

**State of Florida  
Department of Health**



**Bureau of Environmental Health  
Group Care Program Preparedness Toolkit  
June 2013  
Versión Español**

Nombre de la instalación: \_\_\_\_\_  
N.º de Permiso FL DOH: \_\_\_\_\_  
Completado por: Nombre: \_\_\_\_\_  
Firma: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_

**Evaluación de preparativos para emergencias de la instalación: Antes del  
desastre ó emergencia**

Nombre de la instalación: \_\_\_\_\_  
Dirección de la instalación: \_\_\_\_\_  
Número telefónico de la instalación: \_\_\_\_\_  
Propietario de la instalación – Nombre \_\_\_\_\_  
Número(s) telefónico(s) de contacto: Trabajo - \_\_\_\_\_  
Celular - \_\_\_\_\_ Casa - \_\_\_\_\_

Administrador de la instalación (si es distinto del propietario) –  
Nombre: \_\_\_\_\_  
Número(s) telefónico(s) de contacto: Trabajo - \_\_\_\_\_  
Celular - \_\_\_\_\_ Casa - \_\_\_\_\_

Mantenimiento de la instalación -  
Nombre y número telefónico: \_\_\_\_\_

Contacto y número(s) telefónico(s) de la instalación en caso de emergencia  
después del horario laboral - (si es distinto al del  
propietario/administrador): \_\_\_\_\_

1. ¿Existen procedimientos, directrices, o un plan de acción en caso de  
evacuación, refugio en el lugar o algún tipo de emergencia (incendio,  
inundación, etc.) en la instalación?  
Sí \_\_\_\_\_ ¿De qué tipo? \_\_\_\_\_  
No \_\_\_\_\_
2. ¿Se ha ofrecido capacitación o información al personal de la instalación  
en cuanto a los procedimientos y/o planes para preparación ante  
emergencias en la instalación?  
Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
¿Con qué frecuencia se ofrece capacitación o información al personal  
(incluido el personal nuevo)? \_\_\_\_\_  
Fecha de la última capacitación: \_\_\_\_\_  
¿Quién imparte la capacitación (incluido el personal nuevo)?  
Nombre: \_\_\_\_\_

3. ¿Se realizan ejercicios o simulacros en la instalación tanto con el personal como con los residentes para practicar y mejorar el plan?  
Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_  
Fecha del último ejercicio \_\_\_\_\_
4. ¿Cómo se le informa al personal en caso de evacuación, refugio en el lugar o emergencia o desastre?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
5. ¿Hay algún residente en la instalación con necesidades especiales por tener discapacidad visual, auditiva, motriz, etc.? Vea las Consideraciones especiales para residentes con necesidades especiales  
Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
¿Cuántos residentes? \_\_\_\_\_  
¿Cómo está preparada la instalación para atender a estos residentes en caso de catástrofe, emergencia, evacuación o refugio en el lugar?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
6. ¿Hay algún residente en la instalación que hable algún idioma distinto del inglés?  
Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
¿Cuántos residentes? \_\_\_\_\_ ¿Qué idioma(s)? \_\_\_\_\_  
¿Cómo está preparada la instalación para atender a estos residentes en caso de catástrofe, emergencia, evacuación o refugio en el lugar?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
7. ¿Cuál es el hospital más cercano y a qué distancia se encuentra de la instalación?  
Nombre: \_\_\_\_\_  
Millas: \_\_\_\_\_
8. En caso de evacuación, ¿alguno de los residentes tendría que ser evacuado al hospital más cercano?  
Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
¿Cuántos? \_\_\_\_\_  
¿Cómo serían evacuados los residentes hasta el hospital?  
\_\_\_\_\_
9. ¿Existe algún sistema/método implementado en la instalación para identificar a sus residentes durante una evacuación?  
Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
¿Cuál es el sistema/método? \_\_\_\_\_

10. ¿Han sido asignados los residentes de la instalación a un miembro específico del personal en caso de evacuación o emergencia catastrófica?  
Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
¿Cuántos residentes por miembro del personal?  
\_\_\_\_\_
11. ¿Se requiere en la instalación un vehículo con equipo especial o transporte accesible en caso de evacuación o desastre catastrófico?  
Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
¿Existe un contrato? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Si la respuesta es sí, ¿cuál es la empresa contratada?  
\_\_\_\_\_ Número telefónico:  
\_\_\_\_\_
12. ¿Se ha determinado algún servicio de transporte para los residentes de la instalación en caso de problemas de salud y/o de que sea necesario una evacuación por emergencia o catástrofe?  
Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Nombre y número telefónico del contratista \_\_\_\_\_
13. ¿Existe una farmacia o un proveedor de recetas médicas designados en la instalación?  
Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Nombre del proveedor y número telefónico:  
\_\_\_\_\_
14. ¿Se ha determinado quién transportará las medicinas de los residentes de la instalación en caso de evacuación o emergencia catastrófica?  
Sí \_\_\_\_\_  
Miembro asignado del personal: \_\_\_\_\_  
Miembro alternativo del personal: \_\_\_\_\_  
No \_\_\_\_\_
15. ¿Se ha determinado cómo transportará el miembro asignado del personal las medicinas de los residentes en caso de evacuación o emergencia catastrófica?  
Sí \_\_\_\_\_ Miembro asignado del personal: \_\_\_\_\_  
No \_\_\_\_\_
16. ¿Existe en la instalación un plan de refugio en el lugar?  
Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Si la respuesta es sí, ¿Cuenta la instalación con provisiones de alimentos y agua potable suficientes para tres a siete días (un galón de agua por persona por día)?  
Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

- Si la respuesta es sí, ¿cuántos residentes hay en la instalación? \_\_\_\_\_  
¿Cuántos galones de agua potable están disponibles por residente (un galón por persona por día)? \_\_\_\_\_
- Si la respuesta es no, ¿hay algún contratista/proveedor que suministrará alimentos y agua a la instalación?
  - a. Sí \_\_\_\_\_  
Nombre del contratista/proveedor \_\_\_\_\_  
¿Con qué frecuencia se suministrarán alimentos y agua potable?  
- Frecuencia: \_\_\_\_\_  
¿Según lo solicite la instalación? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Cada \_\_\_\_\_ días; Cada \_\_\_\_\_ semana(s)
  - b. No \_\_\_\_\_  
¿Cómo se suministrarán los alimentos y el agua potable a los residentes y al personal de la instalación?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

17. ¿Existe algún contrato establecido con una empresa sanitaria para el suministro de baños portátiles y lugares para el lavado de manos para el personal y los residentes de la instalación en caso de refugio en el lugar?

Sí \_\_\_\_\_ Compañía contratada: \_\_\_\_\_  
Número telefónico: \_\_\_\_\_  
¿Cantidad de días contratados? \_\_\_\_\_  
¿Fecha para recoger/retirar los baños portátiles?  
\_\_\_\_\_

18. ¿Hay algún residente en la instalación que necesite usar tanques de oxígeno por razones médicas?

