

## MD5 - MATERIAL DE DISTRIBUCIÓN 5

### TALLER 3: ENCUESTA HOSPITALARIA PARA DESASTRES (LECCIÓN 7)

Para realizar la encuesta se puede dividir a los participantes en grupos, de acuerdo con la complejidad del hospital, para trabajar una parte de la encuesta hospitalaria. Se deberá programar una visita al hospital para obtener la información mencionada.

A cada grupo se le deben entregar dos ejemplares de la encuesta:

1. Para anotar los datos en borrador.
2. Para entregar luego de la plenaria a los coordinadores del Curso.

Los participantes contarán con tres horas para realizar la encuesta.

Fascículo	Servicio	Página	Responsable
• A	Programación y estadística	2	_____
• B	Mantenimiento	5	_____
• C	Nutrición	17	_____
• D	Farmacia	18	_____
• E	Centro quirúrgico	20	_____
• F	Radiología	22	_____
• G	Banco de sangre	23	_____
• H	Laboratorio	24	_____
• I	Recursos humanos	25	_____
• J	Transporte	29	_____
• K	Comunicaciones	31	_____
• L	Emergencia	32	_____
• M	Anatomía patológica	36	_____

**FASCÍCULO A**

**PROGRAMACIÓN Y ESTADÍSTICA**

**Información general**

1. Nombre de la institución \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
2. Dirección \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
3. Teléfonos \_\_\_\_\_
4. Correo electrónico \_\_\_\_\_
5. Número total de camas \_\_\_\_\_
6. Índice de ocupación de camas en situaciones normales \_\_\_\_\_
7. Descripción de la institución (aspectos generales, ubicación, tipo de estructura, cobertura de la población, área de influencia). De ser necesario, use hojas adicionales.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Capacidad hospitalaria

### 1. Camas por servicio de acuerdo con la organización del hospital (por departamentos o servicios especializados)

Indique el número total de camas y capacidad de expansión

#### Medicina interna

Departamento o servicio	Número de camas	Capacidad adicional	Observaciones
Cardiología			
Neumología			
Neurología			
Endocrinología			
Hematología			
Gastroenterología			
Dermatología			
Med. física y rehabilitación			
Psiquiatría			
Medicina			
Pediatría			
Ginecología			
Obstetricia			
Otros			
<b>Total</b>			

#### Cirugía

Departamento o servicio	Número de camas	Capacidad adicional	Observaciones
Ortopedia y traumatología			
Urología			
Otorrinolaringología			
Oftalmología			
Neurología			
Cirugía plástica			
Cirugía cardiovascular			
Otros			
<b>Total</b>			

#### Cuidados intensivos

Departamento o servicio	Número de camas	Capacidad adicional	Observaciones
UCI coronarios			
UCI neurológicos			
UCI respiratorio			
UCI post-quirúrgico			
UCI pediátrico			
Otros			
<b>Total</b>			

**Quirófanos**

Tipo de quirófano	Número de quirf.	Capacidad adicional	Observaciones
Cirugía séptica			
Cirugía aséptica			
Cirugía pediátrica			
Cirugía gineco-obstétrica			
Emergencia			
Otros			
<b>Total</b>			

Datos adicionales

---



---



---



---



---



---

**2. Ambientes susceptibles de aumentar la capacidad operativa.**

Indique las características de las áreas y ambientes transformables que podrían ser utilizados para aumentar la capacidad hospitalaria en caso de emergencia o desastre. Especifique la superficie, servicios disponibles y cualquier otra información que pueda ser útil para evaluar su aptitud para la asistencia médica de emergencia.

Ambiente	Área m <sup>2</sup>	Agua		Luz		Teléfono		Observaciones
		sí	no	sí	no	sí	no	

Nota: especificar la adaptabilidad de uso en cada ambiente: hospitalización, triage, atención ambulatoria, observación, etc.

