

# MATERIAL DE DISTRIBUCIÓN 1

## FICHA DE INSCRIPCIÓN

Lugar: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### Datos personales:

1. Nombre: \_\_\_\_\_  
(Primer apellido) (Segundo apellido) (Nombres)

2. Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

3. Profesión / oficio: \_\_\_\_\_

4. Instrucción: ( ) Primaria ( ) Secundaria ( ) Superior

5. Domicilio: \_\_\_\_\_  
Calle Número Urbanización Ciudad

6. Teléfono: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

### Datos laborales:

7. Institución laboral: \_\_\_\_\_

8. Cargo desempeñado: \_\_\_\_\_

9. Dirección laboral: \_\_\_\_\_

10. Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

### Capacitación y experiencia previa:

11. Capacitación en temas relacionados con desastres: Sí ( ) NO ( )

Últimos eventos: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

12. Escriba sus nombres y apellidos tal como desea que figure en su diploma del curso:

\_\_\_\_\_

13. Desea recibir periódicamente el Boletín Desastres: Preparativos y Mitigación en las Américas que publica OPS cada 3 meses. Sí ( ) NO ( )

## MATERIAL DE DISTRIBUCIÓN 2

### TALLER 1: ANÁLISIS DEL RIESGO

#### OBJETIVO DE DESEMPEÑO

Tomando como referencia el hospital sede del curso y utilizando el material de trabajo suministrado, los participantes en grupos de trabajo conformados por 4 a 8 miembros deberán, en un tiempo no mayor a 60 minutos:

1. Identificar y describir las amenazas del hospital sede y de la comunidad de su jurisdicción.
2. Identificar los elementos expuestos y describir sus factores de vulnerabilidad para cada amenaza.
3. Identificar y describir los probables daños sobre los elementos expuestos.
4. Presentar los resultados en la plenaria.

#### Instrucciones:

- Conformar los grupos de trabajo, cada uno tendrá como mínimo 4 personas, en ningún caso superará las 8 personas.
- Cada grupo nombrará un coordinador y un relator para la presentación de los resultados en la plenaria.
- Se entregará a cada miembro del grupo los formatos para la presentación de los resultados.
- Cada grupo dispondrá de 10 minutos para la presentación de sus resultados.

**FORMATO GUÍA**  
**TALLER 1: ANÁLISIS DE RIESGO DEL HOSPITAL Y DE LA COMUNIDAD DE SU JURISDICCIÓN**

| AMENAZA | DESCRIPCIÓN DE LA AMENAZA | ELEMENTO EXPUESTO | FACTORES DE VULNERABILIDAD | PROBABLES DAÑOS |
|---------|---------------------------|-------------------|----------------------------|-----------------|
|         |                           |                   |                            |                 |

# MATERIAL DE DISTRIBUCIÓN 3

## EVACUACIÓN DE EDIFICACIONES

### Evacuación

Consiste en el traslado rápido y ordenado de personas, bienes y documentos indispensables e irremplazables, de un lugar o edificio en alto riesgo hacia una zona de seguridad ante la posibilidad inmediata de ocurrencia de daños.

### FINALIDAD

Proteger la vida y la salud de las personas, así como la integridad de bienes y documentos indispensables e irremplazables.

### CARACTERÍSTICAS

Para cumplir con su propósito, el proceso de evacuación debe cumplir las siguientes características:

**Rápida:** percibido el riesgo o impacto del suceso, no debe mediar mayor tiempo para iniciar la evacuación. Tratándose de sismos, el inicio debe darse apenas termina el impacto.

**Ordenada:** el traslado hacia la zona de seguridad debe guardar orden.

**Segura:** el proceso debe garantizar la integridad de las personas y bienes que se trasladan.

**Planificada:** la evacuación debe responder a acciones definidas y adecuadamente planificadas, definiéndose las responsabilidades.

### TIPOS DE EVACUACIÓN:

#### Por su amplitud

- *Total:* cuando involucra a todo el hospital.
- *Parcial:* cuando sólo se traslada parte del hospital.

#### Por su previsibilidad:

- *Previsto:* cuando la evacuación responde a una programación definida de hipótesis, día, hora y servicios involucrados.
- *Imprevisto:* cuando el ejercicio se ejecuta sin haberse prefijado día y hora.

### PASOS PARA UNA CORRECTA EVACUACIÓN

1. *Identificar y señalar las zonas de riesgo y de seguridad del lugar o edificio.*

Determinan las zonas que debemos evitar y las zonas de seguridad. Para identificarlas se debe buscar el apoyo de especialistas.

2. *Establecer y señalar las rutas de evacuación.*

Deben ser las más cortas y seguras. Además, estas rutas deben estar permanentemente transitables y libres de obstáculos.

