

PLAN DE ACCIÓN DE EMERGENCIA DEL EVENTO

Sección A. Información de Contacto del Evento

1. INFORMACIÓN DE SOLICITANTE QUE COMPLETA ESTE FORMULARIO			
Nombre		Teléfono	
Correo Electrónico			

Sección B. Detalles del Evento

INFORMACIÓN GENERAL			
2. NOMBRE DEL EVENTO	3. FECHA(S) Y HORA(S) DE INSTALACIÓN:	4. FECHA(S) Y HORA(S) DE DESINSTALACIÓN:	5. FECHA(S) Y HORA(S) DEL EVENTO:
	INICIO:		
	FIN:		
6. ¿EL EVENTO SE REALIZA DURANTE VARIOS DÍAS?			<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
7. ¿ESTE EVENTO ES RECURRENTE?			<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
8. NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL EVENTO:			
9. ¿HAY MÚLTIPLES UBICACIONES PARA EL EVENTO?			<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
SI RESPONDIÓ SÍ, EL EVENTO SE LLEVARÁ A CABO EN (MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE APLIQUEN):		<input type="checkbox"/> INTERIOR	<input type="checkbox"/> EXTERIOR
10. ESTIMADO TOTAL DIARIO DE PARTICIPANTES	11. ESTIMADO MÁXIMO DE ASISTENTES		
12. ¿EL EVENTO REQUIERE BOLETOS?			<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
13. ¿QUÉ TIPO DE ENTRETENIMIENTO INCLUYE EL EVENTO? (MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE APLIQUEN)			
<input type="checkbox"/> Asamblea		<input type="checkbox"/> Orador(es) público(s)	
<input type="checkbox"/> Evento deportivo		<input type="checkbox"/> Carros alegóricos	
<input type="checkbox"/> Concierto / Música en vivo		<input type="checkbox"/> Otro – especifique:	
14. ¿EL EVENTO INCLUYE ENTRETENIMIENTO, ORADORES O ASISTENTES DE ALTO PERFIL?			<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
SI RESPONDIÓ SÍ, ESPECIFIQUE:			

PLAN DE ACCIÓN DE EMERGENCIA DEL EVENTO

15. ¿EXISTE LA POSIBILIDAD DE PROTESTAS O CONTRA-MANIFESTACIONES?		<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
SI RESPONDIÓ SÍ, ESPECIFIQUE:			
16. ¿ES ESTA LA PRIMERA VEZ QUE SE REALIZA ESTE EVENTO?		<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
SI RESPONDIÓ NO, ¿CUÁNDO FUE LA ÚLTIMA VEZ QUE SE REALIZÓ?:			
¿HUBO PROBLEMAS MÉDICOS O DE SEGURIDAD EN EVENTOS ANTERIORES? (MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE APLIQUEN)			
<input type="checkbox"/> Violencia <input type="checkbox"/> Protestas <input type="checkbox"/> Clima Severo <input type="checkbox"/> Otro – especifique:			
17. ¿EL PÚBLICO OBJETIVO INCLUYE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES CON NECESIDADES DE ACCESO O FUNCIONALES? (MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE APLIQUEN)			
<input type="checkbox"/> Menores de 16 años <input type="checkbox"/> Mayores de 65 años <input type="checkbox"/> Personas con dispositivos de movilidad <input type="checkbox"/> Personas con discapacidad auditiva o visual <input type="checkbox"/> Personas que no hablan inglés		DESCRIBA CÓMO SE ABORDARÁN LAS NECESIDADES SELECCIONADAS:	
18. ¿EL EVENTO INCLUYE ALCOHOL O POSIBLE USO DE SUSTANCIAS CONTROLADAS?		<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
SI RESPONDIÓ SÍ, ¿QUÉ MEDIDAS SE TOMARÁN PARA PREVENIR EL CONSUMO POR MENORES O EL CONSUMO EXCESIVO? (MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE APLIQUEN)			
<input type="checkbox"/> Estaciones de agua gratis / llenado de botellas <input type="checkbox"/> Pulseras para mayores de 21 años <input type="checkbox"/> Personal de bar capacitado por TIPS <input type="checkbox"/> Aplicación de la ley <input type="checkbox"/> Límite de bebidas por persona (por ejemplo, boletos de bebida) <input type="checkbox"/> Seguridad privada <input type="checkbox"/> Límite de bebidas por I.D. en el punto de venta <input type="checkbox"/> Otro – especifique:			
19. ¿EL EVENTO SE LLEVARÁ A CABO EN UN DÍA FESTIVO U OCURRIRÁ SIMULTÁNEAMENTE CON OTRO EVENTO IMPORTANTE? (POR EJEMPLO, EVENTO DEPORTIVO IMPORTANTE, NAVIDAD, JANUCÁ, CUATRO DE JULIO, ETC.)		<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
SI RESPONDIÓ SÍ, ¿CUÁL(ES) EVENTO(S)?			

