

**INFORME DE AUTOEVALUACIÓN**

**ESTÁNDAR GENERAL**

**PARA PRESTADORES INSTITUCIONALES DE**

**Atención PSQUIÁTRICA CERRADA**

**(Formato aprobado por circular ip/N° 9, de fecha 03-09-2010)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **nOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL PROPIETARIO DEL ESTABLECIMIENTO** | **rut** | **firma** |

dd - mm - año

**FORMATO PARA LA CONFECCIÓN DEL INFORME DE AUTOEVALUACIÓN para PRESTADORES INSTITUCIONALES de atención PSIQUIÁTRICA Cerrada**

**Aplicable al “Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Psiquiátrica Cerrada”**

1. **Individualización y Caracterización General del Prestador Institucional**

**A-. Antecedentes del Prestador**

|  |
| --- |
| Nombre del Establecimiento: |
| RUT |
| Dirección |
| Comuna: Ciudad: |
| Región: |

**B-. AUTORIZACIÓN SANITARIA**

Registre los antecedentes solicitados en la siguiente tabla respecto a las resoluciones de autorización sanitaria de las instalaciones y/o equipos con que cuenta la institución, en caso de no contar con alguna de las individualizadas a continuación, informar No aplica (N/A), agregue aquellas instalaciones con las que cuente y no se encuentran en el listado.

B.1. ***INSTALACION Y FUNCIONAMIENTO***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N° resolución | Tipo de Prestador | | | Fecha | Autoridad que la dicta | Dirección o ubicación |
|  | Clínica | Hospital | Establecimiento Corta Estadía |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

*B.2* ***DIRECTOR TÉCNICO***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre | N° resolución | Fecha | Autoridad que la dicta |
|  |  |  |  |

B.3 ***CAMAS***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Dependencias del prestador | Unidades Autorizadas | N° resolución | Fecha | Autoridad que la dicta | Dirección o Ubicación \* | N/A |
| ***Dotación camas*** | | | | | |  |
| Camas Adulto |  |  |  |  |  |  |
| Camas Pediátricas |  |  |  |  |  |  |
| Camas Totales |  |  |  |  |  |  |
| Camillas Unidad de Emergencia Adulto |  |  |  |  |  |  |
| Camillas Unidad de Emergencia Pediátrica |  |  |  |  |  |  |
| Otras ( especifique) |  |  |  |  |  |  |

\* Registre la dirección o ubicación que señale la Autorización Sanitaria vigente, en caso de no contar con dicha información en documento, consigne S/I (sin información)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| B.4 ***Salas de Procedimientos*** | | | | |
|  | Unidades Autorizadas | N° resolución | Fecha | Autoridad que la dicta | Dirección o Ubicación \* | N/A |
| ***Por Sistema*** |  |  |  |  |  |  |
| Neurología |  |  |  |  |  |  |
| Otro ( especifique) |  |  |  |  |  |  |
| ***Por tipo de procedimiento*** |  |  |  |  |  |  |
| Toma de Muestra |  |  |  |  |  |  |
| Médicos |  |  |  |  |  |  |
| Enfermería |  |  |  |  |  |  |
| Médicos y de Enfermería |  |  |  |  |  |  |
| Reanimación |  |  |  |  |  |  |
| Otro ( especifique) |  |  |  |  |  |  |

\* Registre la dirección o ubicación que señale la Autorización Sanitaria vigente, en caso de no contar con dicha información en documento, consigne S/I (sin información)

B.5 ***SERVICIOS DE APOYO***

**LABORATORIO CLÍNICO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | Unidades Autorizadas | | | N° resolución | | | Fecha | | Autoridad que la dicta | | Dirección o Ubicación \* | N/A |
| Instalación y funcionamiento | |  | | |  | | |  | |  | |  |  |
| Sala de toma de muestra | |  | | |  | | |  | |  | |  |  |
| Sala Externa de toma de muestra | |  | | |  | | |  | |  | |  |  |
|  | |  | | |  | | |  | |  | |  |  |
| Tipo de exámenes autorizados | | | | | | | | | | | | |  |
| HEMATOLOGÍA |  | | BIOQUÍMICA |  | | | MICROBIOLOGÍA | | |  | BIOLOGÍA MOLECULAR | |  |
|  | | Nombre del profesional | | | | N° resolución | | | Fecha | | | Autoridad que la dicta | Dirección o ubicación |
| Director técnico | |  | | | |  | | |  | | |  |  |

