

PAUTA DE OBSERVACIÓN ENFERMERÍA

NOMBRE DEL RECINTO:		FECHA:	
NOMBRE DEL ENTREVISTADOR/A:			

1. ESTRUCTURA DE LA ENFERMERÍA	Observaciones (solo si es necesario)
¿Hay enfermería en la unidad penal?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
¿Hay una rampa que permita el ingreso de sillas de ruedas o camillas a la Enfermería?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
¿Las ventanas de la Enfermería tienen vidrios?	<input type="checkbox"/> Todas <input type="checkbox"/> Algunas <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> N/A
¿Las ventanas de la Enfermería tienen cartones o plásticos en lugar de vidrios?	<input type="checkbox"/> Todas <input type="checkbox"/> Algunas <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> N/A
¿Las ventanas de la Enfermería tienen vidrios o marcos rotos?	<input type="checkbox"/> Todas <input type="checkbox"/> Algunas <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> N/A
¿Cuántos box de atención hay en la enfermería?	Describir brevemente:
¿Hay box exclusivo para tratamiento y estabilización (diferente del de atención)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
¿Hay box exclusivo para atención (diferente del de tratamiento y estabilización)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
¿Hay zona limpia demarcada?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
¿Hay zona sucia demarcada?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
¿Hay una bodega de medicamentos e insumos médicos (farmacia)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
¿La bodega tiene medicamentos e insumos médicos (gasa, alcohol, etc.)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
¿Hay circulación de aire fresco?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
¿Hay calefacción en la Enfermería?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A Indique tipo de calefacción
¿Hay iluminación natural y/o artificial suficiente (que se pueda leer)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
¿Hay acceso a agua potable?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
¿Hay acceso a agua caliente?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
¿Hay agua estancada en el suelo del lugar?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
¿Están las fichas médicas de los/as internos/as disponibles?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A

2. BAÑO DE LA ENFERMERÍA: INFRAESTRUCTURA E HIGIENE				Observaciones (solo si es necesario)
Número de duchas		Número de inodoros		
Número de lavamanos lavatorios		Número de tazas turcas		
¿Hay inodoro, urinario y/o taza turca funcionando y en buen estado?	<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Algunos <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> N/A			
¿El inodoro está tapado o estancado?	<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Algunos <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> N/A			
¿Hay puerta, cortina u otro que separe el inodoro/taza turca del resto del baño?	<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Algunos <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> N/A			
¿Hay ducha funcionando y en buen estado?	<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Algunos <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> N/A			
¿Hay puerta, cortina u otro que separe la ducha del resto del baño?	<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Algunos <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> N/A			
¿Hay lavatorio/lavamanos funcionando y en buen estado?	<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Algunos <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> N/A			
¿Hay papel higiénico en el baño?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay jabón en el baño?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay agua caliente en baño?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	
¿Están las paredes limpias?	<input type="checkbox"/> Todas <input type="checkbox"/> Algunas <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> N/A			
¿Hay signos de humedad en paredes u otras superficies (ej.: hongos y/o agua)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay basura y/o papeles en el suelo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay alcantarillas tapadas o desbordadas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay agua de alcantarillado en el lugar?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	

3. PREVENCIÓN DE RIESGOS EN ENFERMERÍA				Observaciones (solo si es necesario)
¿Hay extintores funcionando y no vencidos? ¿Cuántos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	
¿Están a una altura accesible para quien lo deba utilizar?	<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Algunos <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> N/A			
¿Hay señalética de ubicación de extintores?	<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Algunos <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> N/A			
¿Hay una red húmeda funcionando?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay señalética de ubicación de red húmeda?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay una red seca funcionando?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay señalética de ubicación de red seca?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay señaléticas de escape/evacuación en paredes?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	
¿El/los pasillos tienen un ancho que pueda pasar una silla de ruedas/camilla?	<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Algunos <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> N/A			