PLAN DE ACCIÓN DE EMERGENCIA DEL EVENTO

LOGÍSTICA DEL EVENTO	
20. ¿EL EVENTO INCLUYE ALGUNA INFRAESTRUCTURA TEMPORAL?	
<input type="checkbox"/> Escenario <input type="checkbox"/> Carpa <input type="checkbox"/> Cocina/Camiones de comida/Elementos para cocinar <input type="checkbox"/> Señalización (colgante, torres de entrada, señalización plegable)	<input type="checkbox"/> Juegos mecánicos <input type="checkbox"/> Inflables <input type="checkbox"/> Elementos acuáticos <input type="checkbox"/> Instalaciones artísticas o estructuras temporales <input type="checkbox"/> No se utilizará infraestructura temporal
21. ¿EL EVENTO INCLUYE PIROTÉCNICOS, FUEGOS ARTIFICIALES U OTROS ELEMENTOS INFLAMABLES?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
22. ¿CÓMO SE ADMINISTRARÁN LOS CIERRES FIJOS O PARCIALES DE CALLES? (MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE APLIQUEN)	
<input type="checkbox"/> Barricadas según el Manual Uniforme de Dispositivos de Control de Tráfico (MUTCD) <input type="checkbox"/> Mitigación móvil (barreras meridianas, bolardos portátiles, etc.) <input type="checkbox"/> Barreras fijas (Jersey, bolardos permanentes)	<input type="checkbox"/> Ubicación de personal de la ley <input type="checkbox"/> Otros vehículos usados para bloquear el acceso (camión de basura, etc.) <input type="checkbox"/> El evento no incluye cierres de calles <input type="checkbox"/> Otro – especifique:
23. ¿CÓMO SE ASEGURARÁ EL PERÍMETRO DEL EVENTO? (MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE APLIQUEN)	
<input type="checkbox"/> Perímetro sin seguridad <input type="checkbox"/> Cercas o barricadas Si respondió SÍ, indique tipo/altura: _____ <input type="checkbox"/> Aplicación de la ley o seguridad privada monitoreando el perímetro	<input type="checkbox"/> Revisión en los accesos (por ejemplo, revisión de bolsas, detectores de metales, varas de detección) <input type="checkbox"/> Otro – especifique:
24. SI SE UTILIZAN CERCAS O BARRICADAS EN EL PERÍMETRO, ¿CUÁNTAS ABERTURAS SE HAN DESTINADO COMO SALIDAS DE EMERGENCIA?	Cantidad:

PLAN DE ACCIÓN DE EMERGENCIA DEL EVENTO

Sección C. Comando y Comunicación del Evento

25. PUNTOS DE CONTACTO DURANTE EL EVENTO				
PUESTO	INFORMACIÓN DE CONTACTO PRINCIPAL		INFORMACIÓN DE PUNTO DE CONTACTO ALTERNATIVO	
	NOMBRE		NOMBRE	
ORGANIZADOR DEL EVENTO	TELÉFONO		TELÉFONO	
PERSONA CON AUTORIDAD FINAL	TELÉFONO		TELÉFONO	
ANFITRIÓN/PATROCINADOR DEL EVENTO	TELÉFONO		TELÉFONO	
COORDINADOR(A) DEL DÍA DEL EVENTO	TELÉFONO		TELÉFONO	
INFORMACIÓN PÚBLICA / COMUNICACIONES EXTERNAS	TELÉFONO		TELÉFONO	
MANEJO DE MULTITUDES	TELÉFONO		TELÉFONO	
TRÁFICO / ESTACIONAMIENTO	TELÉFONO		TELÉFONO	
SEGURIDAD PRIVADA	TELÉFONO		TELÉFONO	
APLICACIÓN DE LA LEY (CONTACTO EN EL SITIO)	TELÉFONO		TELÉFONO	
CONTACTO MÉDICO PRINCIPAL	TELÉFONO		TELÉFONO	
ALIMENTOS / BEBIDAS	TELÉFONO		TELÉFONO	
MONITOREO DEL CLIMA	TELÉFONO		TELÉFONO	
OTRO:	TELÉFONO		TELÉFONO	
OTRO:	TELÉFONO		TELÉFONO	
OTRO:	TELÉFONO		TELÉFONO	
OTRO:	TELÉFONO		TELÉFONO	