\* Registre la dirección o ubicación que señale la Autorización Sanitaria vigente, en caso de no contar con dicha información en documento, consigne S/I (sin información)

**servicio de transporte de enfermos**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Vehículo* | *Año* | *Marca* | | | *Modelo* | Unidades Autorizadas | | | N° resolución | | Fecha | | Autoridad que la dicta | Dirección o Ubicación \* | | N/A |
|  |  |  | | |  |  | | |  | |  | |  |  | |  |
|  |  |  | | |  |  | | |  | |  | |  |  | |  |
|  |  |  | | |  |  | | |  | |  | |  |  | |  |
|  |  |  | | |  |  | | |  | |  | |  |  | |  |
|  |  |  | | |  |  | | |  | |  | |  |  | |  |
|  |  |  | | |  |  | | |  | |  | |  |  | |  |
| TIPO DE MÓVIL: | | | MEDICALIZADA  (M3) | | | |  | AVANZADA (M2) | |  | | BASICA (M1) | | |  |  |
|  | | | | Nombre del profesional /RUT | | | | | N° resolución | | Fecha | | | Autoridad que la dicta | | Dirección o ubicación |
| Director técnico | | | |  | | | | |  | |  | | |  | |  |

\* Registre la dirección o ubicación que señale la Autorización Sanitaria vigente, en caso de no contar con dicha información en documento, consigne S/I (sin información)

**esterilización**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Unidades Autorizadas | N° resolución | Fecha | Autoridad que la dicta | Dirección o Ubicación \* | N/A |
| Instalación y funcionamiento |  |  |  |  |  |  |
| autoclave |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

\* Registre la dirección o ubicación que señale la Autorización Sanitaria vigente, en caso de no contar con dicha información en documento, consigne S/I (sin información)

**farmacia / BOTIQUIN**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Unidades Autorizadas | N° resolución | Fecha | Autoridad que la dicta | Dirección o Ubicación \* | N/A |
| Instalación y funcionamiento |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | Nombre del profesional /RUT | N° resolución | Fecha | | Autoridad que la dicta | Dirección o ubicación |
| Director técnico |  |  |  | |  |  |

\* Registre la dirección o ubicación que señale la Autorización Sanitaria vigente, en caso de no contar con dicha información en documento, consigne S/I (sin información)

B.*6* ***OTRAS INSTALACIONES (ESPECIFIQUE)***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Unidades Autorizadas | N° resolución | Fecha | Autoridad que la dicta | Dirección o Ubicación \* |
| Instalación y funcionamiento |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | Nombre del profesional /RUT | N° resolución | Fecha | Autoridad que la dicta |  |
| Director técnico |  |  |  |  |  |

B.7 ***señale soLicitudes DE MODIFICACIÓN de autorización sanitaria pendientes POR RESOLVER***

***(Incluya todas las solicitudes ingresadas a la SEREMI correspondiente y que se encuentran en trámite)***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Modificación solicitada | Fecha solicitud | Autoridad Sanitaria |
|  |  |  |

**C-. FICHA TÉCNICA**

Cuenta con ficha técnica completa y actualizada en la Intendencia de Prestadores de la Superintendencia de Salud.