**FASCÍCULO B**

**SERVICIO DE MANTENIMIENTO**

**Medidas de seguridad**

**1. Descripción estructural y cerramientos interiores**

Bloque	N° de pisos	Tipo de estructura (material)	Tipo de cerramiento (material de acabado)	Año de construcción

Observaciones \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**2. Comportamiento**

Bloque	Horizontal		Vertical interior		Vertical exterior	
	Adecuado	Inadecuado	Adecuado	Inadecuado	Adecuado	Inadecuado

Observaciones \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## Vías de circulación y escape horizontal

Indicar las siguientes características por cada bloque

1. Número de camas por piso \_\_\_\_\_
2. Servicios médicos \_\_\_\_\_
3. Población estimada (cada día)
  - Hospitalizados \_\_\_\_\_
  - Personal \_\_\_\_\_
  - Pacientes en consulta externa \_\_\_\_\_
  - Familiares \_\_\_\_\_
 Total estimado \_\_\_\_\_
4. Señalización para desastres Sí ( ) No ( )
5. Número de salidas y dimensiones \_\_\_\_\_
6. Vías de circulación y de escape horizontales y verticales (escaleras, rampas)  
Adecuadas ( ) Inadecuadas ( )  
De ser negativo, señalar los problemas
  - Dimensión limitada \_\_\_\_\_
  - Falta de iluminación adecuada \_\_\_\_\_
  - Falta de señalización \_\_\_\_\_
  - Obstrucción \_\_\_\_\_
  - Otros \_\_\_\_\_

Utilizar planos para indicar las áreas más peligrosas y/o vulnerables.

## Vías de circulación y escape vertical

### 1. Escaleras Sí ( ) No ( )

Bloque	N° de pisos	Comportamiento *	Señalización		Iluminación		Zona de fin de ruta	Suficiente		Nivel operativo**
			Sí	No	Sí	No		Sí	No	

\* Adecuado o inadecuado

\*\* Óptimo, regular o deficiente

Observaciones \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**2. Rampas**                      **Sí ( )**                      **No ( )**

Bloque	N° de pisos	Comportamiento *	Señalización		Iluminación		Zona de fin de ruta	Suficiente		Nivel operativo**
			Sí	No	Sí	No		Sí	No	

\* Adecuado o inadecuado

\*\* Óptimo, regular o deficiente

Observaciones \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**3. Ascensores**                      **Sí ( )**                      **No ( )**

Ubicación	N° de pisos	Capacidad (Pasajeros o kilos)	Transporte de camas		Sistema eléctrico de emergencia		Estado de funcionamiento*
			Sí	No	Sí	No	

\* Óptimo, regular o deficiente

Observaciones \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

#### 4. Otras vías de evacuación

Posibilidades de evacuación por el exterior (autoescalas, bomberos, etc.)

Bloque	Tipo	Condición			
		Buena	Limitada	Peligrosa	Ninguna

Observaciones \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

#### 5. Evacuación por helicóptero desde la terraza

Bloque	Condición			
	Buena	Limitada	Peligrosa	Ninguna

Observaciones \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_



## Sistema de detección, alarma y combate de incendios

### 1. Sistema de detección    Sí ( )    No ( )

Ubicación	Uso del sector	Ambientes protegidos	Tipo de sistema	Circuito eléctrico de emergencia		Estado de funcionamiento *
				Sí	No	

\* Óptimo, regular o deficiente

Describir pruebas y mantenimiento \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### 2. Sistema de alarma    Sí ( )    No ( )

Ubicación	Uso del sector	Ambientes protegidos	Tipo de sistema	Circuito eléctrico de emergencia		Estado de funcionamiento *
				Sí	No	

\* Óptimo, regular o eficiente

Describir pruebas y mantenimiento \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**3. Hidrantes interiores**      Sí ( )      No ( )

Válvula, manguera y pitón acoplado al hidrante      Sí ( )      No ( )

Ubicación	Tipo	Cobertura adecuada		Presión adecuada		Conexión exterior		Estado de funcionamiento *	Personal entrenado	
		Sí	No	Sí	No	Sí	No		Sí	No

\* Óptimo, regular o deficiente

Describir pruebas y mantenimiento \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**4. Rociadores automáticos**      Sí ( )      No ( )

