

# Plan Familiar de Emergencias

## Reconociendo la amenaza

INUNDACIÓN     ERUPCIÓN VOLCÁNICA     SISMO  
 AGUAJE Y OLEAJE     SEQUÍA     INCENDIO FORESTAL  
 DESLIZAMIENTO     TSUNAMI

OTROS  \_\_\_\_\_

Familia \_\_\_\_\_

Teléfono Celular \_\_\_\_\_  
Teléfono Conveccional \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

PROVINCIA: \_\_\_\_\_ CANTÓN: \_\_\_\_\_ BARRIO: \_\_\_\_\_ RECINTO: \_\_\_\_\_

## Identificación de vulnerabilidad de la vivienda

Detalle	Espacio Físico						Acciones para reducir la vulnerabilidad
	a. Toda la vivienda	b. Comedor	c. Sala	d. Dormitorio	e. Baño	f. Cocina	
Construcción sin norma sismo resistentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Estructura de madera y otros materiales inflamables	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tejas, láminas de zinc o de eternit sueltas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Muros agrietados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Filtraciones de agua, humedad de muros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Baldosas sueltas, piso resvalosos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Canales y bajantes sin reforzar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tuberías y ductos rotos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tanque elevado sin asegurar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cables eléctricos expuestos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vidrios que pueden romperse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fuentes de calor cerca de cortinas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Estanterías y muebles sin sujetar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Objetos colgantes que puedan caerse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Electrodomésticos defectuosos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Combustibles líquidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Obstáculos en las vías de evacuación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

## Croquis de mi vivienda y alrededores

Identifico lugares peligrosos, seguros, vías de evacuación y punto de encuentro:

Punto de encuentro en caso de no estar juntos: \_\_\_\_\_

## Mi alojamiento temporal

Familia de acogida

Nombre y contacto: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Albergue

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

### ¿Cuánto tiempo me toma evacuar?

Comunicarme con mi familiar: \_\_\_\_\_ Tiempo de traslado: \_\_\_\_\_

Preparar los artículos que llevaré: \_\_\_\_\_

Cerrar toda la casa: \_\_\_\_\_ Entonces mi tiempo para evacuar será: \_\_\_\_\_

## Mochila de Emergencia

Botiquín	Kit de Aseo	Varios
<input type="checkbox"/> Guantes de latex	<input type="checkbox"/> Jabón	<input type="checkbox"/> Linterna con pilas
<input type="checkbox"/> Gasas	<input type="checkbox"/> Pasta dental	<input type="checkbox"/> Radio a pilas
<input type="checkbox"/> Tijeras	<input type="checkbox"/> Papel higiénico	<input type="checkbox"/> Velas
<input type="checkbox"/> Esparadrapo	<input type="checkbox"/> Gel antibacterial	<input type="checkbox"/> Fósforos
<input type="checkbox"/> Vendas	<input type="checkbox"/> Toallas sanitarias	<input type="checkbox"/> Cobija
<input type="checkbox"/> Mascarillas	<input type="checkbox"/> Preservativos	<input type="checkbox"/> Alimentos no perecibles
<input type="checkbox"/> Curitas	<input type="checkbox"/> Champú	<input type="checkbox"/> Agua
<input type="checkbox"/> Gafas	<input type="checkbox"/> Cepillo dental	<input type="checkbox"/> Una muda de ropa
<input type="checkbox"/> Jabón antiséptico (Povidine)		<input type="checkbox"/> Documentos personales
<input type="checkbox"/> Suero fisiológico		<input type="checkbox"/> Documentos de la vivienda
<input type="checkbox"/> Alcohol (limpiador/desinfectante)		<input type="checkbox"/> Impermeables
<input type="checkbox"/> Agua oxigenada		

## MI MASCOTA

Nombre: \_\_\_\_\_

Raza: \_\_\_\_\_

Especie: \_\_\_\_\_

#Carnet de Vacunación: \_\_\_\_\_

Esterilizado: Si  No

Nombre: \_\_\_\_\_

Raza: \_\_\_\_\_

Especie: \_\_\_\_\_

#Carnet de Vacunación: \_\_\_\_\_

Esterilizado: Si  No

## Números de Contactos



FAMILIA



MÉDICO



OTROS

LÍNEA ÚNICA PARA EMERGENCIAS **9-1-1**

N°	NOMBRE Y APELLIDO	EDAD	TIPO DE SANGRE	PARENTESCO	TIPO Y PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD	AYUDA TÉCNICA POR DISCAPACIDAD	ACCIONES Y RESPONSABILIDADES A SEGUIR	MEDICAMENTOS PRESCRITOS POR EL MÉDICO	DOSIS
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									



EL NUEVO ECUADOR

Secretaría Nacional de Gestión de Riesgos