

SOLICITUD-CUESTIONARIO PARA EL SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA CLÍNICAS Y HOSPITALES

SECCIÓN I – SOLICITANTE

A. Información acerca de la institución

1. Razón Social:
 Domicilio:
 Departamento:
 Teléfonos: Fax:.....
 Mail:.....

2. Si la institución ha tenido otros nombres en el pasado, méncionelos a continuación:

3. Nombre completo del propietario / titular de la institución:

4. Indique la categoría de tipo de institución (por favor marque todas las que correspondan):
 Entidad de gobierno Sociedad anónima
 Sociedad profesional Entidad con fines de lucro
 Entidad sin fines de lucro Entidad religiosa
 Otro:..... Individual

5. ¿Desde cuándo es propietario/titular?

6. Si fue propietario/titular de otras instituciones médicas anteriormente, a continuación indique de cuáles:

7. Si existen otros establecimientos, operaciones subsidiarias o ubicaciones distintas a la principal, complete lo siguiente:

Nombre	Tipo de establecimiento	Domicilio y Localidad Teléfono
.....

8. Cuál es su nivel de atención:

9. Licencia de Funcionamiento No..... (Adjuntar Copia)

10. Otorgada por.....

Fecha de Expedición..... Fecha de Vencimiento:.....

9. Ha cambiado su nivel de complejidad de atención en los últimos 5 años, especifique cuales y por que.....

10. Le han cancelado ó suspendido la Licencia de Funcionamiento, especifique por que:
.....
.....
.....

B. Información acerca del Director Médico

1. Nombre completo:

2. Experiencia laboral en los últimos 3 años (por favor incluya la ocupación actual):

Cargo desempeñado - Tiempo Nombre de la entidad - Ciudad - Teléfono
.....

C. Información acerca del Administrador y/o responsable de la institución

1. Nombre completo:

2. Experiencia laboral en los últimos 3 años (por favor incluya la ocupación actual):

Cargo desempeñado - Tiempo Nombre de la entidad - Ciudad -Teléfono
.....

D. Otras funciones de la institución

1. ¿Cuenta la entidad con personas y/o comités encargados de realizar las siguientes funciones y/o programas?

- a. Administración / Prevención de riesgos Sí No
- b. Evaluación de calidad de servicios a los pacientes Sí No
- c. Evaluación del trabajo realizado por los miembros del cuerpo médico Sí No
- d. Encargado del programa de seguros Sí No

2. ¿Cuenta la entidad con asesoramiento especializado en la defensa de Responsabilidad Civil Médica? Sí No

SECCIÓN II - COBERTURA SOLICITADA

- A. Vigencia: Desde:/...../..... Hasta:/...../.....
- B. Suma asegurada:

SECCIÓN III - TIPO DE INSTITUCIÓN:

Pública Privada Otra:

- A. Hospital General
- C. Hospital Pediátrico
- E. Hospital Psiquiátrico
- G. Clínica:
- B. Hospital con enseñanza universitaria
- D. Hospital de Maternidad
- F. Hospital Cardiovascular
- H. Otro.....

SECCIÓN IV - INSTALACIONES, EQUIPOS DE SEGURIDAD Y PLANTA FUNCIONAL

A. Edificio

1. Año de construcción:
 Material (adobe, bloque, concreto armado, etc.):
 N° de pisos:.....
 Área total en metros cuadrados: mts 2.
2. Construido para brindar servicios de salud según normas
 Remodelado: Año de última remodelación:
3. Año de la última inspección del sistema eléctrico:

B. Equipos de seguridad

1. Indique con cuáles de los siguientes equipos cuenta el edificio:
 - Rociadores automáticos
 - Área total de protección aprox.:m²
 - Reserva agua p/incendio: Lts.
 - Rociadores automáticos en habitaciones de internación
 - Alarmas automáticas para incendios conectadas:
 - Localmente
 - Al cuerpo de bomberos Otro:.....
 - Detectores de humo Eléctricos A batería
 - Sistema eléctrico de emergencia para áreas de servicios críticos (Especifique):

2. ¿Existe un programa para inspección, mantenimiento y prueba de los equipos médicos?
 - Sí No
 - a. En caso afirmativo, ¿Se realiza un registro por escrito de inspecciones, mantenimientos y pruebas? Sí No
 - b. En caso afirmativo, estas funciones son llevadas a cabo por:
 - Personal de la institución Firma contratada Planta Funcional
3. ¿Tienen todos los pisos salidas de emergencia? Sí No
4. ¿Existe un plan por escrito para evacuación de emergencia? Sí No
 - a. En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia se practica?:.....

5. ¿Cuál es la distancia aproximada al departamento de bomberos más cercano?

