

MD7 - MATERIAL DE DISTRIBUCIÓN 7

ENCUESTA HOSPITALARIA PARA DESASTRES DEL HOSPITAL JUAN ANTONIO

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: hospital Juan Antonio
2. Dirección: Juan Salinas No. 100
3. Teléfonos: (021) 225 667
4. Correo electrónico: _____
5. Número total de camas: 92 camas
6. Índice de ocupación de camas en situaciones normales: 4 días por paciente; días de cama ocupadas: 2.542
7. Descripción de la Institución (aspectos generales, ubicación, tipo de estructura, cobertura de la población, área de influencia). De ser necesario, use hojas adicionales.
 - Ubicación no adecuada. Demasiado pequeño.
 - Tipo de estructura: material noble, piso de cemento, cielo raso deteriorado, con fisuras y goteras.
 - Estanterías en las paredes no fijadas adecuadamente.
 - Energía eléctrica: servicio público. No cuenta con pozo de tierra.
 - No cuenta con señalización para evacuación.
 - No se cuenta con extintores.

CAPACIDAD HOSPITALARIA

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

Indique el número total de camas y capacidades de expansión:

MEDICINA INTERNA

Departamento o servicio	Número de camas	Capacidad adicional	Observaciones
Medicina general	20	2	
Pediatría	17	2	
Ginecología	06	1	
Obstetricia	21	2	
Neonatología	06	1	
Total	70	8	

CIRUGÍA

Departamento o servicio	Número de camas	Capacidad adicional	Observaciones
Cirugía general	12	2	
Total	12	2	

CUIDADOS INTENSIVOS

Departamento o servicio	Número de camas	Capacidad adicional	Observaciones
UCI coronarios	06	1	
Total	06	1	

QUIRÓFANOS

Tipo de quirófano	Número de quirf.	Capacidad adicional	Observaciones
Sala de operaciones	01		
Total	01		

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 desastres. Especifique la superficie, servicios disponibles y cualquier otra información útil para evaluar su aptitud para la asistencia médica de emergencia.

Ambiente	Área m ²	Agua		Luz		Teléfono		Observaciones
		sí	no	sí	no	sí	no	
Pediatría	12		x	x			x	
Medicina interna	35		x	x			x	
Cirugía	35		x	x			x	

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
Mantenimiento	01	concreto	concreto	1973

Observaciones: falta equipamiento: compresoras, instrumentos de precisión, herramientas individuales.

2. Comportamiento:

Bloque	Horizontal		Vertical interior		Vertical exterior	
	Adecuado	Inadecuado	Adecuado	Inadecuado	Adecuado	Inadecuado
Mantenimiento	sí		sí		sí	

Observaciones: _____

VÍAS DE CIRCULACIÓN Y ESCAPE HORIZONTAL

Indicar por cada bloque las siguientes características: **ES UN SOLO BLOQUE**

- Número de camas por piso: _____
- Servicios médicos: _____
- Población estimada (cada día):
 - Hospitalizados: ____70_____
 - Personal: ____41 por turno más 59 administrativos en horas y días laborables

 - Pacientes en consulta externa: ____150____
 - Familiares: _____120 en horas de visita_____
 Total estimado: _____440_____
- Señalización para desastres: Sí () No (X)
- Número de salidas y dimensiones: ____2_____

6. Vías de circulación y de escape horizontales y verticales (escaleras, rampas) Adecuadas ()
Inadecuadas (x)

De ser negativo, señalar los problemas:

- Dimensión limitada: _____ x _____
- Falta de iluminación adecuada: _____ x _____
- Falta de señalización: _____ x _____
- 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	
Mantenimiento	1	Adecuado		x	x		No		x	Regular

* Adecuado o inadecuado

** Óptimo, Regular, Deficiente

Observaciones: Habilitación de presupuesto para satisfacer necesidades.

2. Rampas: **Sí ()** **No (x)**

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, Deficiente

Observaciones: _____

3. Ascensores: **Sí ()** **No (x)**

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

* Óptimo, Regular, Deficiente

Observaciones: _____

4. Otras vías de evacuación:

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

Bloque	Tipo	Condición			
		Buena	Limitada	Peligrosa	Ninguna
Mantenimiento	Vehicular	x			
	Peatonal		x		

Observaciones: se encuentra obstaculizada la vía de evacuación peatonal.

5. Evacuación por helicóptero desde la terraza:

Bloque	Condición			
	Buena	Limitada	Peligrosa	Ninguna

Observaciones: No se dispone.

SISTEMA DE DETECCIÓN, ALARMA Y COMBATE DE INCENDIOS

1. Sistema de Detección: Sí () No (x)

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

* Óptimo, Regular, Deficiente

Describir pruebas y mantenimiento: no se cuenta con sistema de detección de incendios.

