



CÉDULA DE EVALUACIÓN DEL SIMULACRO EN UNIDADES HOSPITALARIAS POR AMENAZA DE ARTEFACTO EXPLOSIVO

Fecha	19	Julio	2017
	Día	Mes	Año

Dependencia o Institución _____
 Nombre del responsable o encargado _____
 Calle _____ Colonia _____
 Delegación _____ C.P. _____ Teléfono _____
 Correo electrónico _____ Tipo de establecimiento _____

INFORMACION DEL INMUEBLE (llenado previo)

Niveles del inmueble _____ Elevadores Si No Escaleras de emergencia Si No

¿Cuenta con Programa Interno de Protección Civil para Unidades Hospitalarias, conforme a los TR-SPC-004-PIPC-HOSPITALES-2016, (publicado en la Gaceta Oficial de la CDMX el 02 de marzo 2016)? SI NO

¿Cuenta con croquis general de señalización? Si No

¿El inmueble cuenta con la señalización de acuerdo a la NOM-003-SEGOB-2011? Si No

¿Las señalizaciones están en buen estado? Si No ¿Están identificadas las zonas de menor riesgo? Si No

¿Cuenta con salidas de emergencia? Si No ¿Están visibles los números de emergencia? Si No

¿Está identificado el punto de reunión? Si No

¿Cuenta con extintores? Si No ¿Cuántos? ¿Se encuentran vigentes? Si No ¿De qué tipo? _____

¿Existe infraestructura para personas con discapacidad? Si No

¿Cuenta con barandales corridos? Si No ¿Tiene cajones de estacionamiento? Si No

¿Cuenta con rampas? Si No ¿Cuenta con sanitarios accesibles? Si No

DATOS GENERALES DEL SIMULACRO (llenado previo)

Hipótesis planteada

Artefacto explosivo Corto circuito Emergencia médica Explosión Fuego incipiente
 Fuga de gas Incendio Inconformidad social Sismo Otra _____

Tipo de simulacro Gabinete Campo Con previo aviso Sin previo aviso

Procedimiento Repliegue Evacuación parcial Evacuación total

Difusión del simulacro

¿Se realizó difusión? Si No

¿A quién se dio aviso? Personal interno Vecinos Autoridades e instituciones Otro: _____

DATOS GENERALES DEL SIMULACRO (llenar después del ejercicio)

Mujeres Hombres Personas con discapacidad Población flotante

No. de Brigadistas Población total



Tipo de alertamiento utilizado

- Campana Chicharra Megáfono Radio receptor (SAS)
 Silbato Sirena Timbre Voceo Otro _____

EVALUACIÓN DEL SIMULACRO (llenar después del ejercicio)

Hora planeada _____ horas

	hora	minutos	segundos
Hora de inicio			
Hora de término			

- ¿Se detecta objeto sospechoso? Si No
 ¿Se da aviso al encargado y/o responsable del inmueble? Si No
 ¿Se hace llamado a los cuerpos de emergencia? Si No
 ¿La señal de alarma y/o código se escuchó con claridad en el inmueble? Si No
 ¿Se realiza barrido visual inicial en áreas vulnerables y comunes? Si No
 ¿Se inicia evacuación del inmueble a punto de reunión de menor riesgo? Si No
 ¿Se encuentra objeto sospechoso? Si No
 ¿Se observó la llegada de grupos especializados fuerza de tarea? Si No
 ¿Se realiza protocolo para el artefacto explosivo? Si No
 ¿Se acordona el área del objeto sospechoso? Si No
 ¿Se determina si es artefacto explosivo? Si No
 ¿Se realizó el recorrido y revisión con brigadistas del inmueble? Si No
 ¿Se indica al personal que se controló la emergencia? Si No
 ¿El encargado y/o responsable del inmueble da orden de reinicio de actividades? Si No

¿Qué instituciones participaron en el simulacro? _____

Observaciones. _____

Salvo protesta de decir verdad, la información contenida en este formato y que se envía, es verídica y queda sujeta a la verificación correspondiente.