

**INFORME DE AUTOEVALUACIÓN**

**ESTÁNDAR GENERAL**

**PARA PRESTADORES INSTITUCIONALES**

**ATENCIÓN ODONTOLÓGICA**

**(Formato aprobado por circular ip/N°09, 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 establecimientos DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA**

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

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. **INSTALACIóN Y FUNCIONAMIENTO**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Contenido Resolución** | **N° Resolución** | **Tipo de Prestador** | **Fecha** | **Autoridad que la dicta** | **Dirección del Prestador** |
|  |   |  |   |   |   |
|  |   |  |   |   |   |
|  |   |  |   |   |   |

B.2 **DIRECTOR/A TÉCNICO/A**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre / Rut** | **N° Resolución** | **Fecha** | **Autoridad que la dicta** |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| B.3 **PABELLONES** |
| **Pabellones** | **Unidades Autorizadas** | **N°** **Resolución** | **Fecha** | **Autoridad que la dicta** | **Ubicación \***  | **N/A** |
| Pabellón de Cirugía Mayor Ambulatoria |  |  |  |  |  |   |
| Pabellón de Cirugía Menor |  |  |  |  |  |  |
| Otros ( especifique) |  |  |  |  |  |  |
| \* Registre ubicación dentro del prestador de acuerdo a la Autorización Sanitaria vigente.B.4 **Salas de Procedimientos ODONTOLÓGICOS** |
| **Salas de Procedimientos****Odontológicos** | **Unidades Autorizadas** | **N° Resolución** | **Fecha** | **Autoridad que la dicta** | **Ubicación \***  | **N/A** |
| Unidad Dental Sillones |  |  |  |  |  |   |
| Otro ( especifique) |  |  |  |  |  |  |

\* Registre ubicación dentro del prestador de acuerdo a la Autorización Sanitaria vigente.

|  |
| --- |
| B.5 **Salas de Procedimientos**  |
| **Salas de Procedimientos** | **Unidades Autorizadas** | **N° Resolución** | **Fecha** | **Autoridad que la dicta** | **Ubicación \***  | **N/A** |
| Pabellón de yeso |  |  |  |  |  |  |
| Otro ( especifique) |  |  |  |  |  |  |

\* Registre ubicación dentro del prestador de acuerdo a la Autorización Sanitaria vigente.

B.6 **SALAS DE PROCEDIMIENTOS IMAGENOLÓGICOS**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Salas**  | **Unidades Autorizadas** | **N° Resolución** | **Fecha** | **Autoridad que la dicta** | **Ubicación \***  | **N/A** |
| Sala de procedimientos Rayos X Dental Intraoral |  |  |  |  |  |   |
| Sala de procedimientos Rayos X Dental Extraoral |  |  |  |  |  |   |
| Sala de Procedimientos de Scanner |  |  |  |  |  |  |
| Otros (especifique) |  |  |  |  |  |  |

\* Registre ubicación dentro del prestador de acuerdo a la Autorización Sanitaria vigente.

B.7 **EQUIPAMIENTO IMAGENOLÓGICO**

Si cuenta con alguno de los equipos listados a continuación, ingrese los datos solicitados

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Equipos** | **Marca****Modelo****N° de serie** | **N° Resolución** | **Fecha** | **Autoridad que la dicta** | **Ubicación\*** | **N/A** |
| Equipo de Rayos X Dental Intraoral Fijo |  |  |  |  |  |  |
| Equipo de Rayos X Dental Intraoral Móvil |  |  |  |  |  |  |
| Equipo de Rayos X Dental Extraoral  |  |  |  |  |  |  |
| Tomografía Dental (Scanner) |  |  |  |  |  |  |
| Otros especifique |  |  |  |  |  |  |

\* Registre ubicación dentro del prestador de acuerdo a la Autorización Sanitaria vigente.

B.8 **SERVICIOS DE APOYO**

B.8.1 **LABORATORIO DENTAL**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dependencias** | **Unidades Autorizadas** | **N° Resolución** | **Fecha** | **Autoridad que la dicta** | **Ubicación \***  | **N/A** |
| Instalación y funcionamiento  |  |  |  |  |  |   |
|  |
| **Director/a técnico/a Nombre / Rut** | **N° Resolución** | **Fecha** | **Autoridad que la dicta** |
|  |  |  |   |

\* Registre ubicación dentro del prestador de acuerdo a la Autorización Sanitaria vigente.

