**Tarjeta del evacuado（Frente）**　　　　 【Formulario 7】

避難者カード【スペイン語】

Fecha de registro　　 año　 mes　 día　　Por favor, escriba una forma por familia

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Fecha y hora de la evacuación** | año　 mes　 día hora aproximada | No. 　　　de Grupo residencial- |
| **Lugar de evacuación** | Lugar de evacuación ・ Hogar ・ Otros (　　　　　　　　　　　　)※Por favor, indique dónde ha aparcado su coche si permanece en su coche durante la evacuacion  |
| **Nombre de la Asociación Comunitaria** | Asociación Comunitaria de※Si no es miembro de una asociación comunitaria, escriba "no es miembro". |
| **Si está en evacuación** ○ | **・Furigana****・Nombre completo** | **Edad** | **Sexo** | **Relación** | **Observaciones** ※Indique con el número correspondiente quien requiere atención y qué atención especial requiere  |
|  | （Representante） | años | MFOtro |  |  |
|  |   | años | MFOtro |  |  |
|  |  | años | MFOtro |  |  |
|  | 　 | años | MFOtro |  |  |
|  |  | años | MFOtro |  |  |
| **Dirección** | 〒 |
| **Numero de telefono del representante** | 　（　 　） |
| **Posesion de mascotas** | Si　　　　・　　　　No　　　　　※En caso afirmativo, incluya también el formulario de registro de mascotas. |
| **Personas que requieren atención especial****※Si procede, indíquelo con el numero en el campo de observaciones** | 1 Mujeres embarazadas y lactantes 2 Bebés y niños pequeños 3 Personas con discapacidad ( )4 Personas que requieren cuidado especial 5 Usuarios de equipos médicos ( )6 Alergias ( ) 7 Extranjeros ( nacionalidad )8 Otros ( )  |

※　Las personas que requieren una atención especial son aquellas que necesitan una consideración especial en la evacuación, como las mujeres embarazadas y lactantes, los bebés y los niños, y las personas con discapacidad.

　Tarjeta del evacuado (Reverso)　　　　　　　　　　【Formulario 7.】

**El reverso puede llenarse cuando la situación se haya calmado.**

|  |
| --- |
| Referente a la divulgación de información de que esta a salvo (marque con un círculo "Deseo" o "No deseo"). |
| ¿Desea que la información sobre los evacuados esté disponible en los sitios web y en la prensa? | Deseo　・　No deseo |
| ¿Desea ofrecer información sobre los evacuados en respuesta a las consultas de seguridad de familiares, compañeros de piso o conocidos? | Deseo　・　No deseo |
| **Daños en las casas****※Por favor, marque la(s) que corresponda(n).** | Si　　　・　　　No※En caso afirmativo, facilite detalles de los daños sufridos por la vivienda. |
| ※Ejemplos.La casa se ha derrumbado y no es habitable por el momento.La casa puede volver a su estado original despejando el interior. |
| Corte de energía　　Corte de agua　　　Corte de gas　　　Corte de teléfono　　Otros　（　　　　　　　　　　　　　　） |
| **Información sobre personas emfermas y/o lesionadas** |
| Por favor, indique su nombre y las circunstancias específicas de la lesión o enfermedad. |
| **Lugar de hospitalización** **(Destino de la transferencia)** |  |
| **Informacion del Hospital****（Direccion de la tranferencia）** |  |
| Otras notas especiales (Si tiene alguna cualidad o similares y puede ayudar, indique su nombre y la descripción). |

＜Columna de entrada de inscripción para el comité de gestión del lugar de evacuación＞

|  |
| --- |
|  |
| Fecha de abandono | año　 mes　 día |
| Lugar a dirigirse |  | Tel: |  |