6. ¿Cuenta la institución con vigilancia de los predios? Sí No

En caso afirmativo, por favor indique el tipo: Diurna Nocturna
 24-horas Con reloj Video filmación

7. ¿Se permite fumar en los predios de la institución? Sí No
 En caso afirmativo, ¿Se permite que los pacientes internados fumen en sus habitaciones sin supervisión? Sí No

SECCIÓN V - SERVICIOS PRESTADOS

A. Utilización de las camas de internación del último año calendario:

	Nº de camas habilitadas	Promedio anual de ocupación (*)
1. Cuidado intensivo para adultos		
2. Cuidado intensivo para infantes / bebés		
3. Cunas para recién nacidos		
4. Rehabilitación / terapia		
5. Abuso de drogas / alcohol		
6. Psiquiatría		
7. Pacientes terminales (Cuidado paliativo)		
8. Cuidados geriátricos		
9. Otras (especifique):		
TOTAL		

(*) El número promedio de camas ocupadas es el número total de días de internación dividido por 365.

B. Utilización de las Áreas de Servicio / Consultorios Externos del último año calendario

	Número de pacientes
Sala de emergencia
Cirugía con internación
Cirugía sin internación (ambulatoria)
Sala de partos
Rehabilitación / Terapia
Abuso de drogas / alcohol
Psiquiatría
Radiología (Imágenes, ecografía, rayos-x)
Terapia radiante
Laboratorio / Patología
Cardiología
Otras (especifique):
Número total de pacientes

C. Servicios especiales

1. ¿Se llevan a cabo investigaciones clínicas? Sí No
 En caso afirmativo, por favor incluya copia de los protocolos que detallan el propósito de la investigación, etc..

2. a. ¿Presta la institución servicios de ambulancia? Sí No
 b. En caso afirmativo, indique si son: Propias Contratadas
 c. En caso de ser propias, por favor indique:
 Cantidad de ambulancias....1.....Promedio de llamadas al año.....
 d. En caso de ser propias, ¿Se prestan servicios de ambulancia a otras instituciones?
 Sí No
3. a. ¿Tiene la institución un banco de sangre que obtiene del público sangre o sus derivados?
 Sí No
 En caso afirmativo, por favor indique: Cantidad de donantes del último año calendario.....
 Describa los análisis que se realizan:
- b. ¿Tiene la institución programas de autodonación? (Sangre del paciente para él mismo)
 Sí No
- c. ¿Tiene la institución programas de donación dirigida? (Sangre de familiares del paciente)
 Sí No
- d. ¿Hay mezclas entre sangre del programa de autodonación y el de donación dirigida?
 Sí No
- e. ¿Compra la institución sangre a la Cruz Roja u otra entidad pública o privada?
 Sí No
- f. Indique el tiempo de almacenamiento de: Sangre entera.....
 Plaquetas..... Leucocitos.....Plasma.....
4. a. ¿Tiene la institución sala de guardia/emergencia? Sí No
1. En caso de que la respuesta sea afirmativa: Los servicios son provistos por empleados: Propios (con o sin relación de dependencia) Contratados (*)
- (*) En caso de ser empleados contratados, adjunte copia del contrato.
- I) ¿Cuáles son los requerimientos profesionales mínimos para la persona de guardia en la sala de emergencia?
2. En caso de que la respuesta sea negativa:
- II) ¿Hay disponible las 24-horas un médico de guardia? Si No
- III) ¿Cuál es el tiempo estimado de arribo a la sala de emergencia para un médico en guardia pasiva?.....
- b. ¿Está provista la sala de emergencias de los siguientes elementos y equipos durante las 24-horas?
- Anestésicos: Sí No
 Sangre (por lo menos "O" Positiva): Sí No
 Oxígeno: Sí No
 Equipo para resucitación cardiopulmonar: Sí No
 Equipo para efectuar

Equipo de rayos-x donde se pueda acomodar en cualquier posición un paciente inconsciente: Sí No

Electrocardiogramas: Sí No

¿Quién acompaña a un paciente de gravedad que tenga que ser trasladado a otra institución o dependencia?.....

5. a. ¿Es la institución un centro regional de referencia para recién nacidos con necesidad de cuidados intensivos? Sí No

b. Por favor indique el número de salas de parto.....

c. ¿Se llevan a cabo partos en lugares diferentes a las salas de parto? Sí No

En caso afirmativo, por favor especifique:

d. ¿Está la sala de partos localizada en un lugar anexo a la sala de cirugía? Sí No

e. ¿Pueden ser los partos por cesárea siempre realizados dentro de 30 minutos luego de la decisión? Sí No

f. ¿Permanece en la institución las 24 horas del día un anestesta disponible para la sala de partos? Sí No

g. ¿Permanece en la institución las 24 horas del día un obstetra disponible para la sala de partos? Sí No