Si No

Si la respuesta es Sí, ¿Cuál es el código asignado**?**

**D-. Procesos Clínicos asociados a la seguridad del paciente**

Describa los diez (10) procesos de mayor relevancia clínica que se realizan en su institución, y si correspondiera, las medidas de mejora continua que ha implementado en ellos, desde la perspectiva de la seguridad de la atención:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| N° | Proceso de relevancia clínica | Medida de mejoría continua |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |
| 6 |  |  |
| 7 |  |  |
| 8 |  |  |

1. **Proceso de Autoevaluación**

**2.1 Cronología de eventos en los que se enmarcó LA PREPARACION DE LA INSTITUCION PARA EL proceso de autoevaluación**

2.1.1 Fecha de inicio de preparación de la institución

dd/mm/aaaa

para la solicitud de la acreditación:

dd/mm/aaaa

2.1.2 Fecha de inicio del último proceso de autoevaluación:

2.1.3 Fecha de término del último proceso de

dd/mm/aaaa

Autoevaluación:

dd/mm/aaaa

2.1.4 Fecha de confección del informe de la última

Autoevaluación

mm/ aaaa

2.1.5 Período de preparación estimado para solicitar

la acreditación

**2.2 Describa brevemente el plan de trabajo ejecutado por la institución para LA PREPARACION Del proceso de autoevaluación**

|  |
| --- |
| **Breve reseña de la incorporación de la gestión de calidad en la institución (inicios, participación y compromiso del equipo directivo y personal de la institución)** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **Descripción del plan de trabajo para la preparación del proceso de autoevaluación** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

## PROCESO DE autoevaluación RESPECTO DEL “ESTÁNDAR General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención PSIQUIÁTRICA Cerrada”

## ÁMBITO: RESPETO A LA DIGNIDAD DEL PACIENTE (DP)

***El prestador institucional provee una atención que respeta la dignidad del paciente y resguarda principios éticos esenciales y de protección de derechos humanos en el trato que se le otorga.***

Complete la siguiente tabla:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Componentes | Describa los resultados o situación observada en su evaluación respecto de cada característica | Metodología de evaluación utilizada | Medidas de aseguramiento o mejoramiento que se implementaron a partir de la autoevaluación |
| DP 1.1 |  |  |  |
| DP 1.2 |  |  |  |
| DP 1.3 |  |  |  |
| DP 2.1 |  |  |  |
| DP 3.1 |  |  |  |
| DP 4.1 |  |  |  |
| DP 4.2 |  |  |  |
| DP 5.1 |  |  |  |

Señale las ***características que no aplican en este ámbito***, fundamente su respuesta

|  |  |
| --- | --- |
| **Característica** | **Fundamento** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Respecto de las ***características que le son obligatorias describa*** como se evidencia su cumplimiento para este ámbito.

|  |  |
| --- | --- |
| **Característica** | **Descripción de las condiciones de cumplimiento** |
| DP 1.1 |  |
| DP 2.1 |  |
| DP 3.1 |  |

Señale los puntos de verificación que **“no aplican”** para las características obligatorias.

|  |  |
| --- | --- |
| **Característica** | **Fundamento** |
| DP 1.1 |  |
| DP 2.1 |  |

## ÁMBITO: GESTIÓN DE LA CALIDAD (CAL)

***El prestador institucional cuenta con política y programa orientados a garantizar la calidad y seguridad de las prestaciones otorgadas a los pacientes***.

Complete la siguiente tabla:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Componentes | Describa los resultados o situación observada en su evaluación respecto de esta característica | Metodología de autoevaluación utilizada | Medidas de aseguramiento o mejoramiento que se implementaron a partir de la autoevaluación |
| CAL 1.1 |  |  |  |
| CAL 1.2 |  |  |  |

Señale las ***características que no aplican en este ámbito***, fundamente su respuesta

|  |  |
| --- | --- |
| **Característica** | **Fundamento** |
|  |  |

Respecto de las ***características que le son obligatorias describa*** como se evidencia su cumplimiento para este ámbito.

|  |  |
| --- | --- |
| **Característica** | **Descripción de las condiciones de cumplimiento** |
| CAL 1.1 |  |