Ubicación	Tipo	Cobertura adecuada		Presión adecuada		Conexión exterior		Estado de funcionamiento *	Personal entrenado	
		Sí	No	Sí	No	Sí	No		Sí	No

\* Óptimo, regular o deficiente

Describir pruebas y mantenimiento \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**5. Extintores portátiles**

Bloque	Tipo	Número	Cobertura adecuada		Estado de funcionamiento*	Personal entrenado
			Sí	No		

\* Óptimo, regular o deficiente

Describir pruebas y mantenimiento \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**6. Sistemas fijos**                      Sí ( )                      No ( )

Describir \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**7. Otros sistemas**                      Sí ( )                      No ( )

Describir \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**8. Señalización de equipos contra incendios**                      Sí ( )                      No ( )

**9. Apoyo de cuerpo de bomberos**                      Sí ( )                      No ( )

Describir \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**10. Sistema de seguridad contra contaminantes químicos, tóxicos y radioactivos.**

Sí ( )                  No ( )

Describir características

---

---

---

---

**11. Plantas de productos químicos, depósito de combustibles y/o explosivos, ubicados en el perímetro del hospital y que configuren amenaza.**

Describir características

---

---

---

---

**12. Otras amenazas (sismo, inundación, huayco, erupción volcánica, accidentes del transporte masivo de pasajeros, etc.).**

Sí ( )                  No ( )

Describir las amenazas

---

---

---

---

---

**13. Otras medidas de seguridad.**

Describir

---

---

---

---

---

#### 14. Accesibilidad y espacios libres alrededor del hospital

¿Cuenta el hospital con terrenos cercanos amplios y despejados en su cercanía donde podrían ubicarse hospitales de campaña y/o servicios de emergencia?

Sí ( )                      No ( )

Incluir áreas utilizadas para estacionamiento de vehículos, áreas verdes, etc.

Área	Ubicación	Superficie m <sup>2</sup>

#### Servicios básicos y sistemas alternos para casos de emergencia

##### 1. Electricidad

Si posee planta de generación de electricidad, indique

a. Tipo de planta \_\_\_\_\_

b. Capacidad (Kv) \_\_\_\_\_

c. Combustible que utiliza \_\_\_\_\_

d. Capacidad de almacenamiento de combustible \_\_\_\_\_

Horas de autonomía \_\_\_\_\_

e. Indique si la alimentación por parte de la compañía de electricidad es un circuito independiente o un circuito que sirve a varios usuarios

Independiente ( )                      A varios usuarios ( )

f. Indique la tensión (voltios) del suministro \_\_\_\_\_

g. Indique la identificación y localización de la subestación eléctrica que alimenta al hospital

\_\_\_\_\_

h. Indique tres subestaciones de la compañía de electricidad más cercanas que podrían alimentar al hospital por líneas especiales en caso de emergencia

• Subestación \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

• Subestación \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

• Subestación \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

- i. Consumo hospitalario promedio de corriente eléctrica \_\_\_\_\_ kv/día.
- j. ¿Tiene la infraestructura física del hospital la posibilidad de alimentar con energía ciertas áreas de manera independiente? Sí ( ) No ( )

Si la respuesta es afirmativa, indique las áreas o servicios beneficiarios

- Servicio de emergencia Sí ( ) No ( )
- Centro quirúrgico Sí ( ) No ( )
- UCI Sí ( ) No ( )
- Laboratorio Sí ( ) No ( )
- Central de esterilización Sí ( ) No ( )
- Rayos X Sí ( ) No ( )
- Ascensores Sí ( ) No ( )
- Cocina Sí ( ) No ( )
- Sistema de bombeo Sí ( ) No ( )
- Otros

- k. Indique los sistemas de alumbrado de emergencia (linternas portátiles, lámparas fijas, etc.)