B.8.2 **esterilización**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dependencias** | **N° Resolución** | **Fecha** | **Autoridad que la dicta** | **Ubicación \*** | **N/A** |
| Instalación y funcionamiento |  |  |   |   |  |
| **Equipamiento / N° Registro** | **Marca****Modelo****Serie** | **N° Resolución** | **Fecha** | **Autoridad que la dicta** | **Ubicación\*** |
| Autoclave 1 /N° Registro |  |  |  |  |  |
| Autoclave 2 /N° Registro |  |  |  |  |  |
| **Director/a Técnico/a Nombre / Rut** | **N° Resolución** | **Fecha** | **Autoridad que la dicta** |
|  |  |  |  |

\* Registre ubicación en el prestador de acuerdo a la Autorización Sanitaria vigente.

B.8.3 **FARMACIA / BOTIQUÍN**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dependencias** | **N° Resolución** | **Fecha** | **Autoridad que la dicta** | **Ubicación \*** | **N/A** |
| Instalación y funcionamiento |  |  |   |   |  |
| **Encargado/a** **Farmacia / Botiquín Nombre / Rut** | **N° Resolución** | **Fecha** | **Autoridad que la dicta** |
|  |  |  |  |

\* Registre ubicación en el prestador de acuerdo a la Autorización Sanitaria vigente.

B.9 **OTRAS INSTALACIONES (ESPECIFIQUE)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dependencia** | **Unidades Autorizadas** | **N° resolución** | **Fecha** | **Autoridad que la dicta** | **Ubicación \*** |
|  |  |  |  |  |   |
|  |  |  |  |  |   |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

\* Registre ubicación en el prestador de acuerdo a la Autorización Sanitaria vigente.

B.10 **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** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

B.11 **SEÑALE PRESTADOR/ES, CONSIDERADOS COMO EXTERNOS; UBICADOS**

**DENTRO, CONTIGÜOS O** **ALREDEDOR, A SU INFRAESTRUCTURA FÍSICA, (ejemplo. Consultas externas, Centro Atención Ambulatoria, etc.)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre Prestador** | **Ubicación****(Dentro/****contiguo/****otro)** | **Prestaciones** **Entregadas** **(descripción general)** | **Fue considerado dentro del Actual Proceso (SI/NO)** | **Solicitó Pronunciamiento****(SI/NO)** |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |

**C-. FICHA TÉCNICA**

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

Sí No NA

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 mejora continua |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |
| 6 |  |  |
| 7 |  |  |
| 8 |  |  |
| 9 |  |  |
| 10 |  |  |

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:

dd/mm/aaaa

2.1.3 Fecha de término del último proceso de autoevaluación:

dd/mm/aaaa

2.1.4 Fecha de confección del informe de la última

Autoevaluación

dd/mm/ aaaa

2.1.5 Período 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 (Año en que se incorporó la Calidad como parte del trabajo en la institución, participación y compromiso del equipo directivo y personal de la institución)** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **Descripción del plan de trabajo para la preparación del proceso de autoevaluación** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**2.3 PROCESO DE autoevaluación RESPECTO DEL “ESTÁNDAR General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención ODONTOLÓGICA”**

Señale los **puntos de verificación** que **“no aplican”** en el prestador, **fundamente**.

|  |  |
| --- | --- |
| **Punto de Verificación** | **Fundamento** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

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

**El prestador institucional provee una atención que respeta la dignidad de las personas y resguarda principios éticos esenciales en el trato que se le otorga.**

Complete la siguiente tabla:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Características** | **Señale el Porcentaje de cumplimiento encontrado 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 |  |  |  |

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

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

**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 las personas en relación con acciones vinculadas a su atención de salud.**

Complete la siguiente tabla:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Características** | **Señale el Porcentaje de cumplimiento encontrado respecto de cada característica.** | **Metodología de autoevaluación utilizada** | **Medidas de aseguramiento o mejoramiento que se implementaron a partir de la autoevaluación** |
| CAL 1.1  |  |  |  |