**ÁMBITO: GESTIÓN CLINICA (GC)**

***El prestador institucional provee condiciones para la entrega de acciones de salud seguras.***

Complete la siguiente tabla:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Componentes | Describa los resultados o situación observada en su evaluación respecto de esta característica | Metodología de autoevaluación utilizada | Medidas de aseguramiento o mejoramiento que se implementaron a partir de la autoevaluación |
| GCL 1.1 |  |  |  |
| GCL 1.2 |  |  |  |
| GCL 1.3 |  |  |  |
| GCL 1.4 |  |  |  |
| GCL 1.5 |  |  |  |
| GCL 2.1 |  |  |  |
| GCL 2.2 |  |  |  |
| GCL 2.3 |  |  |  |
| GCL 3.1 |  |  |  |
| GCL 3.2 |  |  |  |

Señale las ***características que no aplican en este ámbito***, fundamente su respuesta

|  |  |
| --- | --- |
| **Característica** | **Fundamento** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Respecto de las ***características que le son obligatorias describa*** como se evidencia su cumplimiento para este ámbito.

|  |  |
| --- | --- |
| **Característica** | **Descripción de las condiciones de cumplimiento** |
| GCL 1.2 |  |
| GCL 1.3 |  |
| GCL 2.1 |  |

Señale los puntos de verificación que **“no aplican”** para las características obligatorias.

|  |  |
| --- | --- |
| **Característica** | **Fundamento** |
| GCL 1.2 |  |
| GCL 1.3 |  |
| GCL 2.1 |  |

## ÁMBITO: ACCESO, OPORTUNIDAD Y CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN (AOC)

***El prestador institucional posee una política orientada a proporcionar la atención necesaria a sus pacientes, en forma oportuna, expedita y coordinada, tomando en consideración prioridades dadas por la gravedad de los cuadros clínicos y la presencia de factores de riesgo.***

Complete la siguiente tabla:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Componentes | Describa los resultados o situación observada en su evaluación respecto de esta característica | Metodología de autoevaluación utilizada | Medidas de aseguramiento o mejoramiento que se implementaron a partir de la autoevaluación |
| AOC 1.1 |  |  |  |
| AOC 1.2 |  |  |  |
| AOC 2.1 |  |  |  |
| AOC 2.2 |  |  |  |

Señale las ***características que no aplican en este ámbito***, fundamente su respuesta

|  |  |
| --- | --- |
| **Característica** | **Fundamento** |
|  |  |
|  |  |

Respecto de las ***características que le son obligatorias describa*** como se evidencia su cumplimiento para este ámbito.

|  |  |
| --- | --- |
| **Característica** | **Descripción de las condiciones de cumplimiento** |
| AOC 1.1 |  |
| AOC 1.2 |  |

Señale los puntos de verificación que **“no aplican”** para las características obligatorias.

|  |  |
| --- | --- |
| **Característica** | **Fundamento** |
| AOC 1.1 |  |
| AOC 1.2 |  |

## ÁMBITO: COMPETENCIAS DEL RECURSO HUMANO (RH)

***La atención de salud de los pacientes es realizada por personal que cumple con el perfil requerido, en términos de habilitación y competencias.***

Complete la siguiente tabla:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Componentes | Describa los resultados o situación observada en su evaluación respecto de esta característica | Metodología de autoevaluación utilizada | Medidas de aseguramiento o mejoramiento que se implementaron a partir de la autoevaluación |
| RH 1.1 |  |  |  |
| RH 1.2 |  |  |  |
| RH 1.3 |  |  |  |
| RH 2.1 |  |  |  |
| RH 2.2 |  |  |  |
| RH 3.1 |  |  |  |
| RH 4.1 |  |  |  |
| RH 4.2 |  |  |  |

Señale las ***características que no aplican en este ámbito***, fundamente su respuesta

|  |  |
| --- | --- |
| **Característica** | **Fundamento** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Respecto de las ***características que le son obligatorias describa*** como se evidencia su cumplimiento para este ámbito.

|  |  |
| --- | --- |
| **Característica** | **Descripción de las condiciones de cumplimiento** |
| RH 1.1 |  |

## ÁMBITO: REGISTROS (REG)

***El prestador institucional cuenta con un sistema estandarizado de registro de datos clínicos y administrativos de los pacientes.***

