

INFORMACION SISMICA

MUY IMPORTANTE:

Por favor, sea premeditado con detenimiento este impreso y rellénalo después colocándolo una cruz en la respuesta correcta; doblelo por las líneas de puntos señaladas al dorso, pegue o quite la pedruzca solapa del margen y deposítelo en el buzón más próximo. **NO NECESITA FRANQUEO.** El Instituto Geográfico Nacional agradecerá sinceramente su colaboración, que puede ser muy valiosa. Si expusiere algún otro dato referente a su punto y no recogido en este cuestionario, le agradeceríamos que nos lo describa en la zona reservada al dorso o en hoja aparte.

| | | | | | |
|--|--|--|---|----------------------------------|---|
| DATOS DEL OBSERVADOR | NOMBRE: M.I. AYUNTAMIENTO DE CAUDETE (ALBACETE) | CIUDAD: CAUDETE | PROVINCIA: ALBACETE | PROFESION: ARQUITECTO TECNICO | FIRMA: <i>Ucabi</i> |
| | DOMICILIO: AYUNTAMIENTO | C.P.: 02660 | TELÉFONO: 96-5827000 | | |
| | ¿SINTIÓ EL TERREMOTO? | Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> | FECHA: 14, 08, 91 | HORA: 19:30 | Mañana <input checked="" type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> |
| | SITUACIÓN AL OCURRIR EL TERREMOTO (aldea, pedanía, paraje, barrio, carretera, etc.) | MUNICIPIO: CAUDETE PROVINCIA: ALBACETE | | | |
| SOBRE LA POSICIÓN | ACTIVIDAD AL OCURRIR EL TERREMOTO | | | | |
| | Conduciendo <input type="checkbox"/> | En pie o paseando <input type="checkbox"/> | Sentado <input checked="" type="checkbox"/> | Tumbado <input type="checkbox"/> | Durmiendo <input type="checkbox"/> |
| | ¿SINTIÓ MAREOS DURANTE EL TERREMOTO? | Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> | | | |
| | ¿TUVO DIFICULTAD PARA MANTENERSE EN PIE DURANTE EL TERREMOTO? | Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> | | | |
| EFECTOS SOBRE EL TERRENO | ¿FUE ARROJADO DE LA SILLA, CAMA, ETC? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> | | | | |
| | ¿SE REMOVIERON LOS ÁRBOLES? No <input type="checkbox"/> Algunos <input type="checkbox"/> En gran número <input checked="" type="checkbox"/> | | | | |
| | ¿SE ALTERÓ EL RÉGIMEN DE LAS AGUAS EN RÍOS, POZOS O FUENTES? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> | | | | |
| | ¿SE PRODUCIERON DESPRENDIMIENTOS O DESPLAZAMIENTOS? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> | | | | |
| SOBRE LAS INSTALACIONES | ¿SE PRODUCIERON GRIETAS EN EL TERRENO? No <input checked="" type="checkbox"/> Solo en terrenos húmedos <input type="checkbox"/> Algunas <input type="checkbox"/> Muy numerosas <input type="checkbox"/> Incluso en el asfalto <input type="checkbox"/> | | | | |
| | ¿SE FORMARON ONDULACIONES DEL TERRENO? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> | | | | |
| | ¿SE FORMARON PEQUEÑOS CRAZPES DE BARRO O ARENA? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> | | | | |
| | ¿CAYERON LOS POSTES ELÉCTRICOS O SIMILARES? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> | | | | |
| EFECTOS SOBRE LAS ESTRUCTURAS | ¿SE PRODUCIERON ROTURAS EN LAS CONDUCCIONES DE AGUA, GAS, ETC? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> | | | | |
| | ¿SE INTERRUPIO EL SUMINISTRO ELÉCTRICO? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> | | | | |
| | ¿SE INTERRUPIO EL SERVICIO TELEFÓNICO? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> | | | | |
| | ¿SE AGRIETO EL REVESTIMIENTO DE TABIQUES O TECHOS? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> | | | | |
| OTROS EFECTOS | ¿SE DESPLOMO EL REVESTIMIENTO DE TABIQUES O TECHOS? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> | | | | |
| | ¿CAYERON ALGUNAS CORNISAS O PRETALES? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> | | | | |
| | DAÑO SUFRIDO POR LOS MUROS: Inapreciable <input type="checkbox"/> Se agrietaron <input type="checkbox"/> Cayeron algunos <input checked="" type="checkbox"/> | | | | |
| | DAÑO SUFRIDO POR LAS CHIMENEAS: Inapreciable <input type="checkbox"/> Se agrietaron algunas <input type="checkbox"/> Se rompieron algunas <input checked="" type="checkbox"/> Cayeron bastantes <input type="checkbox"/> | | | | |
| DAÑOS SUFRIDOS, EN GENERAL, POR LOS EDIFICIOS SEGUN SEA SU CONSTRUCCION | | | | | |
| a) POBRE Despreciable o nulo <input type="checkbox"/> Muy ligero <input type="checkbox"/> Moderado <input checked="" type="checkbox"/> Considerable <input type="checkbox"/> Grande <input type="checkbox"/> | | | | | |
| b) ORDINARIA Despreciable o nulo <input type="checkbox"/> Muy ligero <input type="checkbox"/> Moderado <input checked="" type="checkbox"/> Considerable <input type="checkbox"/> Grande <input type="checkbox"/> | | | | | |
| c) BUENA Despreciable o nulo <input type="checkbox"/> Muy ligero <input checked="" type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Considerable <input type="checkbox"/> Grande <input type="checkbox"/> | | | | | |
| ¿OSCILARON LAS LAMPARAS Y OBJETOS COLGADOS? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿en que dirección? TODAS | | | | | |
| ¿VIBRARON O OSCILARON LAS PUERTAS? No <input type="checkbox"/> Moderadamente <input checked="" type="checkbox"/> Voleteamente <input type="checkbox"/> | | | | | |
| ¿SE DERRAMARON LOS LIQUIDOS DE SUS RECIPIENTES? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | |
| ¿SE MOVIERON LOS OBJETOS PEQUEÑOS O INESTABLES? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | |
| ¿MOVIERON O SE CAYERON LOS OBJETOS PEQUEÑOS O INESTABLES? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | |
| ¿SE MOVIERON LOS MUEBLES? No <input type="checkbox"/> Solo lo bemo <input type="checkbox"/> Hubo en algunos <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | |
| ¿GIRARON O SE CAYERON LOS MONUMENTOS? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | |
| ¿SE TORNARON LOS PANES DEL FIBROCAJIN? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | |
| ¿SE OYERON TINTINEAR LOS VASOS O PLATOS O CRUIR LAS PUERTAS? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | |
| ¿SE OYERON CRUJIDOS DE TABIQUES? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | |
| ¿SE OYERON RUIDOS DEL INTERIOR DE LA TIERRA? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | |
| ¿SONARON LAS CAMPANAS A CAUSA DEL TERREMOTO? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | |

FIGURA 1

Contestación del M. I. Ayuntamiento de Caudete, suscrita por el Arquitecto municipal, a la encuesta «Información Sísmica», solicitada por el Servicio Nacional Sismológico. Fue remitida el 26 de agosto de 1991.