- Área \_\_\_\_\_ Sistema \_\_\_\_\_
- Área \_\_\_\_\_ Sistema \_\_\_\_\_
- Área \_\_\_\_\_ Sistema \_\_\_\_\_
- Área \_\_\_\_\_ Sistema \_\_\_\_\_
- Área \_\_\_\_\_ Sistema \_\_\_\_\_
- Área \_\_\_\_\_ Sistema \_\_\_\_\_
- Área \_\_\_\_\_ Sistema \_\_\_\_\_
- Área \_\_\_\_\_ Sistema \_\_\_\_\_
- Área \_\_\_\_\_ Sistema \_\_\_\_\_

- l. Se dispone de planos actualizados del sistema eléctrico Sí ( ) No ( )

## 2. Agua potable

1. Fuente de suministro \_\_\_\_\_
2. Consumo mensual promedio (m<sup>3</sup>) \_\_\_\_\_
3. Capacidad de almacenamiento (litros o m<sup>3</sup>) \_\_\_\_\_

4. Duración estimada (horas) \_\_\_\_\_
5. Dimensión de las tuberías de aducción
  - a. \_\_\_\_\_
  - b. \_\_\_\_\_
  - c. \_\_\_\_\_
6. Sistema de distribución interno \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
7. En caso de emergencia, ¿cuál sería la forma más eficaz para abastecer de agua al hospital?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
8. Se dispone de planos actualizados de las instalaciones de agua  
Sí ( )          No ( )

## Desagües, drenajes y desechos sólidos

### 1. Sistema de desagüe

- a. Describa el sistema \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- b. Sistema alternativo      Sí ( )      No ( )  
Describir \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 2. Sistema de drenaje

- a. Describa el sistema \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- b. Sistema alternativo      Sí ( )      No ( )  
Describir \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 3. Sistema de disposición de desechos sólidos

- a. Describa el sistema \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

b. Sistema alternativo      Sí ( )      No ( )

Describir \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Combustible**

<b>Combustible</b>	<b>Reserva (gl)</b>	<b>Duración (horas)</b>
Gasolina		
Diesel		
Kerosene		
Gas		
Otros		

**Comentarios finales**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**FASCÍCULO C**

**SERVICIO DE NUTRICIÓN**

**Alimentación**

1. Depósitos y refrigeradores  
Indique las características y capacidades (pies o metros cúbicos) de cada una
  - a. \_\_\_\_\_
  - b. \_\_\_\_\_
  - c. \_\_\_\_\_
  - d. \_\_\_\_\_
  - e. \_\_\_\_\_
  
2. Duración estimada de las reservas de alimentos
  - a. Alimentos perdurables \_\_\_\_\_ días.
  - b. Alimentos no perdurables \_\_\_\_\_ días.
  
3. Lugares y almacenes en zonas vecinas donde el hospital puede abastecerse en situaciones de emergencia
  - a. \_\_\_\_\_
  - b. \_\_\_\_\_
  - c. \_\_\_\_\_
  - d. \_\_\_\_\_
  - e. \_\_\_\_\_
  
4. Capacidad hospitalaria para alimentar al personal voluntario que apoye las acciones de emergencia  
N° de personas \_\_\_\_\_ N° de días \_\_\_\_\_

**Comentarios**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**FASCÍCULO D**

**SERVICIO DE FARMACIA**

**Medicamentos y suministros**

1. Existe reserva permanente de suministros necesarios para uso de emergencia masiva

Sí ( )                      No ( )

En caso negativo, cuáles son los medicamentos y equipos más escasos

- Sueros ( )
- Equipo de venoclisis ( )
- Anestésicos ( )
- Antibióticos ( )
- Equipos de sutura ( )
- Vendas y esparadrapos ( )
- férulas ( )
- Guantes desechables ( )
- Sondas ( )
- Soluciones antisépticas ( )
- Otros \_\_\_\_\_ ( )
- \_\_\_\_\_ ( )
- \_\_\_\_\_ ( )

2. Duración estimada de la reserva en días \_\_\_\_\_

3. Existe listado básico      Sí ( )                      No ( )

De ser positivo, incluir copia.

4. Indicar los almacenes comerciales y farmacias en zonas cercanas al hospital en donde se puedan adquirir los suministros para casos de emergencias

- a. \_\_\_\_\_
- b. \_\_\_\_\_
- c. \_\_\_\_\_
- d. \_\_\_\_\_
- e. \_\_\_\_\_

5. ¿Se han establecido las prioridades de evacuación de medicamentos y suministros, de ser necesario?