Complete la siguiente tabla:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Componentes | Describa los resultados o situación observada en su evaluación respecto de esta característica | Metodología de autoevaluación utilizada | Medidas de aseguramiento o mejoramiento que se implementaron a partir de la autoevaluación |
| REG 1.1 |  |  |  |
| REG 1.2 |  |  |  |
| REG 1.3 |  |  |  |
| REG 1.4 |  |  |  |

Señale las ***características que no aplican en este ámbito***, fundamente su respuesta

|  |  |
| --- | --- |
| **Característica** | **Fundamento** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Respecto de las ***características que le son obligatorias describa*** como se evidencia su cumplimiento para este ámbito.

|  |  |
| --- | --- |
| **Característica** | **Descripción de las condiciones de cumplimiento** |
| REG 1.1 |  |

## 

## ÁMBITO: SEGURIDAD DEL EQUIPAMIENTO (EQ)

***El equipamiento clínico cumple con las condiciones necesarias de seguridad para su funcionamiento y es operado de manera adecuada.***

Complete la siguiente tabla:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Componentes | Describa los resultados o situación observada en su evaluación respecto de cada característica | Metodología de evaluación utilizada | Medidas de aseguramiento o mejoramiento que se implementaron a partir de la autoevaluación |
| EQ 1.1 |  |  |  |
| EQ 1.2 |  |  |  |
| EQ 2.1 |  |  |  |
| EQ 3.1 |  |  |  |

Señale las ***características que no aplican en este ámbito***, fundamente su respuesta

|  |  |
| --- | --- |
| **Característica** | **Fundamento** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

## ÁMBITO: SEGURIDAD DE LAS INSTALACIONES (INS)

***Las instalaciones del prestador institucional cumplen las condiciones necesarias para garantizar la seguridad de los usuarios.***

Complete la siguiente tabla:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Componentes | Describa los resultados o situación observada en su evaluación respecto de cada característica | Metodología de evaluación utilizada | Medidas de aseguramiento o mejoramiento que se implementaron a partir de la autoevaluación |
| INS 1.1 |  |  |  |
| INS 2.1 |  |  |  |
| INS 2.2 |  |  |  |
| INS 3.1 |  |  |  |
| INS 3.2 |  |  |  |

Señale las ***características que no aplican en este ámbito***, fundamente su respuesta

|  |  |
| --- | --- |
| **Característica** | **Fundamento** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Respecto de las ***características que le son obligatorias describa*** como se evidencia su cumplimiento para este ámbito.

|  |  |
| --- | --- |
| **Característica** | **Descripción de las condiciones de cumplimiento** |
| INS 2.1 |  |

Señale los puntos de verificación que **“no aplican”** para las características obligatorias.

|  |  |
| --- | --- |
| **Característica** | **Fundamento** |
| INS 2.1 |  |

## ÁMBITO SERVICIOS DE APOYO (AP)

***El prestador institucional provee servicios de apoyo que resguardan la seguridad de los pacientes.***

***Componente APL Laboratorio clínico***

***Los exámenes de laboratorio clínico se efectúan en condiciones que garantizan la seguridad de los pacientes.***

Complete la siguiente tabla:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Componentes | Describa los resultados o situación observada en su evaluación respecto de cada característica | Metodología de evaluación utilizada | Medidas de aseguramiento o mejoramiento que se implementaron a partir de la autoevaluación |
| APL 1.1 |  |  |  |
| APL 1.2 |  |  |  |
| APL 1.3 |  |  |  |
| APL 1.4 |  |  |  |
| APL 1.5 |  |  |  |

Señale las ***características que no aplican en este ámbito***, fundamente su respuesta

|  |  |
| --- | --- |
| **Característica** | **Fundamento** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

***Componente APF Farmacia***

***El prestador institucional asegura que los servicios y los productos entregados por farmacia sean de la calidad requerida para la seguridad de los pacientes.***

