



1412 Main St., Suite 205
Dallas, TX 75202
214-741-6359 office
214-741-6389 fax
www.MyAyS.net

Fire Drill Report

Home Name: _____

Physical Address: _____

City, State, Zip: _____

Name of Resident(s) _____

Drill Practiced: Awake Asleep Date of Drill: _____

Evacuation Type: Internal External

Alarm Device: Manual Detector Fire Location: _____

Drill Begin Time: _____ AM | PM How many staff evacuated? _____

Drill End Time: _____ AM | PM How many residents evacuated? _____

Escape Route Used: Primary Alternate Evacuated to: _____

Did any residents require assistance?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Did any residents resist leaving the facility?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Did any resident fail to follow instructions?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Did the primary escape route remain open?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Was the evacuation plan followed?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Was a head count done on residents and staff?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Were fire extinguishers checked?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No

Drill Completed By: _____ Title: _____

Other Resident Signature(s): _____



1412 Main St., Suite 205
Dallas, TX 75202
214-741-6359 office
214-741-6389 fax
www.MyAyS.net

Reporte de Ensayo de Fuego

Nombre de Hogar: _____

Dirección Física: _____

Ciudad, Estado, Código: _____

Nombre de Residente(s) _____

Tipo de Ensayo: Despierto Dormido Fecha de Ensayo: _____

Tipo de Evacuación: Interna Externa

Tipo de Alarma: Manual Detector Localidad del Fuego: _____

Inicio del Ensayo: _____ AM | PM ¿Cuántas personas staff evacuados? _____

Fin del Ensayo: _____ AM | PM ¿Cuántos residentes evacuados? _____

Ruta de Escape: Principal Segunda Evacuados a: _____

¿Alguno de los residentes requieren ayuda?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Alguno de los residentes resistió salir de la habitación?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Alguno de residente fallo en seguir las instrucciones?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿La ruta de escape principal permaneció abierta?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿El plan de evacuación fue seguido?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Se hizo un conteo de los residentes y el staff?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Se verificaron los extintores?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Dirigió Ensayo: (nombre) _____ Titulo: _____

Firma de Residente(s): _____