3. *Precisar responsabilidades para la evacuación.*

En el hospital se deben determinar responsabilidades por servicios, y dentro de cada servicio, de cada persona. Es necesario determinar quiénes evacuarán a los pacientes, quiénes llevarán consigo medicinas, suministros o equipos indispensables, a quiénes les corresponderá el corte de energía, etc.

4. *Capacitar y entrenar al personal.*

No basta que la persona tenga claras sus responsabilidades, es también muy importante que tenga la capacidad o entrenamiento y los recursos para hacerlo.

## RUTAS DE EVACUACIÓN

Las rutas de evacuación, así como las zonas de seguridad deben ser previamente señalizadas. Se deben establecer los trayectos de las circulaciones horizontales y verticales que están protegidos para efectos de terremotos, conducen a las zonas de seguridad internas y externas y orientan el desplazamiento de las personas.

La señalización debe ser adosada en zonas visibles y sin interferencia de muebles o móviles, idealmente sobre 180 cm; en ambientes con alto riesgo de fuego deben alternarse con señales similares incombustibles y pintadas con pintura fosforescente, adosadas en lugares visibles a 50cm. del piso para permitir la evacuación en caso de humareda muy densa.

### Colores, señales y símbolos de seguridad

El color de seguridad tiene propiedades colorimétricas y/o fotométricas, al cual se le asigna un significado de seguridad. Los colores blanco y negro son neutrales, usados en la señal de seguridad.

Colores de seguridad:

| Color de fondo | Objeto | Significado                        |
|----------------|--------|------------------------------------|
| Rojo           | Blanco | Señal prohibitiva                  |
| Verde          | Blanco | Seguridad informativa              |
| Azul           | Blanco | Prescriptiva, ordenar, obligatoria |
| Amarillo       | Negro  | Preventiva                         |

### Dimensiones de rótulos y placas

Los rótulos pueden ser desde 6.5 x 6.5 cm hasta 1000 x 1000 cm y para rótulos rectangulares desde 6.5 x 13 cm hasta 1250 x 2500 cm.

Las dimensiones de los rótulos se aplican para uso en posición vertical u horizontal. Las esquinas de los rótulos pueden ser redondeadas.

## ORIGEN DE LA ORDEN

Según la naturaleza del suceso, la evacuación puede iniciarse:

**Eventos de impacto súbito:** el propio suceso condiciona el inicio de la evacuación (sismos, inundaciones violentas, etc).

**Eventos de impacto gradual:** la orden debe provenir de la autoridad hospitalaria competente, que puede ser el director, el jefe de guardia, o el responsable de seguridad. El plan debe determinar estas responsabilidades.

## **FIN DE LA EVACUACIÓN**

Una vez superada o controlada la situación que determinó la evacuación, la autoridad hospitalaria competente determina el fin de la evacuación.

## MATERIAL DE DISTRIBUCIÓN 4

### TALLER 2: DESASTRES INTERNOS Y EXTERNOS

#### OBJETIVO DE DESEMPEÑO:

Teniendo como referencia el hospital sede del curso, los resultados del taller *Análisis de riesgo* y el material de trabajo suministrado, los participantes en grupos de trabajo conformados por 4 a 8 miembros deberán, en un tiempo no mayor a 60 minutos:

1. Establecer las hipótesis de desastres internos y externos.
2. Precisar la misión del hospital frente al desastre interno y externo.
3. Definir las acciones de respuesta hospitalaria frente a las hipótesis planteadas de desastres internos y externos, proponiendo los equipos encargados de conducirlos.
4. Presentar los resultados en la plenaria.

#### Instrucciones:

1. Los grupos de trabajo serán los mismos que en el taller 1 *Análisis del Riesgo*: cada uno tendrá como mínimo 4 personas, en ningún caso superará las 8 personas.
2. Cada grupo nombrará un coordinador y un relator para la presentación de los resultados en plenaria.
3. Se entregarán a cada miembro del grupo los formatos para la presentación de los resultados.
4. Cada grupo dispondrá de 15 minutos para la presentación de sus resultados.