Complete la siguiente tabla:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Componentes | Describa los resultados o situación observada en su evaluación respecto de cada característica | Metodología de evaluación utilizada | Medidas de aseguramiento o mejoramiento que se implementaron a partir de la autoevaluación |
| APF 1.1 |  |  |  |
| APF 1.2 |  |  |  |
| APF 1.3 |  |  |  |
| APF 1.4 |  |  |  |

Señale las ***características que no aplican en este ámbito***, fundamente su respuesta

|  |  |
| --- | --- |
| **Característica** | **Fundamento** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

***Componente APE Esterilización***

***Los procesos de esterilización y desinfección de materiales y elementos clínicos se efectúan en condiciones que garantizan la seguridad de los pacientes***

Complete la siguiente tabla:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Componentes | Describa los resultados o situación observada en su evaluación respecto de cada característica | Metodología de evaluación utilizada | Medidas de aseguramiento o mejoramiento que se implementaron a partir de la autoevaluación |
| APE 1.1 |  |  |  |
| APE 1.2 |  |  |  |
| APE 1.3 |  |  |  |
| APE 1.4 |  |  |  |

Señale las ***características que no aplican en este ámbito***, fundamente su respuesta

|  |  |
| --- | --- |
| **Característica** | **Fundamento** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

***Componente APT Transporte de pacientes***

***El transporte de pacientes se efectúa en condiciones que garantizan su seguridad.***

Complete la siguiente tabla:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Componentes | Describa los resultados o situación observada en su evaluación respecto de cada característica | Metodología de evaluación utilizada | Medidas de aseguramiento o mejoramiento que se implementaron a partir de la autoevaluación |
| APT 1.1 |  |  |  |
| APT 1.2 |  |  |  |

Señale las ***características que no aplican en este ámbito***, fundamente su respuesta

|  |  |
| --- | --- |
| **Característica** | **Fundamento** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

***Componente API Imagenología***

***Los procedimientos de imagenología se efectúan en condiciones que garantizan la seguridad de los pacientes***

Complete la siguiente tabla:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Componentes | Describa los resultados o situación observada en su evaluación respecto de cada característica | Metodología de evaluación utilizada | Medidas de aseguramiento o mejoramiento que se implementaron a partir de la autoevaluación |
| API 1.1 |  |  |  |

Si la ***característica no aplica***, fundamente su respuesta

|  |  |
| --- | --- |
| **Característica** | **Fundamento** |
|  |  |

**4. Identificación de los profesionales que dirigen y realizan el proceso de autoevaluación**

**Nombre a los directivos que acompañaron la preparación de la institución para la acreditación, y a los profesionales y personal que participaron activamente en este proceso**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Apellido Paterno** | **Apellido Materno** | **Nombres** | **RUT** | **Profesión** | **Cargo o Función** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**5. si es pertinente Identifique la(s) entidades asesoras y/o profesionales externos que acompaÑaron a la institucion en los Últimos doce meses para la preparaciÓn deL PROCESO DE ACREDITACIÓN Y AUTOEVALUACIÓN**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Apellido Paterno** | **Apellido Materno** | **Nombres** | **RUT** | **Profesión** | **Entidad Asesora** | **Período de asesoría** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**6. INDICADORES UTILIZADOS**

**PRESTADORES INSTITUCIONALES DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA CERRADA**

Informe los indicadores que su institución monitorea para las características que se señalan a continuación, que deben ser pertinentes para lo solicitado en la característica para su institución.

En caso de monitorear más de 1 indicador por característica, insertar dichos indicadores.

