

**INFORME DE AUTOEVALUACIÓN**

**ESTÁNDAR GENERAL**

**DE ACREDITACIÓN PARA**

**prestadores institucionales de servicios de radioterapia**

**(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 SERVICIOS DE RADIOTERAPIA**

**Aplicable al “Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Servicios de Radioterapia”.**

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 TÉCNICO**

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| B.3 **Salas de Procedimientos de Radioterapia**   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Salas** | **Unidades Autorizadas** | **N° Resolución** | **Fecha** | **Autoridad que la dicta** | **Ubicación \*** | **N/A** | | Salas Médicos |  |  |  |  |  |  | | Sala otros profesionales |  |  |  |  |  |  | | Sala de Simulación |  |  |  |  |  |  | | Sala de Planificación y Dosimetría Clínica |  |  |  |  |  |  | | Sala de Dosimetría Física |  |  |  |  |  |  | | Sala de Confección de Bloques |  |  |  |  |  |  | | Sala de Braquiterapia |  |  |  |  |  |  | | Sala de almacenaje y/o manipulación de fuentes |  |  |  |  |  |  | | Sala  Acelerador Lineal |  |  |  |  |  |  | | Otras (especifique) |  |  |  |  |  |  |   \* Registre ubicación en el prestador de acuerdo a la Autorización Sanitaria vigente.  B.4 **SALAS DE IMAGENOLOGÍA**   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Salas** | **Unidades Autorizadas** | **N° Resolución** | **Fecha** | **Autoridad que la dicta** | **Ubicación \*** | **N/A** | | Tomógrafo Axial Computarizado (Scanner) |  |  |  |  |  |  | | Ecotomografía |  |  |  |  |  |  | | Otros (especifique) |  |  |  |  |  |  |   \* Registre ubicación en el prestador de acuerdo a la Autorización Sanitaria vigente.    B.5 **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** | | Tomografía Computarizada |  |  |  |  |  |  | | Tomografía Computarizada por emisión de positrones (PET/TC) |  |  |  |  |  |  | | Otro: (especifique) |  |  |  |  |  |  |   \* Registre ubicación en el prestador de acuerdo a la Autorización Sanitaria vigente.  B.6 **SERVICIOS APOYO CLÍNICO**  B.6.1 **farmacia / BOTIQUÍN**   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Dependencias** | **N° Resolución** | **Fecha** | **Autoridad que la dicta** | **Ubicación \*** | **N/A** | | Instalación y funcionamiento |  |  |  |  |  | | **Director Técnico Nombre / Rut** | | **N° Resolución** | **Fecha** | **Autoridad que la dicta** | | |  | |  |  |  | |   \* Registre ubicación en el prestador de acuerdo a la Autorización Sanitaria vigente.  B.6.2 **servicio de transporte de enfermos**   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Dependencias** | | | **N° Resolución** | | **Fecha** | | | | | **Autoridad que la dicta** | | | | | **Ubicación \*** | | | | **N/A** | | | | Instalación y funcionamiento | | |  | |  | | | | |  | | | | |  | | | |  | | | | **Vehículo** | **Año** | **Marca** | | **Modelo** | | | **Patente** | | **N° Resolución** | | | | **Fecha** | | | | **Autoridad que la dicta** | | **N/A** | | | |  |  |  | |  | | |  | |  | | |  | | | | |  |  | | | | TIPO DE MÓVIL: | | | MEDICALIZADA (M3) | | | | |  | AVANZADA (M2) | | | | |  | | | BASICA (M1) | | |  | | | **Director Técnico Nombre / Rut** | | | | | | **N° Resolución** | | | | | **Fecha** | | | | | **Autoridad que la dicta** | | | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | | |   B.7 **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.8 **señale soLicitudes DE MODIFICACIÓN de autorización**  **sanitaria pendientes POR RESOLVER**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Modificación solicitada** | **Fecha solicitud** | **Autoridad Sanitaria** | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |   B.9 **SEÑALE PRESTADOR/ES, CONSIDERADOS COMO EXTERNOS; UBICADOS**  **DENTRO, CONTIGÜOS O** **ALREDEDOR, A SU INFRAESTRUCTURA FÍSICA,**  **(ejemplo. Consultas externas, Imagenología, Laboratorio Clínico,**  **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

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

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

Describa los cinco (5) 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 |  |  |

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 SERVICIOS DE**

**RADIOTERAPIA”**

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 del**

**paciente 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 2.1 |  |  |  |
| DP 3.1 |  |  |  |
| DP 4.1 |  |  |  |
| DP 5.1 |  |  |  |

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 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** |
| 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 2.1 |  |  |  |

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 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.**

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 3.1 |  |  |  |
| RH 4.1 |  |  |  |
| RH 4.2 |  |  |  |

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 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 |  |  |  |

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

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

## ÁMBITO SERVICIOS DE APOYO (AP)

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

**Componente APT Transporte de pacientes**

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

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** |
| APT 1.1 |  |  |  |

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

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

**Componente APIImagenología**

**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 |  |  |  |

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 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** | **Período de asesoría** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

1. **INDICADORES UTILIZADOS**

**SERVICIOS DE RADIOTERAPIA**

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 1.3** |
| 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 1.2** |
| 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 1.4** |
| 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 |  |

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** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

1. **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)**

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

1. **ORGANIGRAMA**

**Anexar organigrama del Establecimiento.**

1. **PLANOS O CROQUIS DEL ESTABLECIMIENTO**

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