Sí \_\_\_\_\_

- Si la respuesta es sí, ¿cuántos residentes necesitan usar tanques de oxígeno? \_\_\_\_\_
- ¿Qué tipo de tanque? \_\_\_\_\_

Nombre y número telefónico del proveedor:  
\_\_\_\_\_

No \_\_\_\_\_

19. ¿Se ha designado a un miembro principal del personal y a dos miembros alternativos del personal para obtener resurtidos adicionales de las recetas médicas de los residentes de la instalación para una evacuación, o en caso de emergencia catastrófica (también para entrega de la noche a la mañana y durante fines de semana)?

Sí \_\_\_\_\_

Miembro designado del personal \_\_\_\_\_  
Primer miembro alternativo del personal: \_\_\_\_\_  
Segundo miembro alternativo del personal: \_\_\_\_\_

20. ¿Ha determinado el personal de la instalación las herramientas y los equipos necesarios antes, durante y después de una catástrofe? ¿Están estas herramientas y equipos en buenas condiciones? Las herramientas y los equipos incluyen linternas, pilas, lonas, radios, teléfonos fijos (no celulares), teléfonos celulares con sus cargadores respectivos (de pared y para vehículo), ventiladores, radio meteorológica de NOAA (Agencia Nacional Oceanográfica y Atmosférica), etc.

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

21. ¿Existen preparativos en caso de pérdida de electricidad o apagón?

Sí \_\_\_\_\_

Describa los preparativos:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

No \_\_\_\_\_

Si la respuesta es no, vea el Anexo H: Consideraciones en caso de pérdida de electricidad

22. ¿Existen en la instalación otras alternativas para lavarse las manos?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Método: \_\_\_\_\_

23. ¿Existen en la instalación otras alternativas para higiene personal (aseo personal, descarga de agua de inodoros, etc.)

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si la respuesta es sí, ¿cuál es el método?

Compañía contratada: \_\_\_\_\_

Número telefónico: \_\_\_\_\_

24. ¿Cuenta la instalación con botiquines de primeros auxilios?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Cuántos? \_\_\_\_\_

¿Sabe el personal dónde se encuentra el botiquín de primeros auxilios? \_\_\_\_\_

Ubicación del botiquín de primeros auxilios - ver Anexo D

25. ¿Hay extinguidores de incendio en la instalación?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Cuántos? \_\_\_\_\_ Fecha de la última prueba: \_\_\_\_\_

Ubicación en la instalación - ver Anexo D

26. ¿Hay detectores de humo en la instalación?  
 Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 ¿Cuántos? \_\_\_\_\_ Fecha de la última prueba: \_\_\_\_\_  
 Ubicación en la instalación - ver Anexo D
27. ¿Hay detectores de monóxido de carbono en la instalación?  
 Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 ¿Cuántos? \_\_\_\_\_ Fecha de la última prueba: \_\_\_\_\_  
 Ubicación en la instalación - ver Anexo D
28. ¿Cuenta la instalación con sábanas y toallas de reserva?  
 Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 Si la respuesta es no, ¿es responsabilidad de los residentes tener sus propias sábanas y toallas de reserva? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
29. Durante una emergencia o catástrofe, ¿cómo se manejará en la instalación lo siguiente?  
 Basura: \_\_\_\_\_  
 Desperdicios y escombros:  
 \_\_\_\_\_  
 Sábanas y toallas sucias:  
 \_\_\_\_\_  
 Desechos biomédicos:  
 \_\_\_\_\_  
 Otros materiales de desperdicios o desechos:  
 \_\_\_\_\_
30. ¿Hay algún residente de la instalación, o miembro del personal que requiera un animal guía?  
 Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 Si la respuesta es sí, ¿existe algún plan para cubrir las necesidades del animal guía en la instalación en caso de emergencia o de evacuación?  
 Describa el plan que incluya: agua, alimentos, vacunas, contacto del veterinario (por favor incluya cualquier anexo que sea necesario)  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
31. Si algún miembro del personal o residente requiere un animal guía, ¿se evacuará el animal guía a la misma instalación?  
 Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ No aplica \_\_\_\_\_

32. ¿Se han suministrado herramientas de preparación personal e información al personal y a sus familiares, en caso de una emergencia?  
Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Está autorizado el personal a refugiarse en el lugar con sus familiares en la instalación?

- Sí \_\_\_\_\_  
- ¿Por cuántos días? \_\_\_\_\_

- No \_\_\_\_\_  
¿Está autorizado el personal a comunicarse con sus familiares mientras se refugia en el lugar en la instalación? Sí \_\_\_\_\_  
No \_\_\_\_\_

33. ¿Existe un sistema de respaldo en la instalación para reemplazar a cada miembro del personal durante la preparación para una emergencia (ausencia, enfermedad, o afectado por la misma emergencia)?  
Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

34. ¿Se ha ofrecido capacitación o información a los residentes de la instalación y a sus familiares sobre los procedimientos de preparación para emergencias?  
Sí \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

No \_\_\_\_\_

¿Cómo y cuándo se ofrecerá la preparación o la información?  
\_\_\_\_\_

35. ¿Se han suministrado herramientas de preparación personal a los residentes de la instalación y a sus familiares en caso de evacuación o emergencia catastrófica?  
Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

36. ¿Están autorizados los residentes a refugiarse en el lugar con sus familiares en la instalación?  
Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

- ¿Por cuántos días? \_\_\_\_\_

Si la respuesta es sí, ¿Cuenta la instalación con provisiones de alimentos y agua potable suficientes para tres a siete días (un galón de agua por persona por día)?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Nombre de la instalación: \_\_\_\_\_  
N.º de Permiso FL DOH: \_\_\_\_\_  
Completado por: Nombre: \_\_\_\_\_  
Firma: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_

**Evaluación de preparativos para emergencias de la instalación: después del desastre ó emergencia**

Dirección de la instalación: \_\_\_\_\_  
Número telefónico de la instalación: \_\_\_\_\_  
Administrador de la instalación – Nombre: \_\_\_\_\_  
Número(s) telefónico(s): Trabajo - \_\_\_\_\_  
Celular - \_\_\_\_\_ Casa - \_\_\_\_\_  
Mantenimiento de la instalación -  
Nombre y número telefónico: \_\_\_\_\_  
Contacto y número(s) telefónico(s) de la instalación en caso de emergencia después del horario laboral - (si es distinto al del administrador)  
\_\_\_\_\_

1. ¿Está la instalación actualmente abierta y en funcionamiento?  
Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
  
2. ¿Fue necesario evacuar la instalación?  
Sí\* \_\_\_\_\_  
Si la respuesta es sí, ¿hacia dónde? \_\_\_\_\_  
\* Vea las Consideraciones de evacuación en el Anexo E
  
