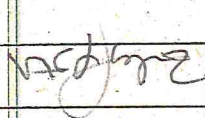


CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS		Código: SST-FR-090 Fecha: 8/Abri/2020 Version: 002	
Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad			
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA: <i>Florencia Quintana</i>			
FECHA DE INSPECCION: <i>14-X-20</i>			
SERVICIO: <i>4</i>			
TURNO: <i>M</i>			
PROCEDIMIENTO OBSERVADO			
TRABAJADORES OBSERVADOS			
<div> <div>Trabajador No 1</div> <div>Trabajador No 2</div> <div>Trabajador No 3</div> <div>Trabajador No 4</div> </div>			
Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento			
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA			
1	Gorro	/	/
2	Gafas de Seguridad	/	/
3	Careta y/o Visor	/	/
4	Máscara Convencional	/	/
5	Respirador N 95	/	/
6	Gautes	/	/
7	Bata Antifuídos	/	/
8	Protector Auditivo	NA	NA
9	Delantal Plástico	NA	NA
10	Delantal en PVC	NA	NA
11	Botas	NA	NA
12	Traje Especial	NA	NA
13	Otro ()		
Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal			
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: SEÑALE CON UNA (X) SEGÚN OPCIÓN			
1	Elemento dañado		
2	No Disponible		
3	Omitido		
4	Desconoce Estándar		
5	Otras Observaciones:		
Estándares a evaluar			
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: MARQUE SI NO NA SEGÚN EL CASO			
1	Realiza lavado de manos antes y después de cada procedimiento, o realiza la fricción antiséptica si no amenta lavado de manos.	/	/
2	Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.	/	/
3	Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.	/	/
4	Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos: Aislamiento Respiratorio Aéreo o por gotas: Máscara quirúrgica, guantes, gafas. Aislamiento Respiratorio por aerosoles: Máscara de alta eficiencia N95, gafas y guantes. Aislamiento por contacto: Bata, guantes, gafas y gorro.	/	/

CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS		Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad		Código: SST-FR-090	Fecha: 8/ABR/2020	Versión: 002
5	Siempre desinfecta los cortopunzantes inmediatamente al terminar el procedimiento, evitando recontaminar agujas y doblar o partir cuchillas.	Si	Si	Si	Si	Si
6	Verifica el estado del guanti antes de su uso.	Si	Si	Si	Si	Si
7	Realiza el descarte de residuos adecuadamente en los recipientes destinados para tal fin al finalizar el procedimiento.	Si	Si	Si	Si	Si
8	Mantiene el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene, orden y aseo.	Si	Si	Si	Si	Si
9	El personal asistencial utiliza calzado cerrado, sin orificios y con suela antideslizante.	Si	Si	Si	Si	Si
10	El personal asistencial no utiliza joyas durante la realización de procedimientos como: anillos, cadenas, pulseras, etc.	Si	Si	Si	Si	Si
TOTAL ÍTEMOS OBSERVADOS						
TOTAL ÍTEMOS QUE CUMPLEN						
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO						
FIRMA DEL COLABORADOR						
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS						
TOTAL TRABAJADORES QUE CUMPLEN						
CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total						

CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS		Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad		Código: SST-FR-090
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA		FECHA DE INSPECCION		FECHA: 8/Abn/2020
CARGO		SERVICIO		VERSIÓN: 002
TURNO		PROCEDIMIENTO OBSERVADO		
TRABAJADORES OBSERVADOS		Usó de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento		
Trabajador No 1	Diana Vergara	C: CUMPLE	NC: NO CUMPLE	NA: NO APLICA
Trabajador No 2	Laila Saucedo	C: CUMPLE	NC: NO CUMPLE	NA: NO APLICA
Trabajador No 3	Enry Escobar	C: CUMPLE	NC: NO CUMPLE	NA: NO APLICA
Trabajador No 4	Zulay Potes	C: CUMPLE	NC: NO CUMPLE	NA: NO APLICA
1	Gorro	✓	✓	✓
2	Gafas de Seguridad	✓	✓	✓
3	Careta y/o Visor	✓	✓	✓
4	Mascarilla Convencional	✓	✓	✓
5	Respirador N 95	✓	✓	✓
6	Gautes	✓	✓	✓
7	Bata Antifluidos	✓	✓	✓
8	Protector Auditivo	✓	✓	✓
9	Delantal Plástico	✓	✓	✓
10	Delantal en PVC	✓	✓	✓
11	Botas	✓	✓	✓
12	Traje Especial	✓	✓	✓
13	Otro ()	✓	✓	✓
Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal				
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: SEÑALE CON UNA (X) SEGÚN OPCIÓN				
1	Elemento dañado			
2	No Disponible			
3	Ovido			
4	Desconoce Estándar			
5	Otras Observaciones:			
Estándares a evaluar				
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: MARQUE SI NO NA SEGÚN EL CASO				
1	Realiza lavado de manos antes y después de cada procedimiento, o realiza la fricción antiséptica si no amerita lavado de manos.	Si	Si	Si
2	Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.	Si	Si	Si
3	Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de aerosoles, gotas, salpicaduras o derrames.	Si	Si	Si
4	Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos: Aislamiento Respiratorio Aéreo o por gotas: Mascarilla quirúrgica, guantes, gafas. Aislamiento Respiratorio por aerosoles: Mascarilla de alta eficiencia N95, gafas y guantes. Aislamiento por contacto: Bata, guantes, gafas y gorro.	Si	Si	Si

CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS		Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad		Código: SST-FR-090		Fecha: 8/Abnl/2020		Versión: 002	
5	Siempre descarta los cortopunzantes inmediatamente, al terminar el procedimiento, evitando reencapsular agujas y doblar o partir cuchillas.	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
6	Verifica el estado del guardián antes de su uso.	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
7	Realiza el descarte de residuos adecuadamente en los recipientes destinados para tal fin al finalizar el procedimiento.	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
8	Mantiene el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene, orden y aseo.	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
9	El personal asistencial utiliza calzado cerrado, sin orificios y con suela antideslizante.	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
10	El personal asistencial no utiliza joyas durante la realización de los procedimientos como: anillos, cadenas, pulseras, etc.	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
TOTAL ÍTEMOS OBSERVADOS									
TOTAL ÍTEMOS QUE CUMPLEN									
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO									
FIRMA DEL COLABORADOR		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p><i>Dianna V. Doria S.</i></p> <p><i>Eny Viquez</i></p> </div> <div> <p><i>Eny Viquez</i></p> <p><i>Eny Viquez</i></p> </div> </div>							
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS									
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS QUE CUMPLEN									
CUMPLIMIENTO SERVICIO: No. Trabajadores que cumplen/Total									

CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS		Código: SST-FR-090		Fecha: 8/abril/2020		Versión: 002	
Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad							
NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA: <i>Glenn Hernandez</i>							
FECHA DE INSPECCION: <i>05/04/2020</i>							
SERVICIO: <i>CT</i>							
TURNO: <i>M</i>							
PROCEDIMIENTO OBSERVADO: <i>CT</i>							
TRABAJADORES OBSERVADOS: Trabajador No 1: <i>Manoel Huchel</i> Trabajador No 2: <i>Roberto Rueda</i> Trabajador No 3: <i>Diana</i> Trabajador No 4: <i>Don</i>							
Uso de Elementos de Protección Personal/Cumplimiento							
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NT: NO TIENE NA: NO APLICA							
1	Gorro						
2	Gafas de Seguridad						
3	Careta y/o Visor						
4	Mascarilla Convencional						
5	Respirador N 95						
6	Gautes						
7	Bata Antifluidos						
8	Protector Auditivo						
9	Delantal Plástico						
10	Delantal en PVC						
11	Botas						
12	Traje Especial						
13	Otro ()						
Razón de No Uso del Elemento de Protección Personal							
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: SEÑALE CON UNA (X) SEGUN OPCION							
1	Elemento dañado						
2	No Disponible						
3	Oviedo						
4	Desconoce Estándar						
5	Otras Observaciones:						
Estándares a evaluar							
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: MARQUE SI NO NA SEGUN EL CASO							
1	Realiza lavado de manos antes y después de realizar la función antiséptica, si no amenaza lavado de manos.	SI					
2	Utiliza siempre los EPP requeridos de acuerdo al procedimiento a realizar y hasta el final del mismo.	SI					
3	Realiza los procedimientos empleando técnicas correctas para minimizar riesgo de derrames, aerosoles, gotas, salpicaduras o	SI					
4	Verifica el tipo de aislamiento y utiliza los EPP requeridos: Aislamiento Respiratorio Aéreo o por gotas: Mascarilla quirúrgica, guantes, gafas. Aislamiento Respiratorio por aerosoles: Mascarilla de alta eficiencia N95, gafas y guantes. Aislamiento por contacto: Bata, guantes, gafas y gorro.	SI					

CUMPLIMIENTO SERVICIO : No. Trabajadores que cumplen/Total Trabajadores Observados*100	
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS	
TOTAL TRABAJADORES OBSERVADOS	
FIRMA DEL COLABORADOR	
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	
TOTAL ITEMS QUE CUMPLEN	
TOTAL ITEMS OBSERVADOS	
10	El personal asistencial no utiliza joyas durante la realización de los procedimientos como: anillos, cadenas, pulseras, etc.
9	El personal asistencial utiliza con suela antideslizante, calzado cerrado, sin ornamentos y
8	Mantiene el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene, orden y aseo.
7	Realiza el descarte de residuos adecuadamente en los recipientes destinados para tal fin al finalizar el procedimiento.
6	Verifica el estado del guardián antes de su uso.
5	Siempre descarta los cortopunzantes inmediatamente al terminar el procedimiento, evitando reencapsular agujas y doblar o partir cuchillas.

Código: SST-FR-090

Fecha: 8/Abril/2020

Versión: 002

Formato: Lista de Verificación adherencia al uso de Elementos de Protección Personal y Bioseguridad

CLÍNICA NUESTRA
SEÑORA DE LOS REMEDIOS