Sí ( )

No ( )

**Comentarios**

---

---

---

---

---

**FASCÍCULO E**

**CENTRO QUIRÚRGICO**

**Recursos técnicos**

Indique las características, cantidad y capacidad de los recursos técnicos disponibles

**1. Instrumental quirúrgico**

Indique especialidad, características y cantidad de instrumental quirúrgico disponible

- a. Cajas disponibles \_\_\_\_\_
- b. Cajas de traumatología \_\_\_\_\_
- c. Cajas de neurología \_\_\_\_\_
- d. Cajas de laparotomía \_\_\_\_\_
- e. Cajas para vesículas \_\_\_\_\_
- f. Cajas ginecológicas \_\_\_\_\_
- g. Cajas de traqueotomía \_\_\_\_\_
- h. Cajas equipo de venodisección \_\_\_\_\_
- i. Cajas equipo de resucitación \_\_\_\_\_
- j. Cajas \_\_\_\_\_
- k. Cajas \_\_\_\_\_
- l. Cajas \_\_\_\_\_
- m. Cajas \_\_\_\_\_
- n. Cajas \_\_\_\_\_

**2. Sistema de esterilización**

Indique respecto a cada de estos equipos

- a. Tipo \_\_\_\_\_  
Capacidad \_\_\_\_\_  
Fuentes de energía \_\_\_\_\_
- b. Tipo \_\_\_\_\_  
Capacidad \_\_\_\_\_  
Fuentes de energía \_\_\_\_\_

c. Tipo \_\_\_\_\_  
Capacidad \_\_\_\_\_  
Fuentes de energía \_\_\_\_\_

d. Número total de equipos de esterilización \_\_\_\_\_  
Capacidad total \_\_\_\_\_

3. Material disponible

- Botas \_\_\_\_\_
- Sábanas \_\_\_\_\_
- Mascarillas \_\_\_\_\_
- Guantes
  - Desechables \_\_\_\_\_
  - Reutilizables \_\_\_\_\_

4. Indique para cuántas operaciones hay material disponible

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**FASCÍCULO F**

**SERVICIO DE RADIOLOGÍA**

**Equipos de rayos X (indique tipo y características)**

a. **Equipo** Fijo ( ) Portátil ( )  
Tipo \_\_\_\_\_  
Características \_\_\_\_\_

b. **Equipo** Fijo ( ) Portátil ( )  
Tipo \_\_\_\_\_  
Características \_\_\_\_\_

c. **Equipo** Fijo ( ) Portátil ( )  
Tipo \_\_\_\_\_  
Características \_\_\_\_\_

d. **Equipo** Fijo ( ) Portátil ( )  
Tipo \_\_\_\_\_  
Características \_\_\_\_\_

**Otros equipos**

Indique, respecto a cualquier otro equipo disponible

Nombre \_\_\_\_\_  
Tipo \_\_\_\_\_  
Características \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_  
Tipo \_\_\_\_\_  
Características \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_  
Tipo \_\_\_\_\_  
Características \_\_\_\_\_

**FASCÍCULO G**

**BANCO DE SANGRE**

Si se posee banco de sangre, indique

- a. Capacidad \_\_\_\_\_ litros.
- b. Reserva promedio \_\_\_\_\_ litros.
- c. Número de donantes asociados \_\_\_\_\_
- d. En cada bolsa de sangre se llevan a cabo pruebas de laboratorio para detectar la presencia de
  - Hepatitis B            Sí ( )            No ( )
  - Sida                    Sí ( )            No ( )
  - Otras enfermedades transmisibles por vía parenteral    Sí ( )            No ( )
- e. Disponibilidad de equipo de extracción, almacenamiento (bolsas) y transfusión de sangre  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- f. Existe listado de donantes debidamente tipificados de acuerdo a su grupo sanguíneo  
Sí ( )            No ( )
- g. Existen tipificaciones para prioridades de evacuación en caso de necesidad de evacuar el ambiente  
Sí ( )            No ( )