3. ¿Se decretó refugio en el lugar en la instalación?  
Sí \_\_\_\_\_  
¿Cuenta la instalación con provisiones de alimentos y agua potable suficientes para tres a siete días (un galón de agua por persona por día)? Sí \_\_\_\_\_  
¿Cuántos residentes y cuántos miembros del personal se encuentran actualmente en la instalación? \_\_\_\_\_  
No \_\_\_\_\_  
¿Existe algún contratista/proveedor que suministre alimentos y agua potable (a los residentes y al personal de la instalación – un galón por día por persona de 3 a 7 días)?  
Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Nombre del contratista/proveedor \_\_\_\_\_  
Número telefónico: \_\_\_\_\_
  
4. ¿Con qué frecuencia se suministrarán alimentos y agua potable?  
- Frecuencia:  
¿Según lo solicite la instalación?  
Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Cada \_\_\_\_\_ días; Cada \_\_\_\_\_ semana(s)

5. Si la instalación se encuentra actualmente abierta y en funcionamiento, ¿se ha presentado una pérdida de electricidad?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Existe algún plan o método de respaldo de emergencia para restablecer el suministro de electricidad? Sí \_\_\_\_\_

¿Cuál es el método de respaldo? \_\_\_\_\_

6. ¿Hay en la instalación un suministro de agua potable para cocinar, beber y asearse?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Qué tipo de sistema de suministro de agua?

Municipal/urbano \_\_\_\_\_

Pozo \_\_\_\_\_ ¿Qué tipo? \_\_\_\_\_

Número de permiso: \_\_\_\_\_

• ¿Funciona correctamente el pozo? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si la respuesta es no, ¿está inundado? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si la respuesta es sí:

¿se han tomado muestras de agua? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

- ¿Hay una notificación vigente de hervir agua en el área de su instalación?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

- ¿Hay agua embotellada en la instalación para los residentes y el personal (un

galón de agua por persona por día)?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

7. ¿Tiene electricidad la instalación?

Sí \_\_\_\_\_ No\*\* \_\_\_\_\_ \*\* Vea también el Anexo J

Si la respuesta es no, ¿existe un generador de emergencia en la instalación? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

• Si la respuesta es sí, ¿de qué tamaño es el generador?

\_\_\_\_\_

• ¿Qué tipo de combustible utiliza el generador?

Gasolina \_\_\_\_\_ Diesel \_\_\_\_\_ Gas natural \_\_\_\_\_

• ¿Cuánto tiempo dura el combustible antes de que sea necesario reponerlo?

Número de horas \_\_\_\_\_ Número de días \_\_\_\_\_

• ¿De dónde proviene el combustible (gasolinera o contrato)?

\_\_\_\_\_

8. ¿En qué áreas de la instalación se utilizará la electricidad del generador?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

9. ¿Hay en la instalación una lista con el número de serie de los aparatos médicos tales como máquinas de diálisis, marcapasos, respiradores o algún otro equipo médico que funcione con electricidad, que puedan ser necesarios para algún residente por razones médicas?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

10. ¿Hay tanques de oxígeno en la instalación necesarios para algún residente por razones médicas?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

- Si la respuesta es sí, ¿cuántos? \_\_\_\_\_ ¿Qué tipo de tanque?

Nombre y número telefónico del proveedor:  
\_\_\_\_\_

- Si la respuesta es no, ¿hay algún residente en la instalación que necesite usar tanques de oxígeno por razones médicas?  
Sí \_\_\_\_\_ ¿Cuántos? \_\_\_\_\_ ¿Qué tipo de tanque?

Nombre y número telefónico del proveedor:  
\_\_\_\_\_

No \_\_\_\_\_

11. ¿El miembro asignado del personal obtuvo resurtidos adicionales de las recetas médicas para sus residentes en preparación para el refugio en el lugar (también para entrega de la noche a la mañana y durante fines de semana)?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Nombre y número telefónico del proveedor:  
\_\_\_\_\_

12. ¿Ha determinado el personal de la instalación las herramientas y los equipos necesarios antes, durante y después de una catástrofe? ¿Están estas herramientas y equipos en buenas condiciones? Las herramientas y los equipos incluyen linternas, pilas, lonas, radios manuales o de pila, teléfonos fijos (no celulares), teléfonos celulares con sus cargadores respectivos (de pared y para vehículo), ventiladores, radio meteorológica de NOAA (Agencia Nacional Oceanográfica y Atmosférica), etc.

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

13. ¿Existen en la instalación otras alternativas para lavarse las manos?

Sí \_\_\_\_\_

¿Cuáles son las alternativas? \_\_\_\_\_

No \_\_\_\_\_

14. ¿Cómo se maneja en la instalación lo siguiente?

Basura: \_\_\_\_\_

Sábanas y toallas sucias:

\_\_\_\_\_

Desechos Biomédicos:

\_\_\_\_\_

Otros materiales de desperdicios ó desechos:

15. ¿Hay animales guía o mascotas en la instalación o está permitido que los residentes los tengan?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Existe algún plan para cubrir las necesidades del animal guía o de la mascota en la instalación en caso de emergencia o de evacuación? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si la respuesta es sí, describa el plan

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

16. ¿Se ha ofrecido capacitación o información al personal de la instalación en cuanto a los procedimientos para la preparación ante emergencias en la instalación?

Sí \_\_\_\_\_

- ¿Con qué frecuencia se ofrece capacitación o información al personal (incluido el personal nuevo)? \_\_\_\_\_

No \_\_\_\_\_

- ¿Cómo y cuándo se ofrecerá la preparación o la información al personal? \_\_\_\_\_

17. ¿Se han suministrado herramientas de preparación personal e información al personal y a sus familiares en caso de una emergencia?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Está autorizado el personal a refugiarse en el lugar con sus familiares en la instalación?

- Sí \_\_\_\_\_  
- ¿Por cuántos días? \_\_\_\_\_

- No \_\_\_\_\_  
- ¿Está autorizado el personal a comunicarse con sus familiares mientras se refugia en el lugar en la instalación? Sí \_\_\_\_\_  
No \_\_\_\_\_

18. ¿Existe un sistema de "respaldo" en la instalación para reemplazar a cada miembro del durante la preparación para una emergencia (ausencia, enfermedad, o afectado por la misma emergencia)? Sí \_\_\_\_\_

No \_\_\_\_\_

**19. ¿Se ha ofrecido capacitación o información a los residentes de la instalación y a sus familiares sobre los procedimientos de preparación para emergencias?**

Sí \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia?

---

No \_\_\_\_\_ ¿Cómo y cuándo se les ofrecerá la preparación o la información?

---

**20. ¿Se han suministrado herramientas de preparación personal a los residentes de la instalación y a sus familiares en caso de evacuación o emergencia?**

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Están autorizados los residentes a refugiarse en el lugar con sus familiares en la instalación?

Sí \_\_\_\_\_

- ¿Por cuántos días? \_\_\_\_\_

No \_\_\_\_\_

¿Están autorizados los residentes a comunicarse con sus familiares mientras se refugian en el lugar en la instalación?

