

## PAUTA DE OBSERVACIÓN SECTOR DE VISITAS ÍNTIMAS

Aplicar una pauta por recinto.

<b>NOMBRE DEL RECINTO:</b>		<b>FECHA:</b>	
<b>NOMBRE DEL ENTREVISTADOR/A:</b>			

1. SECTOR DE VISITAS ÍNTIMAS	Observaciones (solo si es necesario)
¿Hay un espacio de uso exclusivo para visitas íntimas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
Cantidad de habitaciones <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	Cantidad de baños <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
SI EL SECTOR NO ES EXCLUSIVO: ¿Qué lugar se utiliza para visitas íntimas?	
¿El lugar cuenta con privacidad (puerta, alejado de lugares de tránsito)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A

2. HABITACIÓN DE VISITAS ÍNTIMAS: INFRAESTRUCTURA E HIGIENE	Observaciones (solo si es necesario)
¿Las ventanas de la habitación tienen vidrios?	<input type="checkbox"/> Todas <input type="checkbox"/> Algunas <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> N/A
¿Las ventanas de las celdas 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 tienen vidrios o marcos rotos?	<input type="checkbox"/> Todas <input type="checkbox"/> Algunas <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> N/A
¿Hay iluminación natural?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
¿Hay iluminación artificial?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
¿Hay instalaciones eléctricas (enchufes, otros) funcionando?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
¿Hay enchufes artesanales, cables colgando u otras instalaciones eléctricas peligrosas en la celda?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
¿Hay circulación de aire fresco en la habitación?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <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 sucios dentro de la habitación?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
¿Hay insectos en la habitación?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
¿Hay desechos biológicos en la habitación (heces, orina, otros)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
¿Hay agua de alcantarilla en la habitación?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
¿Hay calefacción en la celda?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
Indique tipo de calefacción	

3. HABITACIÓN DE VISITAS ÍNTIMAS: CAMAS		Observaciones (solo si es necesario)
¿Cuál es el estado de las camas?	<input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Malo	
¿Hay colchones en cada cama?	<input type="checkbox"/> Todas <input type="checkbox"/> Algunas <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay colchones ignífugos en cada cama?	<input type="checkbox"/> Todas <input type="checkbox"/> Algunas <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay frazadas, mantas o cubrecamas para cada cama?	<input type="checkbox"/> Todas <input type="checkbox"/> Algunas <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay sábanas para cada cama?	<input type="checkbox"/> Todas <input type="checkbox"/> Algunas <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> N/A	

4. BAÑO DE SECTOR DE VISITAS ÍNTIMAS: INFRAESTRUCTURA E HIGIENE		Observaciones (solo si es necesario)
<input type="checkbox"/> Baño al interior de la habitación	Número de duchas <input type="text"/>	Número de inodoros <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Baño en el módulo/pasillo	Número de lavamanos lavatorios <input type="text"/>	Número de tazas turcas <input type="text"/>
¿El lugar cuenta con baño exclusivo para el sector?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Indicar con qué población se comparte	
¿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 basureros?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <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	
¿Hay barrera/s físicas entre baño y celda (reja, puerta, etc.)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	

5. PREVENCIÓN DE RIESGOS EN SECTOR VISITAS ÍNTIMAS		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	
Observaciones:		