|  |  |
| --- | --- |
| **CÓDIGO DE LA CARACTERÍSTICA** | **GCL 1.1** |
| Enunciado o descripción del Indicador Medido |  |
| Formato o Expresión Matemática del Indicador |  |
| Umbral definido |  |
| Periodicidad de la evaluación |  |
| Período evaluado en el indicador (señale los meses de retrospectividad evaluados) |  |
| Punto verificador en que se mide este indicador |  |
| **CÓDIGO DE LA CARACTERÍSTICA** | **GCL 1.3** |
| Enunciado o descripción del Indicador Medido |  |
| Formato o Expresión Matemática del Indicador |  |
| Umbral definido |  |
| Periodicidad de la evaluación |  |
| Período evaluado en el indicador (señale los meses de retrospectividad evaluados) |  |
| Punto verificador en que se mide este indicador |  |
| **CÓDIGO DE LA CARACTERÍSTICA** | **GCL 1.5** |
| Enunciado o descripción del Indicador Medido |  |
| Formato o Expresión Matemática del Indicador |  |
| Umbral definido |  |
| Periodicidad de la evaluación |  |
| Período evaluado en el indicador (señale los meses de retrospectividad evaluados) |  |
| Punto verificador en que se mide este indicador |  |
| **CÓDIGO DE LA CARACTERÍSTICA** | **GCL 2.1** |
| Enunciado o descripción del Indicador Medido |  |
| Formato o Expresión Matemática del Indicador |  |
| Umbral definido |  |
| Periodicidad de la evaluación |  |
| Período evaluado en el indicador (señale los meses de retrospectividad evaluados) |  |
| Punto verificador en que se mide este indicador |  |
| **CÓDIGO DE LA CARACTERÍSTICA** | **GCL 2.2** |
| Enunciado o descripción del Indicador Medido |  |
| Formato o Expresión Matemática del Indicador |  |
| Umbral definido |  |
| Periodicidad de la evaluación |  |
| Período evaluado en el indicador (señale los meses de retrospectividad evaluados) |  |
| Punto verificador en que se mide este indicador |  |
| **CÓDIGO DE LA CARACTERÍSTICA** | **GCL 3.1** |
| Enunciado o descripción del Indicador Medido |  |
| Formato o Expresión Matemática del Indicador |  |
| Umbral definido |  |
| Periodicidad de la evaluación |  |
| Período evaluado en el indicador (señale los meses de retrospectividad evaluados) |  |
| Punto verificador en que se mide este indicador |  |
| **CÓDIGO DE LA CARACTERÍSTICA** | **GCL 3.2** |
| Enunciado o descripción del Indicador Medido |  |
| Formato o Expresión Matemática del Indicador |  |
| Umbral definido |  |
| Periodicidad de la evaluación |  |
| Período evaluado en el indicador (señale los meses de retrospectividad evaluados) |  |
| Punto verificador en que se mide este indicador |  |
| **CÓDIGO DE LA CARACTERÍSTICA** | **AOC 1.2** |
| Enunciado o descripción del Indicador Medido |  |
| Formato o Expresión Matemática del Indicador |  |
| Umbral definido |  |
| Periodicidad de la evaluación |  |
| Período evaluado en el indicador (señale los meses de retrospectividad evaluados) |  |
| Punto verificador en que se mide este indicador |  |
| **CÓDIGO DE LA CARACTERÍSTICA** | **RH 4.2** |
| Enunciado o descripción del Indicador Medido |  |
| Formato o Expresión Matemática del Indicador |  |
| Umbral definido |  |
| Periodicidad de la evaluación |  |
| Período evaluado en el indicador (señale los meses de retrospectividad evaluados) |  |
| Punto verificador en que se mide este indicador |  |
| **CÓDIGO DE LA CARACTERÍSTICA** | **REG 1.2** |
| Enunciado o descripción del Indicador Medido |  |
| Formato o Expresión Matemática del Indicador |  |
| Umbral definido |  |
| Periodicidad de la evaluación |  |
| Período evaluado en el indicador (señale los meses de retrospectividad evaluados) |  |
| Punto verificador en que se mide este indicador |  |
| **CÓDIGO DE LA CARACTERÍSTICA** | **REG 1.3** |
| Enunciado o descripción del Indicador Medido |  |
| Formato o Expresión Matemática del Indicador |  |
| Umbral definido |  |
| Periodicidad de la evaluación |  |