Sí \_\_\_\_\_

Si la respuesta es sí, ¿quién garantizará que los residentes se comuniquen con sus familiares?

---

No \_\_\_\_\_

Nombre de la instalación: \_\_\_\_\_

Numero de Permiso/Archivo: \_\_\_\_\_

Completado por: Nombre: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

## ANEXO A- ANÁLISIS DE VULNERABILIDAD DE RIESGO INSTRUCCIONES

Nombre de la instalación: \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ Completado por: \_\_\_\_\_

- Prepare una lista de eventos potencialmente peligrosos para su instalación
  - Para cada evento, evalúe la probabilidad, vulnerabilidad y preparación
    - La probabilidad y la vulnerabilidad se clasifican usando una escala de tres niveles, de alto a bajo. La probabilidad y la vulnerabilidad tienen una calificación donde “3” es alto, “2” es moderado y “1” es bajo.
    - En la categoría de preparación, una calificación de “3” representa una evaluación baja, mientras que una calificación de “1” representa un alto nivel de preparación. Una calificación de “2” representa un nivel moderado de preparación
    - Al evaluar la probabilidad, tome en consideración la frecuencia y posibilidad de que el evento pueda ocurrir
    - Al evaluar la vulnerabilidad, tome en consideración el nivel de impacto que puede sufrir la instalación, como por ejemplo daños a la infraestructura, pérdidas de vida, interrupción de servicios, etc.
    - Al evaluar la preparación, tome en consideración elementos tales como la solidez de sus planes de preparación y la experiencia previa de la instalación durante eventos catastróficos
  - Multiplique las calificaciones de probabilidad, vulnerabilidad y preparación de cada evento. Los totales con los valores más altos serán los eventos que requieren más planificación para estar preparados ante una emergencia. Utilizando este método, 1 es el valor total más bajo posible, y 27 es el valor total más alto posible.
- NOTA:** La escala para la preparación está en orden inverso al de la escala de probabilidad y de vulnerabilidad, donde el valor es “bajo” =3 y “alto”=1.
- La instalación determinará qué valores representan un riesgo aceptable y qué valores requieren planificación y preparación adicional

## ANEXO A: ANÁLISIS DE VULNERABILIDAD DE RIESGO

Nombre de la instalación: \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ Completado por: \_\_\_\_\_

<b>Peligro</b>	<b>Probabilidad</b>	<b>Vulnerabilidad</b>	<b>Preparación</b>	<b>Total</b>
<b>Natural</b>				
Huracán				
Tornado				
Tormenta fuerte				
Inundación repentina				
Vientos huracanados				
Tiempo inclemente				
Calor extremo				
Inundación				
Sequía				
Incendio incontrolado				
<b>Ocasionado por el hombre</b>				
Maremoto/Tsunami				
Guerra (convencional, biológica, química o nuclear)				
Emisión/derrame de sustancias tóxicas				
Avería en una planta nuclear o catástrofe nuclear				
Terrorismo				
Incendio				
<b>Tecnológico</b>				
Eléctrico				
Calentamiento/Enfriamiento				
Comunicaciones				
<b>Otros</b>				
Brote de enfermedad				
Infraestructura de la comunidad (puente colapsado, carretera, edificio colapsado)				
Falla de servicios públicos				
Falla de transporte				
Otros				

## ANEXO B – LISTA DE CONTACTOS DE LA INSTALACIÓN

<b>CONTACTO DE EMERGENCIA</b>	<b>NÚMERO</b>	<b>OTROS</b>
Departamento de policía		<b>Número para no emergencias:</b>
Departamento del sheriff		<b>Número para no emergencias:</b>
Departamento de bomberos - local		<b>Número para no emergencias:</b>
Departamento de bomberos – condado (si aplica)		<b>Número para no emergencias:</b>
Servicios/Compañía de ambulancias		
Centro para control de envenenamiento de Florida	1-800-222-1222	
Nombre del hospital:		
Oficina local del médico forense:		<b>Después del horario laboral:</b>
Funeraria:		<b>Después del horario laboral:</b>
Refugio local:		Acepta mascotas o animales guía: Sí      No
Refugio para personas con necesidades especiales		Acepta mascotas o animales guía: Sí      No
Contactos de empresas de servicios públicos		
Agua:		
Electricidad:		
Gas:		
Basura:		
Manejo de desechos sólidos:		
Plomero:		
Electricista:		
Contratista de calefacción y aire acondicionado		

Departamento de Salud del Condado		<b>Horario de atención:</b>
Centro de Salud Mental		
Centro de Diálisis		
Iglesia		
Comedor de beneficencia		
Administrador de emergencias del condado		
Departamento de Salud de Florida - Salud ambiental		<b>Horario de atención:</b>
División de Administración de Emergencias de Florida		
Departamento de Asuntos de la Tercera Edad de Florida		<b>Horario de atención:</b>
Departamento de Niños y Familias de Florida		<b>Horario de atención:</b>
Personas con discapacidad de Florida		<b>Horario de atención:</b>
Departamento de Administración del Cuidado de la Salud de Florida		<b>Horario de atención:</b>
Consejo de Vida Independiente de Florida		
Comisión de Transporte para los Desfavorecidos de Florida		
Departamento de Educación de Florida - División de Servicios para Invidentes		
Patrulla de carreteras de Florida		
Cruz Roja Estadounidense		<b>Otro:</b>
Otro -		



**ANEXO D – PLANO DE LA INSTALACIÓN con señalización de la ubicación de extinguidores de incendio, detectores de monóxido de carbono y detectores de humo.**

**Incluya LUGAR SEGURO (Lugar seguro contra tornados) - NOTA: Al seleccionar el lugar seguro de su instalación, considere utilizar una habitación dentro de la instalación, sin ventanas, como por ejemplo un baño o un closet, pero que tenga ventilación.**

## **ANEXO E - PLANO DE EVACUACIÓN**

**NOTA: Su plano de evacuación deberá incluir la ubicación de las salidas, la persona que autoriza la evacuación, el lugar de encuentro fuera de la instalación después de la evacuación, y la persona responsable por el personal/residentes.**

## ANEXO F – CONSIDERACIONES DE EVACUACIÓN

### En caso de evacuación:

**Si se le ordena evacuar su área, NO espere hasta último momento.**

- Conozca la ruta de evacuación de su ciudad o de su condado y la estación de radio para información de emergencia para escuchar las notificaciones de evacuación
- Conozca dónde está el refugio aprobado más cercano en su condado
- Los residentes que necesiten ir a un refugio para personas con necesidades especiales (SNS, por sus siglas en inglés) deben estar registrados previamente. Verifique las fechas de registro en su condado
- Si algún residente requiere el uso de un animal guía, debe saber qué refugios en su área permiten animales guía Incluya los requisitos para el animal (alimentos, agua, medicinas, registros de vacunas) junto con los del residente dentro de sus planes de evacuación
- Tome en consideración siempre las necesidades de transporte para la evacuación de los residentes y del personal. En la mayoría de los casos los residentes ambulatorios deberán ser evacuados primero. El personal debe estar familiarizado con las capacidades de los residentes y con sus limitaciones de movilidad.

