



Terremoto del día:

Le agradeceríamos respondiera al siguiente cuestionario marcando con una cruz la respuesta más adecuada y completando los espacios subrayados oportunos. Aunque no haya notado el terremoto, su información es igualmente útil. Una vez rellenado, por favor devuélvalo donde se lo entregaron o envíenoslo a la dirección arriba indicada. Gracias por su valiosa colaboración.

1 Datos del observador

Al ocurrir el terremoto usted se encontraba en: Pueblo, Aldea :.....
Municipio : Código postal : Provincia:

En ese momento usted estaba: al aire libre en el interior de un edificio de plantas, en la planta.....
 dormido tumbado sentado de pie

Profesión:..... Si quiere, indique su nombre, teléfono y/o dirección:

2 Percepción de las personas en esa población

¿Notó el terremoto? no sí ¿A qué hora?(Si notó más de uno indíquelos)

¿Qué sintió? ruido vibración balanceo fuerte sacudida pérdida de equilibrio

	no sé	nadie	pocos	muchos	la mayoría	
¿Cuántos notaron el terremoto en edificios?...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Cuántos notaron el terremoto en el exterior?..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Salieron personas asustadas a la calle?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Cuántos se despertaron?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nadie dormía

3 Efectos que observó en los objetos

	no pude comprobarlo	no	débil/poco	fuerte/mucho
oscilación de lámparas u otros objetos colgados.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vibración o tintineo de vajillas, cristales, etc.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
oscilación de líquidos en recipientes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
batir de puertas y ventanas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
desplazamiento de objetos ligeros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
desplazamiento de objetos pesados (televisión, etc.).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vibración de muebles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
desplazamiento de muebles ligeros (sillas, mesillas, etc.)..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
desplazamiento de muebles pesados (neveras, etc).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
rotura de cristales de ventanas o puertas.....	<input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí	
caída de objetos	<input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí, ¿cuáles?.....	

4 Daños a edificios

¿Hubo algún daño donde usted estaba? no sé no finas grietas grietas caída revestimiento
 chimeneas dañadas caída de tejas

Daños en otros edificios, efectos en la naturaleza, otras observaciones :