembrados/cosechas?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>                                                                                                                                                          |  |

**DATOS SÓLO PARA LA INSTANCIA EVALUADORA**



**Se recomienda aplicar evaluación**  
¿En qué área? (complementario/específica):

☐  
SI

☐  
NO

Otras recomendaciones y observaciones:

\_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA INSTANCIA EVALUADORA

\_\_\_\_\_

Nombre del evaluador:

\_\_\_\_\_

Tel/Cel. De la instancia evaluadora

\_\_\_\_\_

Firma del o la evaluador(a)