1. Haga una lista de las circunstancias que requerirían la evacuación de los residentes (por ejemplo: incendio de gran magnitud, inundación o daño por inundación, destrucción por tornado, etc.):

---

---

---

---

2. Determine a la persona o al miembro del personal que autorizará el traslado de los residentes en caso de evacuación. Si el traslado es a otra instalación (temporalmente), se recomienda establecer un memorando de entendimiento entre las instalaciones.

Miembro del personal que autoriza: \_\_\_\_\_

1er miembro alternativo del personal que autoriza: \_\_\_\_\_

Número telefónico: \_\_\_\_\_

2<sup>do</sup> miembro alternativo de personal que autoriza: \_\_\_\_\_

Número telefónico: \_\_\_\_\_

Administrador de la instalación: \_\_\_\_\_

Propietario de la instalación (si es distinto del administrador): \_\_\_\_\_

Administrador de la instalación/Propietario: \_\_\_\_\_

Otro (especifique el título) \_\_\_\_\_

3. Determine a la persona/miembro del personal que autorizará el resurtido de medicinas para los residentes. Si el traslado es a otra instalación (temporalmente), se recomienda establecer un memorando de entendimiento.

Miembro del personal que autoriza: \_\_\_\_\_

Número telefónico: \_\_\_\_\_

1er miembro alternativo del personal que autoriza: \_\_\_\_\_

Número telefónico: \_\_\_\_\_

2<sup>do</sup> miembro alternativo del personal que autoriza: \_\_\_\_\_

Número telefónico: \_\_\_\_\_

**Responsable del control de los residentes y del personal:**

Asuntos importantes que se deben tomar en consideración al establecer un sistema de control de residentes y personal:

1. ¿Existe una lista de las clases de residentes en la instalación que deben ser evacuados en primer, segundo o tercer lugar? El personal deberá familiarizarse con la lista y saber dónde se guarda para tener fácil acceso a ella en caso de catástrofe o una situación de emergencia.
2. ¿Son los pasillos y las puertas lo suficientemente anchos o representan un problema para la evacuación de los residentes (sillas de ruedas, camillas, etc.)?
3. Si el edificio tiene varios pisos, ¿tienen los residentes la capacidad de movilizarse en todos los pisos para poder ser evacuados a través de pasillos y/o escaleras?
4. Si ocurre una pérdida de electricidad durante la evacuación, ¿tiene la instalación fuentes luminosas/luces de emergencia para continuar y completar la evacuación?
5. Si los residentes se niegan a evacuar, ¿existe un método alternativo para asegurar que los residentes estarán seguros si se refugian en el lugar (alimentos, agua, etc.)?
6. ¿A dónde serán evacuados los residentes y el personal? Ver Anexo F
7. ¿Cuántos residentes fueron evacuados? ¿Cómo se llevó el control de la ubicación de los residentes?
8. ¿Quién transportó a los residentes al lugar de evacuación?
9. ¿Se transportaron las medicinas al lugar de evacuación? ¿Quién las transportó?
10. Haga una lista de los problemas potenciales que surgieron cuando se planificó la evacuación

**Métodos para identificar la instalación:**

Algunas consideraciones sobre los métodos de identificación de la instalación y de sus residentes incluyen las siguientes:

- Etiquetas en la ropa con el nombre del residente y la dirección de la instalación
- Una banda de identificación (ya con el nombre, lista para usar) para los residentes y para los residentes que requieren atención especial
- Una fotografía, guardada con el registro del residente, con la información importante en la parte de atrás
- La información sobre atención especial debe incluir información tal como el nombre, dirección de la instalación, medicinas especiales requeridas y la dosificación prescrita, y el nombre y teléfono de un familiar cercano, etc. (Ver Anexos G, H e I)

Es esencial que la lista de residentes de la instalación esté al día y disponible para acompañar al grupo evacuado. Esta lista de residentes debe guardarse en la oficina de las instalaciones. Un miembro del personal debe ser el responsable de mantener las listas al día y disponibles para llevarlas en cualquier momento. Se sugiere que el miembro del personal asignado como responsable por las medicinas de emergencia, tenga también una copia de esta lista.

**Sitios de evacuación - Lugares fuera de la instalación:**

1<sup>er</sup> lugar de evacuación

Lugar:

Dirección:

Estado, Código postal:

Número telefónico:

2<sup>do</sup> Lugar de evacuación

Lugar:

Dirección:

Estado, Código postal:

Número telefónico:

¿Se ha establecido un acuerdo con el lugar fuera de la instalación?

Sí \_\_\_\_\_

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

Dirección: \_\_\_\_\_

Número telefónico: \_\_\_\_\_

Administrador/Gerente: \_\_\_\_\_

No \_\_\_\_\_

**NOTA: Refugio para personas con necesidades especiales (SNS)** - Si algún residente depende de electricidad por razones médicas, necesita transporte para poder evacuar, o ayuda por discapacidad, registre el(los) residente(s) en el Registro de personas con necesidades especiales de su condado. Cada condado maneja de forma un poco diferente el registro de personas con necesidades especiales y los servicios. Llame a su oficina de administración de emergencias del condado o a las autoridades policiales - ver Anexo C

# NOTIFICACIÓN DE EVACUACIÓN

FECHA: \_\_\_\_\_HORA: \_\_\_\_\_

## INSTALACIÓN:

---

**LOS RESIDENTES Y EL  
PERSONAL HAN SIDO  
EVACUADOS A:**

---

**DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_**

---

**NÚMERO TELEFÓNICO:**

---

**TRANSPORTADOS POR: \_\_\_\_\_**

PARA INFORMACIÓN ACTUALIZADA POR FAVOR CONTACTE A  
<NOMBRE DEL GERENTE/ADMINISTRADOR/PROPIETARIO DE  
LA INSTALACIÓN> AL número telefónico:

---

O:  
<NOMBRE DEL MIEMBRO ALTERNATIVO DEL PERSONAL>:

---

AL número telefónico:

---

## ANEXO G – Lista de control de evaluación de la vida diaria

Esta lista de control\* puede utilizarse para llevar un registro detallado de los requerimientos de la vida diaria y las necesidades médicas de cada residente discapacitado o con necesidades especiales al prepararse para una evacuación o en preparación para una catástrofe.