**FORMATO GUÍA  
DESASTRES INTERNOS**

| <b>HIPÓTESIS</b> | <b>MISION DEL HOSPITAL</b> | <b>ACCIONES DE RESPUESTA</b> | <b>BRIGADAS OPERATIVAS</b> |
|------------------|----------------------------|------------------------------|----------------------------|
|                  |                            |                              |                            |

**FORMATO GUÍA  
DESASTRES EXTERNOS**

| <b>HIPÓTESIS</b> | <b>MISION DEL HOSPITAL</b> | <b>ACCIONES DE RESPUESTA</b> | <b>BRIGADAS OPERATIVAS</b> |
|------------------|----------------------------|------------------------------|----------------------------|
|                  |                            |                              |                            |

## MATERIAL DE DISTRIBUCIÓN 5

### TALLER 3: ENCUESTA HOSPITALARIA PARA DESASTRES

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. La primera, para anotar los datos en borrador y la segunda, 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      | _____        |

**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**

| <b>Departamento o Servicio</b> | <b>Número de Camas</b> | <b>Capacidad Adicional</b> | <b>Observaciones</b> |
|--------------------------------|------------------------|----------------------------|----------------------|
| Cardiología                    |                        |                            |                      |
| Neumología                     |                        |                            |                      |
| Neurología                     |                        |                            |                      |
| Endocrinología                 |                        |                            |                      |
| Hematología                    |                        |                            |                      |
| Gastroenterología              |                        |                            |                      |
| Dermatología                   |                        |                            |                      |
| Med. Física y Rehabilitación   |                        |                            |                      |
| Psiquiatría                    |                        |                            |                      |
| Medicina                       |                        |                            |                      |
| Pediatría                      |                        |                            |                      |
| Ginecología                    |                        |                            |                      |
| Obstetricia                    |                        |                            |                      |
| Otros                          |                        |                            |                      |
| <b>Total</b>                   |                        |                            |                      |

**CIRUGÍA:**

| <b>Departamento o Servicio</b> | <b>Número de Camas</b> | <b>Capacidad Adicional</b> | <b>Observaciones</b> |
|--------------------------------|------------------------|----------------------------|----------------------|
| Ortopedia y Traumatología      |                        |                            |                      |
| Urología                       |                        |                            |                      |
| Otorrinolaringología           |                        |                            |                      |
| Oftalmología                   |                        |                            |                      |
| Neurología                     |                        |                            |                      |
| Cirugía Plástica               |                        |                            |                      |
| Cirugía Cardiovascular         |                        |                            |                      |
| Otros                          |                        |                            |                      |
| <b>Total</b>                   |                        |                            |                      |

**CUIDADOS INTENSIVOS**

| <b>Departamento o Servicio</b> | <b>Número de Camas</b> | <b>Capacidad Adicional</b> | <b>Observaciones</b> |
|--------------------------------|------------------------|----------------------------|----------------------|
| 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, triaje, 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, 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, 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, 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, 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, Deficiente

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, 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, Deficiente

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

**5. Extintores portátiles:**

| Bloque | Tipo | Número | Cobertura Adecuada |    | Estado de Funcionamiento* | Personal Entrenado |
|--------|------|--------|--------------------|----|---------------------------|--------------------|
|        |      |        | Sí                 | No |                           |                    |
|        |      |        |                    |    |                           |                    |
|        |      |        |                    |    |                           |                    |
|        |      |        |                    |    |                           |                    |
|        |      |        |                    |    |                           |                    |
|        |      |        |                    |    |                           |                    |
|        |      |        |                    |    |                           |                    |
|        |      |        |                    |    |                           |                    |
|        |      |        |                    |    |                           |                    |

\* Óptimo, Regular, 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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**SISTEMA DE SEGURIDAD CONTRA CONTAMINANTES QUÍMICOS, TÓXICOS RADIOACTIVOS:**

Sí ( )      No ( )

Describir características: \_\_\_\_\_

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

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

Describir características: \_\_\_\_\_

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

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

Sí ( )      No ( )

Describir las amenazas: \_\_\_\_\_

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

**OTRAS MEDIDAS DE SEGURIDAD**

Describir: \_\_\_\_\_

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

## 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 sub-estación eléctrica que alimenta al hospital:

\_\_\_\_\_

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

• Sub-estación: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

• Sub-estación: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

• Sub-estación: \_\_\_\_\_ 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: \_\_\_\_\_

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

### 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 Laparatomía: \_\_\_\_\_
- e. Cajas de Toracotomía: \_\_\_\_\_
- f. Cajas para Vesículas: \_\_\_\_\_
- g. Cajas Ginecológicas: \_\_\_\_\_
- h. Cajas de Traquetomía: \_\_\_\_\_
- i. Cajas Equipo de Venodisección: \_\_\_\_\_
- j. Cajas Equipo de Resucitación: \_\_\_\_\_
- k. Cajas : \_\_\_\_\_
- l. Cajas : \_\_\_\_\_
- m. Cajas : \_\_\_\_\_
- n. Cajas : \_\_\_\_\_
- o. 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:**

1. 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: \_\_\_\_\_

2. 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:

---

---

---

---







4. PERSONAL ADMINISTRATIVO:

| Especialidad | Nombrados | Contratados | S.N.P. | Destacados | Total |
|--------------|-----------|-------------|--------|------------|-------|
|              |           |             |        |            |       |
|              |           |             |        |            |       |
|              |           |             |        |            |       |
|              |           |             |        |            |       |
|              |           |             |        |            |       |
|              |           |             |        |            |       |
|              |           |             |        |            |       |
|              |           |             |        |            |       |
|              |           |             |        |            |       |
|              |           |             |        |            |       |
|              |           |             |        |            |       |
|              |           |             |        |            |       |
|              |           |             |        |            |       |
|              |           |             |        |            |       |
|              |           |             |        |            |       |

Importante: Adjuntar directorio actualizado del personal hospitalario.



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:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**COMUNICACIONES**

- 1. Central telefónica: Sí ( ) No ( )  
Número de líneas de entrada: \_\_\_\_\_
  
- 2. Radio: Sí ( ) No ( )  
Frecuencia: \_\_\_\_\_ Indicativo: \_\_\_\_\_
  
- 3. Sistema de intercomunicación interna: Sí ( ) No ( )
  
- 4. Sistema de altavoces: Sí ( ) No ( )
  
- 5. Sistema de comunicación interna por claves: Sí ( ) No ( )  
El personal de operadores está familiarizado: Sí ( ) No ( )
  
- 6. Se cuenta con un directorio actualizado del personal asistencial, con indicación de dirección y número telefónico:  
Sí ( ) No ( )
  
- 7. Otros sistemas alternos:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Comentarios:

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

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 se 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: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_:
- \_\_\_\_\_:



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 triaje:                  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 ( )
  
3. Se dispone de materiales para exámenes anatomopatológicos:  
    Sí ( )                    No ( )
  
4. Se han designado áreas para recepción masiva de cadáveres:  
    Sí ( )                    No ( )

Comentario:

---

mm

## MATERIAL DE DISTRIBUCION 6

### EJERCICIO PLAN HOSPITALARIO DE PREPARATIVOS Y RESPUESTA PARA DESASTRES

#### OBJETIVO DE DESEMPEÑO

Teniendo como referencia el hospital sede del curso, los resultados de los talleres 1, 2 y 3 y utilizando el material de trabajo suministrado, los participantes en grupos de trabajo conformados por 4 a 8 miembros deberán, en un tiempo no mayor a 120 minutos:

1. Elaborar un modelo de Plan Hospitalario de Preparativos y Respuesta para Desastres del hospital sede.
2. Presentar los resultados en la plenaria.

#### Instrucciones:

- Los grupos de trabajo serán los mismos que en los talleres anteriores: cada uno tendrá como mínimo 4 personas, en ningún caso superará las 8 personas.
- Cada grupo nombrará un coordinador y un relator para la presentación de los resultados en la plenaria.
- Se entregará a cada miembro del grupo los formatos para la presentación de los resultados.
- Cada grupo dispondrá de 20 minutos para la presentación de sus resultados.

## **PLAN HOSPITALARIO DE PREPARATIVOS Y RESPUESTA PARA DESASTRES**

**Presentación/Introducción:**

**1. Información General:**

**2. Situación:**

**3. Hipótesis:**

**4. Misión:**

**5. Acciones Generales:**

**6. Organización de la Respuesta:**

- a. Comité Operativo de Emergencia - COE
- b. Equipos de Atención Prehospitalaria
- c. Equipos de Atención Hospitalaria:
- d. Equipos de Apoyo Logístico - Administrativo:
- e. Brigadas Operativas:

## **7. Activación del Plan:**

### Secuencia:

- a. Notificación del evento:
  
- b. Declaratoria de Alerta/Alarma:

### Alerta:

### Alarmas:

- Emergencia/desastre externo:

Nivel I:

Nivel II:

Nivel III:

- Emergencia/desastre interno:

Incendio:

Inundación/aniego:

Colapso estructural:

Contaminación:

Otros Eventos:

- c. Cadena de Llamadas:

**8. Equipos de Trabajo y Responsabilidades:** debe considerarse por cada equipo:

**Ficha Técnica por Equipo o Brigada:**

|                          |   |
|--------------------------|---|
| <b>Denominación:</b>     | <b>Jefe de Equipo:</b>                                      |
| <b>Funciones:</b>        | <b>Integrantes:</b>   |
|                          | <b>Area de Trabajo:</b><br>Alternativa 1:<br>Alternativa 2: |
|                          | <b>Recursos disponibles:</b>                                |
| <b>Teléfonos útiles:</b> |   |

**9. Coordinaciones Interinstitucionales:**

**10. Red de Referencias y Contrareferencias:**

**11. Fin de la Emergencia:**