**Comentarios**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## FASCÍCULO H

### SERVICIO DE LABORATORIO

1. Indique la capacidad máxima de análisis corrientes hematológicos y bioquímicos al día

- Hematológicos \_\_\_\_\_
- Bioquímicos \_\_\_\_\_

2. Indique sus reservas habituales en reactivos para análisis usuales de emergencia en días

Emergencia en días \_\_\_\_\_

3. Indique el número de equipos de laboratorio portátiles que podrían implementarse en análisis de rutina

\_\_\_\_\_ equipos

4. Indique si están establecidas las prioridades de evacuación de equipos y materiales en caso de necesidad de evacuar el ambiente

Sí ( )                  No ( )

5. Indique si los reactivos e instrumentos están debidamente protegidos para no deteriorarse en caso de movimiento sísmico u otros problemas

Sí ( )                  No ( )

### **Comentarios**

---

---

---

---





**Personal asistencial no médico**

<b>Especialidad</b>	<b>Nombrados</b>	<b>Contratados</b>	<b>S.N.P.</b>	<b>Destacados</b>	<b>Total</b>
T.M. laboratorio					
T.M. radiología					
T.M. med. fís. reh.					
Farmacéuticos					
Odontólogos					
Obstetrices					
Psicólogos					
Trab. sociales					
Sociólogos					
Antropólogos					
Enfermeras					
Técnicos de enf.					
Auxiliares de enf.					

Turno del personal de servicio por día, solicitando a cada servicio el rol de guardia de uno o dos meses anteriores

<b>Especialidad</b>	<b>Servicio</b>	<b>Número</b>	<b>Observaciones</b>



**Personal administrativo**

<b>Especialidad</b>	<b>Nombrados</b>	<b>Contratados</b>	<b>S.N.P.</b>	<b>Destacados</b>	<b>Total</b>

Importante Adjuntar directorio actualizado del personal hospitalario.

**FASCÍCULO J**

**SERVICIO DE TRANSPORTE**

**Transporte intrahospitalario**

- a. Camillas rodantes            N° \_\_\_\_\_
- b. Camillas portátiles        N° \_\_\_\_\_
- c. Sillas de ruedas            N° \_\_\_\_\_
- d. \_\_\_\_\_                    N° \_\_\_\_\_
- e. \_\_\_\_\_                    N° \_\_\_\_\_

**Vehículos**

- a. Ambulancias

Marca	Año	Carrocería	Estado	Equipamiento

- b. Otros vehículos

Tipo	Marca	Año	Estado	Observaciones

## Facilidades de acceso y movilización

- a. Si existe un helipuerto cercano a las instalaciones, indique

Situación geográfica \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Distancia a las instalaciones \_\_\_\_\_

- b. Si existe un helipuerto cercano a las instalaciones, indique

Situación geográfica \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Distancia a las instalaciones \_\_\_\_\_

Características \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- c. Indique las principales y mejores vías de acceso a las instalaciones

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**FASCÍCULO L**

**SERVICIO DE EMERGENCIA**

1. ¿Existe el comité hospitalario de defensa civil?      Sí ( )      No ( )  
¿Está operativo este comité?      Sí ( )      No ( )

Si la respuesta es positiva, adjunte copia del documento de constitución.

2. ¿Se cuenta con un plan de respuesta hospitalario para emergencias y desastres?  
Sí ( )      No ( )      Si es positivo la respuesta, adjunte el plan.

a. El plan ha sido distribuido a todos los niveles y tiene amplia difusión.