**Nombre del residente:** \_\_\_\_\_

Requerimientos diarios	Necesita	Tiene	No tiene	No aplica
Equipo de adaptación para la alimentación (utensilios especiales, sondas de alimentación, etc.)				
Equipo especial de respiración				
Artículos para regímenes alimenticios especiales - alimentos no perecederos				
Equipo de cuidado personal (silla para la regadera, banquito para entrar a la bañera, etc.)				
Equipos de comunicaciones (aparatos auditivos o para la visión, etc.)				
Reserva mínima de dos semanas a 30 días de medicinas o recetas médicas				
Ayudas para movilidad (silla de ruedas, caminadora, bastón, etc.)				
Equipos que funcionan con electricidad (máquina de diálisis, mecanismo eléctrico de elevación, silla de ruedas o scooter eléctrico, etc.)				
Animales guía y provisiones para su alimentación y cuidado				

\*Esta lista de control no es exhaustiva y puede adaptarse para ajustarse a las necesidades de los residentes de su instalación.

## ANEXO H – Información de salud de emergencia del residente

Fechas de actualización: \_\_\_\_\_ Actualizado por: \_\_\_\_\_

Nombre del residente: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Número telefónico: \_\_\_\_\_

Número del celular: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Plan de salud: \_\_\_\_\_

Número del individuo: \_\_\_\_\_ Número del grupo: \_\_\_\_\_

Familiar/Pariente: \_\_\_\_\_

Número telefónico: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

### Condiciones especiales:

Medicinas/Dosificación – ver Anexo I: Registro de medicinas

Alergias: \_\_\_\_\_

Comunicaciones/Aparatos/ Equipos: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

Nombre del médico: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Número telefónico del consultorio: \_\_\_\_\_

Después de horas laboral: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Farmacia/ Proveedor de receta médica- Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Número telefónico: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia N.º 1: \_\_\_\_\_

Vínculo: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Número telefónico durante el día: \_\_\_\_\_ Número de

celular: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia N.º 2: \_\_\_\_\_

Vínculo: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Número telefónico durante el día: \_\_\_\_\_ Número de

celular: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**ANEXO I – REGISTRO DE MEDICINAS – Con receta médica y sin receta médica**

Nombre del residente \_\_\_\_\_ Alergias a medicinas \_\_\_\_\_

Nombre del médico \_\_\_\_\_ Alergias a alimentos \_\_\_\_\_

Síntomas bajo tratamiento: \_\_\_\_\_

Mes/Año \_\_\_\_\_

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
Medicina y dosificación	Hora																																	
	A.M.																																	
	Mediodía																																	
	P.M.																																	
	Hora de dormir																																	
	A.M.																																	
	Mediodía																																	
	P.M.																																	
	Hora de dormir																																	
	A.M.																																	
	Mediodía																																	
	P.M.																																	
	Hora de dormir																																	
	A.M.																																	
	Mediodía																																	
	P.M.																																	
	Hora de dormir																																	



## ANEXO J- CONSIDERACIONES EN CASO DE PÉRDIDA DE ELECTRICIDAD

**Antes de que ocurra una pérdida de electricidad durante una catástrofe, se debe tomar en consideración lo siguiente:**

¿Su instalación depende de **equipos que funcionan con pilas** (aparatos auditivos, alarmas, alertas telefónicas)?

- Si la respuesta es sí, ¿tiene pilas de repuesto para estos equipos?

¿Puede conseguir pilas de repuesto fácilmente o tiene que realizar un pedido especial?

¿Alguna persona en la instalación usa algún **equipo eléctrico** que es crítico para su bienestar?

¿Hay cables eléctricos de extensión en la instalación? (por ejemplo 9 pies, 10 pies, 15 pies de longitud)

¿Qué sucedería si hay un apagón?

¿Tiene un sustituto manual o que funciona con pilas que pueda utilizar?

### **Sugerencias para una mejor preparación:**

#### **1. Reúna provisiones esenciales como:**

- Linterna(s)
- Pilas (para linternas, radios, alarmas y detectores)
- Radio(s) portátil(es)
- Teléfono fijo estándar
- Termómetro para alimentos
- Extinguidor(es) para incendio
- Envases de plástico transparente para llenar con agua para congelar (como el agua se expande al congelarse, es importante dejar espacio en el envase para que el agua se expanda: ¡no lo llene hasta el tope!)
- Almacene alimentos listos para comer que NO requieran refrigeración - ver Anexo L
- Convertidor de potencia: para laptop, teléfono celular que puede conectarse al encendedor de cigarrillos de un vehículo

NOTA: Si se produce un apagón en la instalación y/o hay una evacuación, ¿puede transferir las llamadas de la línea fija de la instalación al celular del administrador, del gerente o del supervisor?

- Protector de sobrecarga de buena calidad para el equipo de su oficina
- Listas de contactos del personal en papel – ver Anexo C
- Información de los residentes en papel – ver Anexos G, H, e I

#### **Información específica de las personas con discapacidades:**

- Tenga un repuesto eléctrico para cualquier equipo médico
- Si hay residentes que requieren usar sillas de ruedas o scooters que funcionan con baterías, o algún otro equipo que depende de electricidad, contacte a su empresa de servicios públicos para informarles que en su instalación hay residentes que dependen de la electricidad
- Una batería adicional para el equipo motorizado También se puede utilizar una batería de auto, pero es posible que no dure mucho
- Silla(s) de ruedas manual(es) como respaldo
  - ¿Cabén estas sillas en los pasillos, o de ser necesario, por las escaleras?

- Si hay residentes con discapacidad visual o ciegos, tenga en reserva un reloj con voz o Braille, o un reloj con números grandes y pilas adicionales
- Si hay residentes con discapacidad auditiva o sordos, considere tener una televisión que funcione con pilas

## **2. Hay un corte eléctrico en la instalación: Qué hacer**

- El personal deberá verificar la situación de los residentes y asegurarse de que todos los residentes estén ubicados y seguros
- Encienda su radio de pilas o su radio manual para escuchar las últimas noticias de los gerentes de emergencia de su área: seguridad del agua, notificaciones de hervir el agua, etc.
- Apague o desconecte cualquier aparato, equipo eléctrico o electrónico que se encontraba en uso en el momento que ocurrió el corte eléctrico
- Mantenga encendida una luz para saber cuando se restablece el servicio eléctrico
- Mantenga cerradas las puertas de la nevera y del congelador para que los alimentos y/o las medicinas se mantengan lo más frías posible
- Si hay residentes en la instalación que tomen medicinas que requieren estar refrigeradas, asegúrese de que esas medicinas se guarden en una nevera que no se abrirá ni usará frecuentemente. La mayoría de las medicinas se pueden guardar en una nevera cerrada por varias horas sin ningún problema
- Si la falta de electricidad dura más de dos horas, verifique la temperatura de los alimentos que están en la nevera y bote la comida que tenga una temperatura mayor a los 40 °F

## **3. Corte eléctrico en la instalación: Qué NO HACER**

- NO use velas cuando haya un apagón
- NUNCA use un generador, una parrilla o equipos similares dentro de las instalaciones— estos equipos solamente deben usarse al aire libre
- Use el teléfono solamente para llamadas de emergencia. NO llame al 9-1-1 para solicitar información  
SOLAMENTE ÚSELO para informar sobre una emergencia cuando haya una vida en peligro
- Si la instalación tiene un elevador, NO lo use