PLAN DE ACCIÓN DE EMERGENCIA DEL EVENTO

26. ¿HABRÁ UN CENTRO DE COMANDO O PUESTO CENTRAL DE OPERACIONES?		<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
UBICACIÓN			
27. ¿HAY UNA UBICACIÓN ALTERNATIVA PARA QUE ESTE EQUIPO SE REÚNA EN CASO DE EMERGENCIA?		<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
SI RESPONDIÓ SÍ, ESPECIFIQUE LA UBICACIÓN ALTERNATIVA:			
28. ¿CUÁNTOS MIEMBROS DEL PERSONAL O VOLUNTARIOS HAN SIDO ASIGNADOS A LOS SIGUIENTES ROLES DEL EVENTO?			
ROL DEL EVENTO – CANTIDAD TOTAL		ROL DEL EVENTO – CANTIDAD TOTAL	
Apoyo de Evacuación -		Comunicaciones -	
Seguridad del Evento -		Coordinador de Voluntaries -	
Apoyo de Refugios -		Otro -	
Coordinador de Voluntariado -		Otro -	
Otro -		Otro -	
29. ¿CÓMO SE COMUNICARÁ CON LOS PARTICIPANTES/ASISTENTES ANTES DEL EVENTO? (MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE APLIQUEN)			
<input type="checkbox"/> Correo electrónico masivo		<input type="checkbox"/> Mensajes de texto o alertas	
<input type="checkbox"/> Actualizaciones en el sitio web		<input type="checkbox"/> Comunicados de prensa	
<input type="checkbox"/> Señales electrónicas variables		<input type="checkbox"/> Otro – especifique:	
<input type="checkbox"/> Redes sociales – especifique:			
30. ¿CÓMO SE COMUNICARÁ CON EL PERSONAL, VOLUNTARIOS Y PROVEEDORES DURANTE EL EVENTO? (MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE APLIQUEN)			
<input type="checkbox"/> Llamada por teléfono celular		<input type="checkbox"/> Mensajes en pantallas	
<input type="checkbox"/> Anuncios por sistema de sonido del evento		<input type="checkbox"/> Radio de mano / Walkie-talkie	
<input type="checkbox"/> Personal del evento recorriendo el lugar y hablando con voluntarios y proveedores		<input type="checkbox"/> Otro – especifique:	
<input type="checkbox"/> Mensajes de texto o aplicaciones de mensajería – especifique:			

PLAN DE ACCIÓN DE EMERGENCIA DEL EVENTO

31. ¿CÓMO SE COMUNICARÁ CON LOS ASISTENTES/PARTICIPANTES DURANTE EL EVENTO?

(MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE APLIQUEN)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Mensajes de texto o alertas | <input type="checkbox"/> Mensajes en pantallas del evento |
| <input type="checkbox"/> Actualizaciones en el sitio web | <input type="checkbox"/> Otro – especifique: |
| <input type="checkbox"/> Anuncios por sistema de sonido del evento | |
| <input type="checkbox"/> Actualizaciones en redes sociales en vivo – especifique plataformas: | |

Sección D. Clima

32. ¿CÓMO SE MONITOREARÁ EL CLIMA ANTES Y DURANTE EL EVENTO?

- Sitio web del Servicio Meteorológico Nacional (<https://www.weather.gov/bou/>)

Otros sitios web meteorológicos

Especifique:

Aplicación en el teléfono

Especifique:

Otro

Especifique:

