

SUBDIRECCIÓN OPERATIVA

Formato DMPC-002 (Atención a Emergencias)

No. ID:

Acta:

Oficio:

Hora Despacho	Arribo Escena	Salida Escena	No. Unidad	Reportado por:		Día	Mes	Año	
Kilometraje Inicial:				Kilometraje Final:					
Ubicación de Incidente/Reporte				Lugar del Incidente/Reporte					
				<input type="checkbox"/>	Comunidad	<input type="checkbox"/>	Predio Baldío	<input type="checkbox"/>	Casa
				<input type="checkbox"/>	Prop. Privada	<input type="checkbox"/>	Calle/Autopista	<input type="checkbox"/>	Escuela
				<input type="checkbox"/>	Área Publica	<input type="checkbox"/>	Edificio Público	<input type="checkbox"/>	Industria
Delegación perteneciente:				Coordenadas:					
Clasificación de Emergencia									
Riesgos									
Químico-Tecnológico		Socio-Organizativo		Geológico		Hidrometeorológico		Sanitario-Ecológico	
<input type="checkbox"/>	Incendio	<input type="checkbox"/>	Amenaza Bomba	<input type="checkbox"/>	Deslizamiento	<input type="checkbox"/>	Inundación	<input type="checkbox"/>	Epidemia
<input type="checkbox"/>	Derrames M.P	<input type="checkbox"/>	Accidentes A.F.M.T	<input type="checkbox"/>	Deslave	<input type="checkbox"/>	Condición Santana	<input type="checkbox"/>	Lluvia Acida
<input type="checkbox"/>	Fuga de Gas	<input type="checkbox"/>	Aglomeración	<input type="checkbox"/>	Derrumbe	<input type="checkbox"/>	Lluvias	<input type="checkbox"/>	Pandemia
<input type="checkbox"/>	Explosiones	<input type="checkbox"/>	Afectación Servicios	<input type="checkbox"/>	Hundimiento	<input type="checkbox"/>	Heladas	<input type="checkbox"/>	Plagas
<input type="checkbox"/>	Radioactividad	<input type="checkbox"/>	Vandalismo/Sabotaje	<input type="checkbox"/>	Socavón	<input type="checkbox"/>	Granizadas	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Otros:	<input type="checkbox"/>	Otros:	<input type="checkbox"/>	Otros:	<input type="checkbox"/>	Otros:	<input type="checkbox"/>	Otros:
Riesgo Astronómico:									
ACCIDENTES LABORALES				<input type="checkbox"/>	Caídas En Altura	<input type="checkbox"/>	Electrocutado		
				<input type="checkbox"/>	Amputación	<input type="checkbox"/>	Atropellamiento		
				<input type="checkbox"/>	Atrapamiento	<input type="checkbox"/>	Caída de Objetivo		
				<input type="checkbox"/>	Ergonómico	<input type="checkbox"/>	Lesiones		