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

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

**ÁMBITO: GESTIÓN CLINICA (GCL)**

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

Complete la siguiente tabla:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Características** | **Señale el Porcentaje de cumplimiento encontrado respecto de cada 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 1.6 |  |  |  |
| GCL 1.7 |  |  |  |
| GCL 1.8 |  |  |  |
| GCL 1.9 |  |  |  |
| GCL 1.10 |  |  |  |
| GCL 2.1 |  |  |  |
| GCL 2.2 |  |  |  |
| GCL 3.1 |  |  |  |

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

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

**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:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Características** | **Señale el Porcentaje de cumplimiento encontrado respecto de cada 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 |  |  |  |

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

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

**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. Componente RH-1 Los técnicos y profesionales de salud del prestador institucional están habilitados.**

Complete la siguiente tabla:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Características** | **Señale el Porcentaje de cumplimiento encontrado respecto de cada 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 |  |  |  |
| RH 4.3 |  |  |  |

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

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

**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:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Características** | **Señale el Porcentaje de cumplimiento encontrado respecto de cada 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** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**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:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Características** | **Señale el Porcentaje de cumplimiento encontrado 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:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Características** | **Señale el Porcentaje de cumplimiento encontrado 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** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**ÁMBITO SERVICIOS DE APOYO (AP)**

**La institución provee servicios de apoyo que resguardan la seguridad de los pacientes.**

**Componente APL Laboratorio dental**

**Los trabajos de Laboratorio Dental se efectúan en condiciones que garantizan la seguridad de los pacientes (impresiones-restauraciones).**

Complete la siguiente tabla:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Características** | **Señale el Porcentaje de cumplimiento encontrado 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 |  |  |  |

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 utilizados para la atención odontológica sean de la calidad requerida para la seguridad de los pacientes.**

Complete la siguiente tabla:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Características** | **Señale el Porcentaje de cumplimiento encontrado 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 |  |  |  |

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:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Características** | **Señale el Porcentaje de cumplimiento encontrado 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 API Imagenología**

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

Complete la siguiente tabla:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Características** | **Señale el Porcentaje de cumplimiento encontrado respecto de cada característica.** | **Metodología de evaluación utilizada** | **Medidas de aseguramiento o mejoramiento que se implementaron a partir de la autoevaluación** |
| API 1.1 |  |  |  |
| API 1.2 |  |  |  |
| API 1.3 |  |  |  |

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

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

**Componente APA Anatomía patológica**

**Los servicios de Anatomía Patológica aportan resultados confiables y oportunos.**

Complete la siguiente tabla:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Características** | **Señale el Porcentaje de cumplimiento encontrado respecto de cada característica.** | **Metodología de evaluación utilizada** | **Medidas de aseguramiento o mejoramiento que se implementaron a partir de la autoevaluación** |
| APA 1.1 |  |  |  |
| APA 1.2 |  |  |  |
| APA 1.3 |  |  |  |
| APA 1.4 |  |  |  |

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

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

1. **Identificación de los profesionales de la instituciÓn que dirigen y participan en la preparaciÓn Del proceso de ACREDITACIÓN**

**A-. Nombre a los directivos y/o jefes de servicios que acompañaron la preparación de la institución para la acreditación, y a los profesionales y personal que participaron activamente en este proceso**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Primer Apellido** | **Segundo Apellido** | **Nombres** | **RUT** | **Profesión** | **Cargo o Función** | **Servicio o Unidad** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

1. **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**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Primer Apellido** | **Segundo Apellido** | **Nombres** | **RUT** | **Profesión** | **Entidad Asesora** | **Periodo de asesoría** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

1. **INDICADORES UTILIZADOS**

**ATENCIÓN ODONTOLÓGICA**

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 y de utilidad 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 1.10** |
| 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 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** | **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** | **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** | **APE 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** | **APE 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** | **API 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** | **API 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** | **APA 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** | **APA 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 |  |

1. **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** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**7. 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)**

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

**8. ORGANIGRAMA**

**Anexar organigrama del Establecimiento.**

**9. PLANOS O CROQUIS DEL ESTABLECIMIENTO**

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