2. Sistema de alarma: Sí () No (x)

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

* Óptimo, Regular, Deficiente

Describir pruebas y mantenimiento: _____

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

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

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

* Óptimo, Regular, Deficiente

Describir pruebas y mantenimiento: _____

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

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

* Óptimo, Regular, Deficiente

Describir pruebas y mantenimiento: _____

5. **Extintores Portátiles:**

Bloque	Tipo	Número	Cobertura adecuada		Estado de funcionamiento*	Personal entrenado
			Sí	No		
Mantenimiento	Manual			x	Deficiente	No

* Óptimo, Regular, Deficiente

Describir pruebas y mantenimiento: no se cuenta con mantenimiento.

6. **Sistemas fijos:** Sí () No (x)

Describir: _____

7. **Otros sistemas:** Sí () No (x)

Describir: _____

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

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

Describir: _____

SISTEMA DE SEGURIDAD CONTRA CONTAMINANTES QUÍMICOS, TÓXICOS RADIOACTIVOS:

Sí () No (x)

Describir características: _____

PLANTAS DE PRODUCTOS QUÍMICOS, DEPÓSITO DE COMBUSTIBLES Y/O EXPLOSIVOS, UBICADOS EN EL PERÍMETRO DEL HOSPITAL Y QUE CONFIGUREN AMENAZA:

Describir características: sí se tiene y no cuenta con medidas de seguridad.

OTRAS AMENAZAS (sismo, inundación, huayco, erupción volcánica, accidentes del transporte masivo de pasajeros, etc.)

Sí (x) No ()

Describir las amenazas: desbordamiento del río Chambao en meses de lluvia (diciembre-marzo).

OTRAS MEDIDAS DE SEGURIDAD

Describir: _____ XX _____

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 (x) No ()

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

Área	Ubicación	Superficie m ²
Mantenimiento	patio	250
Consultorios externos		400
Emergencia		200

k. Indique los sistemas de alumbrado de emergencia (linternas portátiles, lámparas fijas, etc. No se cuenta

- Área: _____ Sistema: _____
- Área: _____ Sistema: _____

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

AGUA POTABLE

1. Fuente de suministro: SENAPA. Servicio público
2. Consumo mensual promedio (m³): 1.500
3. Capacidad de almacenamiento (litros o m³): 1.000
4. Duración estimada (horas): 1 día
5. Dimensión de las tuberías de aducción: (tubería de fierro galvanizado)
 - a. 2"
 - b. 1"
 - c. ¾" y ½"
6. Sistema de distribución interno: fierro galvanizado de ¾" y ½"
7. En caso de emergencia, ¿cuál sería la forma más eficaz para abastecer de agua al hospital?
Con tanques de PUC de 1 m³ ubicados en el exterior del hospital.
8. Se dispone de planos actualizados de las instalaciones de agua:
Sí () No (x)

DESAGÜES, DRENAJES Y DESECHOS SÓLIDOS

1. Sistema de desagüe:

- a. Describa el sistema: Sistema combinado
- b. Sistema alternativo: Sí () No (x)

Describir: _____

2. Sistema de drenaje:

a. Describa el sistema: _____

b. Sistema alternativo: Sí () No (x)

Describir: _____

3. Sistema de disposición de desechos sólidos:

a. Describa el sistema: _____

b. Sistema alternativo: Sí () No ()

Describir: _____

COMBUSTIBLE

Combustible	Reserva (gl)	Duración (horas)
Gasolina		
Diesel	2.000	2 meses
Kerosene		
Gas		
Otros		

COMENTARIOS FINALES

- No cuenta con los sistemas adecuados de seguridad.
- Es necesario cambiar las de tuberías de hierro galvanizado por PVC.

FASCÍCULO C

SERVICIO DE NUTRICIÓN

ALIMENTACIÓN

1. Depósitos y refrigeradores
Indique las características y capacidades (pies o metros cúbicos) de cada una:
 - a. 01 refrigeradora de 12 pies cúbicos.
 - b. 01 congelador Ferro Bas mediana.
 - c. 02 conservadores.
 - d. 01 depósito de madera de 3 divisiones.
2. Duración estimada de las reservas de alimentos:
 - a. Alimentos perdurables: 08 días.
 - b. Alimentos no perdurables: 07 días.
3. Lugares y almacenes en zonas vecinas donde el hospital puede abastecerse en situaciones de emergencia:
 - a. _____
 - b. _____
 - c. _____
4. Capacidad hospitalaria para alimentar al personal voluntario que apoye las acciones de emergencia:
N° de personas: 120 N° de días: 6

Comentarios:

FASCÍCULO D

SERVICIO DE FARMACIA

MEDICAMENTOS Y SUMINISTROS

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

Sí () No (x)

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

- Sueros ()
- Equipo de venoclisis: ()
- Anestésicos: ()
- Antibióticos: ()
- Equipos de sutura: (x)
- Vendas y esparadrapos: ()
- férulas: ()
- Guantes descartables: ()
- Sondas: ()
- Soluciones antisépticas: ()
- Otros: _____ ()

2. Duración estimada de la reserva en días: _____

3. Existe listado básico: Sí () No (x)

De ser positivo, incluir copia.