33. ¿QUÉ CONDICIONES CLIMÁTICAS PODRÍAN CAUSAR LA DEMORA O CANCELACIÓN DEL EVENTO? (MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE APLIQUEN)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Vientos sostenidos fuertes | <input type="checkbox"/> Carreteras congeladas |
| <input type="checkbox"/> Ráfagas de viento fuerte | <input type="checkbox"/> Predicción de tormentas eléctricas |
| <input type="checkbox"/> Alerta de tornado | <input type="checkbox"/> Relámpagos activos |
| <input type="checkbox"/> Vigilancia de tornado | <input type="checkbox"/> Temperaturas extremadamente altas |
| <input type="checkbox"/> Predicción de lluvias intensas | <input type="checkbox"/> Temperaturas extremadamente bajas |
| <input type="checkbox"/> Lluvia intensa activa | <input type="checkbox"/> Inundaciones / Lodo |
| <input type="checkbox"/> Predicción de granizo | <input type="checkbox"/> Otro – especifique: |
| <input type="checkbox"/> Granizo activo | |
| <input type="checkbox"/> Predicción de nieve intensa | |
| <input type="checkbox"/> Nieve activa | |

PLAN DE ACCIÓN DE EMERGENCIA DEL EVENTO

34. SI OCURRE CLIMA SEVERO DURANTE EL EVENTO, ¿DÓNDE SE DIRIGIRÁ A LAS PERSONAS PARA REFUGIARSE? (MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE APLIQUEN)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Vehículos personales | <input type="checkbox"/> Vehículos del evento |
| <input type="checkbox"/> Edificio dentro del área del evento – especifique: | <input type="checkbox"/> Negocios/edificios adyacentes al evento – especifique cuáles estarán abiertos y han acordado ofrecer refugio en caso de emergencia: |
| <input type="checkbox"/> Otras estructuras cercanas al lugar del evento (por ejemplo, estacionamientos techados) – especifique ubicación exacta: | <input type="checkbox"/> Otro – especifique: |

35. EN CASO DE VIENTOS FUERTES, ¿CÓMO SE ASEGURARÁN LOS ELEMENTOS DEL EVENTO PARA EVITAR QUE SE CONVIERTAN EN PELIGROS? (MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE APLIQUEN)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Carpas con peso adecuado (según directrices) | <input type="checkbox"/> Objetos pequeños guardados en cajas u otro almacenamiento |
| <input type="checkbox"/> Carpas sujetadas al suelo | <input type="checkbox"/> Inflables desinflados |
| <input type="checkbox"/> Mesas y sillas recogidas | <input type="checkbox"/> Llamas abiertas apagadas |
| <input type="checkbox"/> Bajar telones de escenario | <input type="checkbox"/> Elementos eléctricos o de calefacción desconectados y/o apagados |
| <input type="checkbox"/> Bajar techos de escenario | <input type="checkbox"/> Otro – especifique: |
| <input type="checkbox"/> Banderas seguras (con ranuras para paso de viento) | |
| <input type="checkbox"/> Sombrillas aseguradas | |

36. EN CASO DE CALOR EXTREMO, ¿CUÁLES DE LAS SIGUIENTES MEDIDAS SE IMPLEMENTARÁN? (MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE APLIQUEN)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Estaciones para rellenar botellas de agua | <input type="checkbox"/> Señalización con síntomas de agotamiento por calor y golpe de calor Personal médico adicional en el sitio |
| <input type="checkbox"/> Agua embotellada gratis | <input type="checkbox"/> Ajuste del cronograma del evento |
| <input type="checkbox"/> Carpa de enfriamiento | <input type="checkbox"/> Pre-event messaging specific to extreme heat |
| <input type="checkbox"/> Vehículos preparados para enfriamiento | <input type="checkbox"/> Otro – especifique: |

37. EN CASO DE FRÍO EXTREMO, ¿CUÁLES DE LAS SIGUIENTES MEDIDAS SE IMPLEMENTARÁN? (MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE APLIQUEN)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Carpa(s) de calentamiento | <input type="checkbox"/> Personal médico adicional en el sitio |
| <input type="checkbox"/> Vehículos preparados para calentamiento | <input type="checkbox"/> Ajuste del cronograma del evento |
| <input type="checkbox"/> Bebidas calientes gratis | <input type="checkbox"/> Mensajes previos al evento específicos sobre el frío extremo |
| <input type="checkbox"/> Calentadores de mano disponibles | <input type="checkbox"/> Señalización de advertencia sobre temperaturas bajas |
| <input type="checkbox"/> Mantas de mylar disponibles | <input type="checkbox"/> Otro – especifique: |

