

REPORTE DE INCIDENTES O SIMULACROS DENTRO DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE AGUASCALIENTES

FECHA: _____

DATOS GENERALES					
CENTRO Y/O DIRECCIÓN:				No. DE EDIFICIO:	
DEPARTAMENTO Y/O SECCIÓN:				TEL Y/O EXTENSIÓN:	
NÚMERO DE PISOS: _____	ELEVADOR:		ESCALERAS DE EMERGENCIA:		
DATOS GENERALES DEL INCIDENTE Y/O SIMULACRO					
TIPO DE INCIDENTE PRESENTADO:	HORA DE INICIO DEL INCIDENTE:		HORA DE TERMINO DEL INCIDENTE:		
TOTAL DE PERSONAS EVACUADAS: _____	POBLACIÓN FIJA: _____		POBLACIÓN FLOTANTE: _____		
TIEMPO TOTAL DE EVACUACIÓN: _____	SISTEMA DE ALERTAMIENTO UTILIZADO:		_____		
SE DIFUNDIÓ EL SIMULACRO:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>	TIPO DE MEDIO (S) UTILIZADOS PARA LA DIFUSIÓN:	
SE REALIZO REUNIÓN DE GABINETE:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>		
PARTICIPACIÓN DE BRIGADAS					
SE ACTIVO PLAN DE EMERGENCIA:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	LAS BRIGADAS SE INTALARON EN LOS PUNTOS ASIGNADOS:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
PARTICIPO LA BRIGADA DE:	SE IDENTIFICA AL JEFE DE LA BRIGADA DE:		USO DE EPP		
EVACUACIÓN	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	EVACUACIÓN	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
PRIMEROS AUXILIOS	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	PRIMEROS AUXILIOS	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
BÚSQUEDA Y RESCATE	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	BÚSQUEDA Y RESCATE	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
COMBATE CONTRA INCENDIOS	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	COMBATE CONTRA INCENDIOS	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
ATENCIÓN A FUGAS Y DERRAMES QUÍMICOS	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	ATENCIÓN A FUGAS Y DERRAMES QUÍMICOS	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
SE REALIZA CONTEO POR PARTE DE LA BRIGADA DE EVACUACIÓN DE PERSONAL EVACUADO EN EL PUNTO DE REUNIÓN:				SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
LAS BRIGADAS ESTAN IDENTIFICADAS: SI <input type="checkbox"/>			NO <input type="checkbox"/>	SE CUENTA CON EQUIPO DE EMERGENCIA: SI <input type="checkbox"/>	
PERSONAS LESIONADAS: SI <input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>	No. DE PERSONAS LESIONADAS:	REQUIRIÓ TRASLADO AL HOSPITAL	SI <input type="checkbox"/>
NO <input type="checkbox"/>					
REVISIÓN DEL INMUEBLE DESPUÉS DEL INCIDENTE					
SE REALIZA LA EVALUACIÓN DE DAÑOS:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SE COMUNICO EL REGRESO A LA NORMALIDAD:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
HUBO PARTICIPACIÓN DE DEPENDENCIAS EXTERNAS:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SE REALIZÓ LA REUNIÓN DE RETROALIMENTACIÓN:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE					
OBSERVACIONES GENERALES					

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DEL INMUEBLE

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD INTERNA DE PROTECCIÓN CIVIL

NOMBRE Y FIRMA DE LA AUTORIDAD