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

- a. Botica del Consuelo.
- b. Botica 24 Horas.

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

Sí (x) No ()

Comentarios: se requiere que la farmacia más amplio y accesible.

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:	21
b. Cajas de traumatología:	2
c. Cajas de neurología:	--
d. Cajas de laparatomía:	2
e. Cajas de toracotomía:	1
f. Cajas para vesículas:	1
g. Cajas ginecológicas:	3
h. Cajas de traquetomía:	1
i. Cajas equipo de venodisección:	2
j. Cajas equipo de resucitación:	1
k. Cajas minilap:	4
l. Cajas de vasectomía:	4

2. Sistema de esterilización:

Indique respecto a cada de estos equipos:

a. Tipo:	Calor seco (3 esterilizadores)
Capacidad:	total 40 Kg.
Fuentes de energía:	energía
b. Tipo:	vapor (2 esterilizadores)
Capacidad:	total 10 kilos
Fuentes de energía:	Idem.
c. Número total de equipos de esterilización:	5
Capacidad total:	50 kg.

3. Material disponible:

- Botas: 20 pares
- Sábanas: 10 equipos
- Mascarillas: 30 unidades
- Guantes:
 - Descartables: 10 pares en reserva
 - Reutilizables: --

4. Indique para cuántas operaciones hay material disponible:

- 03 operaciones programadas.
- 04 operaciones de emergencia.

SERVICIO DE RADIOLOGÍA:

1. EQUIPOS DE RAYOS X (indique tipo y características)

a. Equipo: Fijo (x) Portátil ()
Tipo: Mesa fija rotatable. Marca Dong-Fang.
Características: Mesa de madera, cintas metálicas, cabezales de fierro.

b. Equipo: Fijo () Portátil (X)
Tipo: Marca KIP, modelo JF-10.
Características: Metálico

2. OTROS EQUIPOS

Indique, respecto a cualquier otro equipo disponible:

Nombre: Reveladora de placas
Tipo: Manual fijo para revelado convencional
Características:

Nombre: Secadora de placas
Tipo: Portátil
Características: _____

FASCÍCULO G

BANCO DE SANGRE

Si se posee banco de sangre, indique:

- a. Capacidad: 10 litros.
- b. Reserva promedio: 4 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 un 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 ()

SERVICIO DE LABORATORIO

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

- Hematológicos: 40
- Bioquímicos: 40

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

Emergencia en días: 8 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 (x)

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

Sí () No (x)

Comentarios:

RECURSOS HUMANOS

1. PERSONAL MÉDICO:

Especialidad	Nombrados	Contratados	S.N.P.	Destacados	Total
Ginecología	03				
Cirugía	01				
Med. Interna	02				
Anestesiología	01				
General	04	05	02		
Emergencista	01				

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

Especialidad	Servicio	Número	Observaciones
Medicina		3	
Cirugía		3	
Pediatría		4	
Ginecología		4	
Emergencia		2	

2. PERSONAL ASISTENCIAL NO MÉDICO:

Especialidad	Nombrados	Contratados	S.N.P.	Destacados	Total
T.M. laboratorio	3		2		5
T.M. radiología	1		1		2
T.M. Med.Fís.Reh.					
Farmacéuticos	1				1
Odontólogos	2				2
Obstetrices	8	1	4	6	19
Psicólogos			1		1
Trab. sociales	3				3
Sociólogos					
Antropólogos					
Enfermeras	24		3	3	30
Técnicos de Enf.	33		2		35
Auxiliares de Enf.	8				8

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

Especialidad	Servicio	Número	Observaciones
Enfermería	Medicina	2	
Tec. enfermería	Medicina	3	
Enfermería	Pediatría	2	
Tec. enfermería	Pediatría	3	
Enfermería	Cirugía	2	
Tec. enfermería	Cirugía	3	
Obstetricia	Ginecología	4	
Tec. enfermería	Ginecología	4	
Enfermería	Emergencia	2	
Tec. enfermería	Emergencia	2	

3. PERSONAL DE MANTENIMIENTO, SERVICIOS GENERALES Y TRANSPORTE:

Especialidad	Nombrados	Contratados	S.N.P.	Destacados	Total
Artesanos	10				10
Trab. de servicio	10				10
Chofer	6				6

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

Especialidad	Servicio	Número	Observaciones
Artesano		10	
Trab. servicio		10	
Chofer		2	

4. PERSONAL ADMINISTRATIVO:

Especialidad	Nombrados	Contratados	S.N.P.	Destacados	Total
Tec. administrativo	13		10	02	25

Importante: Adjuntar directorio actualizado del personal hospitalario.