Sí ( )      No ( )

b. El personal está familiarizado con el plan      Sí ( )      No ( )

Categorías de personal familiarizado con el plan

- Personal asistencial profesional      Sí ( )      No ( )
- Personal asistencial técnico      Sí ( )      No ( )
- Personal administrativo      Sí ( )      No ( )
- Empleados y obreros      Sí ( )      No ( )

c. El plan se ha puesto en práctica      Sí ( )      No ( )

Señale las fechas \_\_\_\_\_

d. Existen tarjetas de acción para que el personal desarrolle roles específicos en caso de emergencias y desastres

Sí ( )      No ( )

Indique el número de veces que se adiestró al personal en los dos últimos años

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



## Departamento o servicio de emergencia

1. Describa sus vías de acceso

---

---

---

2. Tiene señales claras para el público                      Sí ( )                      No ( )

3. Existen procedimientos de admisión, observación y derivación    Sí ( )    No ( )

4. Capacidad de atención del servicio en 24 horas \_\_\_\_\_

Mencione las enfermedades por orden de frecuencia

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

5. Funcionamiento del servicio

a. Horario de atención                      \_\_\_\_\_

b. Número de ambientes                      \_\_\_\_\_

Describa

---

---

---

---

c. Su ubicación es adecuada                      Sí ( )                      No ( )

d. Personal del servicio

- Médicos                      \_\_\_\_\_
- Enfermeras                      \_\_\_\_\_
- Técnicos                      \_\_\_\_\_
- Auxiliares                      \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

e. El servicio recibe internos de medicina                      Sí ( )                      No ( )

Tipo de supervisión o asesoría que reciben

---

---

f. El servicio recibe residentes de medicina                      Sí ( )                      No ( )

Tipo de supervisión o asesoría que reciben

---

---

6. Personal que ha recibido entrenamiento en primeros auxilios

a. Choferes    Sí ( )                      No ( )

b. Camilleros    Sí ( )                      No ( )

c. Auxiliares de enfermería    Sí ( )                      No ( )

7. Número de quirófanos funcionales \_\_\_\_\_

8. Describa la complejidad de los servicios prestados por el servicio

---

---

---

---

9. El equipamiento existente es suficiente y adecuado para satisfacer la complejidad de servicios que se ofrece

Sí ( )                      No ( )

10. Capacidad de la unidad de cuidados intensivos

---

---

11. Existe comunicación telefónica o radial con el personal del hospital

a. Personal asistencial                      Sí ( )                      No ( )

b. Ambulancias    Sí ( )                      No ( )

c. Otros    Sí ( )                      No ( )

12. Existen procedimientos propios para situaciones de emergencias y desastres  
Sí ( ) No ( )
13. Tiene servicios propios de  
a. Laboratorio Sí ( ) No ( )  
b. Rayos X Sí ( ) No ( )
14. Es adecuado el sistema de registro médico Sí ( ) No ( )
15. Se tiene un sistema independiente de suministros y medicamentos de emergencia  
Sí ( ) No ( )
16. Se tiene un centro de información para el público Sí ( ) No ( )
17. Se tiene un sistema de transporte propio Sí ( ) No ( )
18. Se cuenta con personal de seguridad Sí ( ) No ( )
19. Existen indicaciones precisas de acordonamiento de seguridad en caso de emergencias masivas o desastres  
Sí ( ) No ( )
20. Existe un botiquín de emergencia Sí ( ) No ( )
21. Se disponen de salas de observación Sí ( ) No ( )
22. Se lleva un registro de emergencias Sí ( ) No ( )
23. Se tiene autonomía para la hospitalización de pacientes Sí ( ) No ( )
24. Se elabora una historia clínica en el servicio Sí ( ) No ( )
25. Se tiene materiales para exámenes anatomopatológicos Sí ( ) No ( )
26. Se cuenta con personal entrenado para triage Sí ( ) No ( )
27. Se tiene sistema de claves para la respuesta Sí ( ) No ( )

Indique las claves utilizadas

---

---

---

Estas claves son de conocimiento amplio del personal Sí ( ) No ( )

**FASCÍCULO M**

**ANATOMÍA PATOLÓGICA**

1. Se cuenta con cámaras frigoríficas                      Sí ( )              No ( )
2. Se tienen fundas plásticas de polietileno              Sí ( )              No ( )
2. Se dispone de materiales para exámenes anatomopatológicos  
Sí ( )              No ( )
3. Se han designado áreas para recepción masiva de cadáveres  
Sí ( )              No ( )

**Comentario**

---

---

---

---