Haga arreglos previos con los médicos de los residentes o verifique con los proveedores de oxígeno si existen planes de emergencia para las personas que usan respiradores u otros equipo médicos que funcionan con electricidad. Asegúrese de que exista un repuesto eléctrico para los equipos médicos de los residentes

## **ANEXO K- Listo para comer: lista de control de alimentos que NO necesitan cocinarse**

Comidas listas para comer (MRE, por sus siglas en inglés): sensibles al calor  
Barras de energía (alto contenido de calorías)  
Azúcar o sustituto de azúcar  
Sal y pimienta  
Cereales integrales  
Almendras y otras nueces (si los residentes y el personal no tienen alergias a estos alimentos)  
Alimentos enlatados listos para comer  
Pasta enlatada  
Mantequilla de cacahuete (si los residentes y el personal no tienen alergias a estos alimentos)  
Mezcla de frutos secos (si los residentes y el personal no tienen alergias a estos alimentos)  
Jerky  
Frutas secas  
Frutas enlatadas  
Puré de manzana /porciones pequeñas de frutas enlatadas  
Frutas deshidratadas  
Galletas de arroz  
Galletas saladas/Triscuits/ Galletas sin sal  
Caramelos  
Latas de atún  
Galletas dulces  
Queso para untar en envases de vidrio  
Porciones de pudín  
Barras para desayuno  
Semillas de girasol  
Agua potable (1 galón por persona por día - provisiones sugeridas de 3 a 7 días)  
Jugo de larga duración (cajas o latas)  
Mezcla Gatorade  
Mezcla para chocolate  
Café instantáneo  
Bolsas de leche en polvo  
Leche/leche de almendra/leche de soya de larga duración

### **Utensilios:**

Utensilios de plástico  
Tazas metálicas  
Ollas metálicas  
Abrelatas

## **ANEXO L- CONSIDERACIONES ESPECIALES PARA RESIDENTES CON NECESIDADES ESPECIALES\***

\*Esta lista no es exhaustiva, pero sirve como guía para planificar por adelantado\*

Las instalaciones con residentes con discapacidades o necesidades especiales deberían considerar llevar una lista detallada de los requerimientos de vida diaria y las necesidades médicas de sus residentes (ver Anexo A - Lista de control de evaluación de la vida diaria)

¿Existen alarmas audibles y visuales, y detectores de incendio colocados a lo largo de la instalación?

- Verifique que los aparatos de alertas visuales y por vibración a lo largo de la instalación tengan pilas de repuesto en caso de pérdida de energía eléctrica
- Reemplace las pilas cada seis meses
- Si es necesario, coloque alarmas contra incendio audibles y también alarmas visuales a lo largo de la instalación

### **I- DEPENDENCIA DE OXÍGENO/MEDICINAS PARA LA RESPIRACIÓN**

¿Hay residentes en la instalación que tomen alguna **medicina con receta médica para la respiración**? Si la respuesta es sí, ver Anexo I

¿Hay residentes en la instalación que tomen alguna medicina de venta libre para la respiración? Si la respuesta es sí, ver Anexo I

¿Hay en la instalación o tienen los residentes una provisión de por lo menos dos semanas de medicinas para la respiración (con receta médica o sin receta médica)

- ¿Cómo se llevará a cabo el reemplazo o resurtido de las medicinas para la respiración (si se pierden o se acaban)?

¿Hay residentes en la instalación que utilicen algún **nebulizador con receta médica para la respiración**? Si la respuesta es sí, ver Anexo I

¿Hay en la instalación o tienen los residentes una provisión de por lo menos dos semanas de medicinas para la respiración (con receta médica o que no requiere receta médica)

- ¿Cómo se llevará a cabo el reemplazo o resurtido de las medicinas para la respiración (si se pierden o se acaban)?

¿Hay residentes en la instalación que tomen alguna **medicina que requiere refrigeración**? Si la respuesta es sí, ¿cómo se mantendrán refrigeradas sin electricidad corriente (refrigerador de batería, enfriador con hielo, con hielo seco)?

- ¿Por cuánto tiempo puede guardar su medicina sin tener electricidad corriente?

¿Hay sondas adicionales en la instalación? ¿Hay mascarillas adicionales?

- ¿Cómo se obtendrán más en caso de que sea necesario?

## **II - DEPENDENCIA POR MOVILIDAD:**

Si hay residentes en la instalación con discapacidades de movilidad, considere incluir lo siguiente:

1. ¿Algún residente usa **silla de ruedas eléctrica** o **scooter eléctrico**? Si la respuesta es sí, ¿tiene baterías de repuesto? ¿Tiene la silla de ruedas o el scooter una **abrazadera para oxígeno**??
2. ¿Tiene la instalación una **silla de ruedas manual** o puede usarse una **silla manual** para reemplazar la silla de ruedas eléctrica?
  - ¿Si se requiere? ¿Tiene una **abrazadera para oxígeno** o una **bolsa de oxígeno**??
  - Guarde un juego de guantes resistentes entre sus provisiones para usarlos al rodar las sillas de ruedas o manipular sobre vidrio y escombros.
  - Si no tiene llantas a prueba de pinchazos, tenga un juego de parches o una lata de producto para crear sellos de aire, para reparar llantas desinfladas y/o tenga también tubos interiores adicionales para llantas
  - Almacene una silla de ruedas liviana manual, si está disponible

**Según el tipo de silla y los requerimientos específicos, estos son algunos artículos adicionales a considerar:**

- Rampa portátil
- Guantes resistentes para la posibilidad de rodar la silla sobre vidrios rotos y escombros
- Una batería de repuesto para la silla y/o un adaptador para recargar la batería desde un vehículo
- Juego de parches para llantas y compresor portátil de aire o una lata de producto para crear sellos de aire para reparar llantas desinfladas
- Bastón o caminadora de repuesto (si se requiere) en caso de que la silla quede inservible
- Silbato para pedir ayuda

**Verifique con el proveedor si la batería de la silla de ruedas se puede cargar usando cables auxiliares con una batería de vehículo o conectando las baterías a un convertidor específico que se enchufa en el encendedor del vehículo, en caso de pérdida de suministro de electricidad.**

Coloque los muebles y demás artículos de manera que permitan el paso libremente sin obstáculos, y asegúrelos en su sitio. Si los residentes pasan tiempo en los pisos superiores de un edificio con elevador, planifique y practique métodos alternativos de evacuación.