SERVICIO DE TRANSPORTE

1. Transporte intrahospitalario:

- a. Camillas rodantes: N° 04
- b. Camillas portátiles: N° 01
- c. Sillas de ruedas: N° 04

2. Vehículos:

a. Ambulancias:

Marca	Año	Carrocería	Estado	Equipamiento
Toyota Land Cruiser	92	Sedan	Regular	Básico

b. Otros vehículos:

Tipo	Marca	Año	Estado	Observaciones
Camioneta doble cabina	Toyota	96	Regular	

3. 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:

Av Brasil; calle Mirador y Diego Fuertes.

SERVICIO DE EMERGENCIA

1. ¿Existe el Comité hospitalario de defensa civil? Sí () No (x)
¿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 (x) Si es positiva 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:

01 puerta principal con acceso por la Av. Hugo Pesce.

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

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

4. Capacidad de atención del servicio en 24 horas: _____

Mencione las enfermedades por orden de frecuencia:

- Infecciones respiratorias
- Diarreas agudas infecciosas
- Politraumatizados
- Emergencias obstétricas

5. Funcionamiento del servicio:

a. Horario de atención: 24 horas

b. Número de ambientes: 03

Describa:

- Tópico
- Sala de observación
- Tópico de gineco-obstetricia

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

d. Personal del Servicio:

- Médicos: 01
- Enfermeras: 01
- Técnicos: 02
- Obstetrices: 01
- Tec. laboratorio: 01

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

Tipo de supervisión o asesoría que reciben:

6. Personal que ha recibido entrenamiento en primeros auxilios:
- a. Choferes: Sí () No (x)
- b. Camilleros: Sí () No (x)
- c. Auxiliares de enfermería: Sí () No (x)
6. Número de quirófanos funcionales: No se cuenta
8. Describa la complejidad de los servicios prestados por el servicio:
- Atención de emergencia: pediátricas, ginecológicas y quirúrgicas.
 - Atención en tópico.
 - Atención de rehidratación.
 - Atención de nebulización
 - Servicio de laboratorio y rayos X
9. El equipamiento existente es suficiente y adecuado para satisfacer la complejidad de servicios que se ofrecen:
- Sí () No (x)
10. Capacidad de la unidad de cuidados intensivos:
- No se tiene.
11. Existe comunicación telefónica o radial con el personal del hospital:
- a. Personal asistencial: Sí () No (x)
- b. Ambulancias: Sí () No (x)
- c. Otros: Sí () No (x)
12. Existen procedimientos propios para situaciones de emergencias y desastres:
- Sí () No (x)
13. Tiene servicios propios de:
- a. Laboratorio: Sí (x) No ()
- b. Rayos X: Sí () No (x)
14. Es adecuado el sistema de registro médico: Sí (x) No ()
15. Se tiene un sistema independiente de suministros y medicamentos de emergencia:
- Sí (x) No ()
16. Se tiene un centro de información para el público: Sí () No (x)

- | | | |
|--|----------|----------|
| 17. Se tiene un sistema de transporte propio: | Sí (x) | No () |
| 18. Se cuenta con personal de seguridad: | Sí () | No (x) |
| 19. Existen indicaciones precisas de acordonamiento de seguridad en caso de emergencias masivas o desastres: | Sí () | No (x) |
| 20. Existe un botiquín de emergencia: | Sí (x) | No () |
| 21. Se disponen de salas de observación: | Sí (x) | No () |
| 22. Se lleva un registro de emergencias: | Sí (x) | No () |
| 23. Se tiene autonomía para la hospitalización de pacientes: | Sí (x) | No () |
| 24. Se elabora una historia clínica en el servicio: | Sí (x) | No () |
| 25. Se tienen materiales para exámenes anatomopatológicos: | Sí () | No (x) |
| 26. Se cuenta con personal entrenado para triage: | Sí () | No (x) |
| 27. Se tiene sistema de claves para la respuesta: | Sí () | No (x) |

Indique las claves utilizadas:

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

FASCÍCULO M

ANATOMÍA PATOLÓGICA

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

Comentario: _____