PLAN DE ACCIÓN DE EMERGENCIA DEL EVENTO

Sección E. Salud y Atención Médica

38. ¿EL EVENTO CONTARÁ CON UN PROVEEDOR MÉDICO CONTRATADO?		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
SI RESPONDIÓ SÍ, INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL PROVEEDOR MÉDICO CONTRATADO			
Organización		Teléfono	
Correo Electrónico			
39. INVENTARIO DE PERSONAL Y RECURSOS MÉDICOS EN EL SITIO			
TIPO DE PERSONAL	NÚMERO TOTAL	TIPO DE RECURSO MÉDICO	NÚMERO TOTAL
Personal capacitado en RCP / Primeros Auxilios / DEA		Dispositivos DEA	
Proveedores de BLS		Estaciones de Atención Médica	
Proveedores de ALS		Estaciones de Enfriamiento	
Médicos		Estaciones de Calentamiento	
Equipo Médico Móvil: en Bicicleta		Estaciones de Hidratación	
Equipo Médico Móvil: en Motocicleta/ATV		Otro – especifique:	
Equipo Médico Móvil: a pie			
40. ¿LOS PROVEEDORES MÉDICOS TIENEN CAPACIDAD PARA TRANSPORTE?		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
SI RESPONDIÓ SÍ, INDIQUE EL NÚMERO DE AMBULANCIAS EN ESPERA Y/O DETALLES DEL PLAN DE TRANSPORTE:			
41. HOSPITAL MÁS CERCANO (NOMBRE Y DIRECCIÓN):			
42. ¿LOS PROVEEDORES MÉDICOS USARÁN RADIOS?		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
SI RESPONDIÓ SÍ, INDIQUE EL CANAL, FRECUENCIA O PLAN DE RADIO:			

Sección F. Seguridad y Protección

43. ¿HABRÁ PRESENCIA POLICIAL EN EL EVENTO?		<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
SI RESPONDIÓ SÍ, ¿QUIÉN ES EL OFICIAL ENCARGADO O DE COORDINACIÓN?			
Agencia / Nombre / Título:		Teléfono	
Correo Electrónico			
NÚMERO DE AGENTES POR TURNO			
44. ¿HABRÁ SEGURIDAD PRIVADA EN EL EVENTO?		<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
SI RESPONDIÓ SÍ, NOMBRE DE LA EMPRESA:			
NÚMERO DE PERSONAL DE SEGURIDAD PRIVADA POR TURNO			
45. ¿CÓMO SE IDENTIFICARÁ AL PERSONAL DE SEGURIDAD?	<input type="checkbox"/> UNIFORMES	<input type="checkbox"/> CREDENCIALES / GAFETES	<input type="checkbox"/> OTRO
OTRO – ESPECIFIQUE:			
46. POR CADA 250 ASISTENTES, DEBE HABER AL MENOS 1 ENCARGADO DE MANEJO DE MULTITUDES CAPACITADO. INDIQUE CUÁNTOS MANEJADORES DE MULTITUDES CAPACITADOS Y NO CAPACITADOS HABRÁ EN EL SITIO:		CAPACITADOS:	
		NO CAPACITADOS:	
47. ¿CÓMO FUERON CAPACITADOS EL PERSONAL Y LOS VOLUNTARIOS EN LOS PROTOCOLOS DE SEGURIDAD?			
<input type="checkbox"/> CAPACITACIÓN PRESENCIAL <input type="checkbox"/> CAPACITACIÓN EN LÍNEA <input type="checkbox"/> OTRO			
IF OTHER, PLEASE SPECIFY			
48. SI UNA PERSONA SE SEPARA DE SU MADRE/PADRE, TUTOR O CUIDADOR EN EL EVENTO, ¿CÓMO SE REUNIFICARÁ CON EL ADULTO CORRECTO? (MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE APLIQUEN)			
<input type="checkbox"/> Capacitar al personal y voluntarios sobre protocolos para personas extraviadas <input type="checkbox"/> Tener a un miembro del personal disponible para permanecer con la persona extraviada		<input type="checkbox"/> Notificar a las autoridades locales <input type="checkbox"/> Tener una zona designada de reunificación – especifique ubicación:	

Archivos Adjuntos:

Mapa del Sitio Completo

Incluyendo:

- Entradas / Salidas
- Ubicación del centro de comando
- Cierres de calles
- Puntos de acceso para vehículos de emergencia
- Sanitarios portátiles
- Ubicaciones de DEA
- Otros elementos, según la Guía de Desarrollo del EAP

Planes Adicionales (según corresponda)

- Plan de Evacuación del Sitio
- Plan de Transporte
- Plan de Comunicaciones