Si los residentes no pueden usar las escaleras, proponga técnicas que puedan servir para levantar y cargar a dichos residentes. Habrá ocasiones cuando las personas en sillas de ruedas tendrán que abandonar las sillas para poder evacuar el edificio de manera segura. Algunas veces, transportar a alguien bajando las escaleras no es una solución práctica a menos que haya dos o más personas fuertes que controlen la silla. Por lo tanto, es muy importante discutir sobre cuál es la manera más segura de transportar a dichos residentes si hay que cargarlos, y alertar a las personas que asisten a estos residentes si existe algún área vulnerable. Por ejemplo, es posible que usar el tradicional "método del bombero" no sea el

adecuado para personas con problemas respiratorios. El personal debe estar capacitado para dar instrucciones breves sobre cómo mover a estos residentes.

### **III- IMPEDIMENTOS AUDITIVOS:**

El personal de la instalación debe reconocer que los residentes con impedimentos auditivos requieren arreglos especiales para poder recibir alertas sobre emergencias. Sería beneficioso que los residentes tengan una forma de anotar información para ayudarlos a comunicarse en caso de una emergencia. Tenga disponible papel, plumas y marcadores además de la tecnología de asistencia y las fuentes de potencia de repuesto para los equipos y/o la tecnología. Por ejemplo, si hay residentes con impedimentos auditivos, tenga tarjetas de cartulina con frases preimpresas que los residentes puedan guardar en un lugar seguro y usarlas para comunicarse con otros en caso de una catástrofe.

He aquí algunas sugerencias adicionales:

- Guarde los aparatos auditivos y/o los implantes cocleares en un lugar donde los residentes y/o el personal los puedan encontrarlos fácilmente después de una catástrofe. Por ejemplo, los puede guardar en un envase al lado de la cama del residente y adherir el envase a la mesa de noche o a la cama con una cuerda o con Velcro
- Almacene pilas adicionales para aparatos auditivos e implantes. De ser posible, guarde aparatos auditivos adicionales junto con las provisiones de emergencia de la instalación
- Teléfonos de texto (TTY) portátiles y pilas
- Mantenga con carga los buscapersonas, teléfonos con subtítulos y otros equipos de comunicación
- Entregue silbatos a los residentes para pedir ayuda en caso de una emergencia
- Mantenga pilas y guarde pilas adicionales para el teléfono de texto y otros equipos de comunicación que puedan necesitar los residentes. Verifique cuál es el mantenimiento adecuado para las pilas en el manual del propietario
- Los residentes deben saber cómo comunicarse con el personal de emergencia si no hay un intérprete o si el residente no tiene su aparato auditivo. Guarde papel y plumas en diversos lugares de la instalación para que los residentes los usen en estos casos
- En caso de evacuación, el personal de la instalación debería examinar la posibilidad de que los residentes lleven consigo copias preimpresas de mensajes importantes, tales como:
  - “Yo me comunico mediante el lenguaje de señas americano (ASL) y necesito un intérprete de ASL”.
  - “Yo no sé leer ni escribir en inglés”.
  - “Si hace algún anuncio, necesito que me lo entregue por escrito o por señas”.
- De ser posible, tenga una televisión que funcione con pilas con un chip decodificador para tener acceso a informes de emergencia con subtítulos

- El personal de la instalación debe determinar qué sistemas de transmisión ofrecen noticias continuas con subtítulos o con lenguaje de señas antes y después de una catástrofe o emergencia

Instale detectores de humo que emitan señales visibles y audibles para los residentes en toda la instalación. Por lo menos una de las alarmas de humo debe funcionar con pilas.

#### **IV - IMPEDIMENTOS VISUALES**

El personal de la instalación debe saber que después de una catástrofe o emergencia grave, las personas con impedimentos visuales pierden las claves auditivas en las que confían normalmente. Marque las provisiones de emergencia en letra de bloque grande, cinta adhesiva fluorescente o Braille. En caso de evacuación, el personal que asiste a los residentes con impedimentos visuales deberá marcar claramente los artículos de los residentes como aparatos de asistencia y no simplemente como “equipaje”.

Si hay residentes que tienen visión parcial, coloque lámparas de seguridad en cada habitación para iluminar el camino. Estas lámparas se enchufan a los tomacorrientes de pared y se encienden automáticamente si hay una pérdida del suministro eléctrico. Dependiendo del tipo de lámpara, continuarán funcionando automáticamente entre 1 y 6 horas y se pueden apagar manualmente y usar como linterna por corto tiempo.

Además de las sugerencias anteriores, he aquí algunas adicionales:

- Los artículos especiales como bastones plegables adicionales para movilidad, deben guardarse en lugares seguros de fácil acceso para los residentes en caso de una emergencia
- Anteojos oscuros adicionales (si se requieren por razones médicas)
- Grabador de cinta y pilas adicionales
- Radio de pilas o de operación manual
- Linterna y pilas adicionales
- Silbato plástico para emergencias
- Artículos portátiles de ayuda: lupas, aparatos de comunicación, etc.
- Guantes de trabajo y zapatos resistentes
- Medicinas: con receta médica y de venta libre

#### **Animales guías/de acompañamiento**

Los animales guía o de acompañamiento pueden sentirse confundidos o asustados durante y después de una catástrofe: manténgalos confinados o sujetos con una cinta o un arnés de manera segura. Una cinta/harnés es un artículo importante para controlar a un animal nervioso o intranquilo. Debe estar preparado para usar métodos alternativos para manejarlo en este ambiente.

Arme un juego de provisiones para el animal y una bolsa para llevar (en caso de que sea necesario)

Para cada animal:

- Agua (jarras plásticas de un galón) y alimentos para dos semanas
- Platos que no se derraman para alimentos y agua

- Abrelatas manual y cucharas
- Información de identificación del animal/animal guía, registros veterinarios y prueba de propiedad
- Jaula/porta animales (con la información de contacto en una etiqueta: nombre de la mascota, nombre del dueño, dirección y número telefónico y un nombre y número telefónico de emergencia)
- Juguetes favoritos, golosinas para animales, cobijas
- Correa, collar, arnés, bozal, palos y cuerdas
- Arena, bandeja para arena, pala para arena
- Periódico (para la cama o basura)
- Toallas de papel y bolsitas plásticas
- Equipo de primeros auxilios y manual (llame a su veterinario)

### **CONSIDERACIONES ESPECIALES PARA UNA INSTALACIÓN EN CASO DE LESIONES GRAVES O FATALIDADES**

**\*Estas son solo consideraciones y en ningún momento pretenden ser una lista exhaustiva o una directriz que debe seguirse al pie de la letra, sino simplemente sirve como sugerencia y guía para que las instalaciones pueden hacer planes por adelantado\***

- Asegúrese de que los residentes permanezcan en calma y en un área lejos de una persona herida gravemente o muerta
- Si se produce una muerte en la instalación durante el refugio en el lugar, el administrador de la instalación (o el supervisor o miembro designado del personal) notificará a las autoridades legales y/o a la oficina local del médico forense, por teléfono si es posible, llamando al 9-1-1 antes de notificar a los familiares, contactos de emergencia o representantes del residente
- Aguarde las instrucciones de las autoridades legales y/o del personal médico de emergencia