| Período evaluado en el indicador (señale los meses de retrospectividad evaluados) |  |
| Punto verificador en que se mide este indicador |  |
| **CÓDIGO DE LA CARACTERÍSTICA** | **REG 1.4** |
| Enunciado o descripción del Indicador Medido |  |
| Formato o Expresión Matemática del Indicador |  |
| Umbral definido |  |
| Periodicidad de la evaluación |  |
| Período evaluado en el indicador (señale los meses de retrospectividad evaluados) |  |
| Punto verificador en que se mide este indicador |  |
| **CÓDIGO DE LA CARACTERÍSTICA** | **APL 1.2** |
| Enunciado o descripción del Indicador Medido |  |
| Formato o Expresión Matemática del Indicador |  |
| Umbral definido |  |
| Periodicidad de la evaluación |  |
| Período evaluado en el indicador (señale los meses de retrospectividad evaluados) |  |
| Punto verificador en que se mide este indicador |  |
| **CÓDIGO DE LA CARACTERÍSTICA** | **APL 1.3** |
| Enunciado o descripción del Indicador Medido |  |
| Formato o Expresión Matemática del Indicador |  |
| Umbral definido |  |
| Periodicidad de la evaluación |  |
| Período evaluado en el indicador (señale los meses de retrospectividad evaluados) |  |
| Punto verificador en que se mide este indicador |  |
| **CÓDIGO DE LA CARACTERÍSTICA** | **APF 1.3** |
| Enunciado o descripción del Indicador Medido |  |
| Formato o Expresión Matemática del Indicador |  |
| Umbral definido |  |
| Periodicidad de la evaluación |  |
| Período evaluado en el indicador (señale los meses de retrospectividad evaluados) |  |
| Punto verificador en que se mide este indicador |  |
| **CÓDIGO DE LA CARACTERÍSTICA** | **APF 1.4** |
| Enunciado o descripción del Indicador Medido |  |
| Formato o Expresión Matemática del Indicador |  |
| Umbral definido |  |
| Periodicidad de la evaluación |  |
| Período evaluado en el indicador (señale los meses de retrospectividad evaluados) |  |
| Punto verificador en que se mide este indicador |  |
| **CÓDIGO DE LA CARACTERÍSTICA** | **APE 1.3 (Indicador 1)** |
| Enunciado o descripción del Indicador Medido |  |
| Formato o Expresión Matemática del Indicador |  |
| Umbral definido |  |
| Periodicidad de la evaluación |  |
| Período evaluado en el indicador (señale los meses de retrospectividad evaluados) |  |
| Punto verificador en que se mide este indicador |  |
| **CÓDIGO DE LA CARACTERÍSTICA** | **APE 1.3 (Indicador 2)** |
| Enunciado o descripción del Indicador Medido |  |
| Formato o Expresión Matemática del Indicador |  |
| Umbral definido |  |
| Periodicidad de la evaluación |  |
| Período evaluado en el indicador (señale los meses de retrospectividad evaluados) |  |
| Punto verificador en que se mide este indicador |  |
| **CÓDIGO DE LA CARACTERÍSTICA** | **APE 1.4** |
| Enunciado o descripción del Indicador Medido |  |
| Formato o Expresión Matemática del Indicador |  |
| Umbral definido |  |
| Periodicidad de la evaluación |  |
| Período evaluado en el indicador (señale los meses de retrospectividad evaluados) |  |
| Punto verificador en que se mide este indicador |  |

**7. EVENTOS ADVERSOS**

**Mencione los eventos adversos que su institución tiene en su sistema de vigilancia activa para cada uno de los servicios o unidades que le aplican:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Unidad o Servicio** | **Eventos Adversos que se vigilan** |
|  |  |
|  |  |

**8. CARTERA DE SERVICIOS**

**Mencione o anexe cartera de servicios de su Institución (productos o servicios del establecimiento de acuerdo al modelo de producción adoptado y definido)**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**9. ORGANIGRAMA**

**Anexar organigrama del Establecimiento.**

**10. PLANOS O CROQUIS DEL ESTABLECIMIENTO**

**Anexar planos esquemáticos o croquis de la Institución, considerando las actuales instalaciones.**