SECCIÓN VI - DOCUMENTACIÓN DE PROCEDIMIENTOS

A. 1. ¿Son las órdenes de admisión firmadas por el médico que admite al paciente? Sí No

2. ¿Están las órdenes de admisión y los formularios correspondientes estandarizados? Sí No

3. ¿Permiten la anotación de instrucciones para cuidados especiales? Sí No

B. ¿Son todas las órdenes del médico escritas y firmadas por el mismo médico? Sí No

C. ¿Se obtiene el consentimiento escrito del paciente o su representante legal para las siguientes prácticas?

En caso afirmativo, adjunte a esta solicitud ejemplares de los formularios utilizados.
 Admisión Cirugía Anestesia Alta

D. ¿Demuestran los registros de la institución que el paciente fue informado acerca de los procedimientos quirúrgicos y de los posibles riesgos asociados con tales procedimientos? Sí No

E. ¿Se realiza un conteo total de las gasas, agujas e instrumentos en una cirugía? Antes Durante Después

F. ¿Se toman rayos-x de la cavidad abierta del paciente inmediatamente después de la cirugía? Sí No

- G. ¿Se archivan todos los diversos registros llevados por las enfermeras? Sí No
- H. ¿Por cuánto tiempo se archivan las órdenes de los médicos, los consentimientos informados de los pacientes y los registros de las enfermeras? e rigen por las normas legales de la historia clínica.
.....
.....

SECCIÓN VII – CUERPO MEDICO

1. 1. ¿Se verifica y se comprueba la matrícula y diploma de los médicos con antelación a su empleo o a permitir su uso de la institución y/o personal y/o equipos? Sí No

En caso afirmativo, por favor indique:

Nombre de la persona que verifica	Cargo	Teléfono
.....

2. ¿Cómo se hace dicha verificación?

3. ¿Verifica anualmente con el Institución correspondiente esta información? Sí No

4. ¿Existe algún "período de prueba" para los nuevos miembros del cuerpo médico? Sí No

5. En caso negativo, por favor especifique:.....

6. ¿Tiene en su cuerpo médico algún médico no matriculado o cuya matrícula haya sido restringida? Sí No

7. En caso afirmativo, por favor especifique:

8. ¿Evalúan las cabezas de departamento / área el trabajo de los miembros de su cuerpo médico? Sí No
En caso afirmativo,
¿Se registran estas evaluaciones por escrito? Sí No

9. ¿Evalúan los Jefes de Equipo el trabajo de los miembros de su equipo? Sí No
En caso afirmativo,
¿Se registran estas evaluaciones por escrito? Sí No

10. ¿Se llevan a cabo periódicamente revisiones / auditorias del trabajo clínico de los miembros del cuerpo médico? Sí No

En caso afirmativo,

¿Se registran estas revisiones / auditorias por escrito? Sí No

11. ¿Se requiere a los miembros de esta institución que tengan seguro individual de Responsabilidad Civil Médica? Sí No

1. En caso afirmativo, por favor indique:

a. ¿Es requerido solo a los empleados?

Sin dependencia Con dependencia Todos sin importar relación

b. ¿Cuáles son los límites de sumas aseguradas requeridos?

.....

c. ¿Está este requisito consignado en los estatutos de la institución?

Sí No

En caso de respuesta afirmativa a la pregunta c., ¿Cómo se verifica el cumplimiento de los estatutos concernientes al seguro de Responsabilidad Civil Médica individual y a los límites establecidos?.....

.....

En caso negativo, por favor especifique por qué:

.....

NOTA: Si un seguro de Responsabilidad Civil Médica es deseado para estos profesionales, por favor provea una solicitud para cada uno.

10. Indique por favor la cantidad de individuos (médicos, especialistas, odontólogos y demás empleados de la salud) para cada categoría. Use sólo una categoría para cada individuo reportado. Las categorías están detalladas en la página siguiente.

1. Médicos, odontólogos y especialistas:

	Médicos Empleados	Médicos No Empleados		Médicos Empleados	Médicos No Empleados	Otros
Clase 1	_____	_____	Clase 5	_____	_____	_____
Clase 2	_____	_____	Clase 6	_____	_____	_____
Clase 3	_____	_____	Clase 7	_____	_____	_____
Clase 4	_____	_____	Clase 8	_____	_____	_____
Totales	_____	_____		_____	_____	_____

2. Otros profesionales de la salud:

Clase	Empleados	No Empleados	Clase	Empleados	No Empleados	Otros
-------	-----------	-----------------	-------	-----------	-----------------	-------

Totales					

Médicos, Cirujanos y Dentistas

Clase 1 – Sin Cirugía

Medicina Aeroespacial
 Alergología
 Enfermedades
 Cardiovasculares
 Diabetología
 Endocrinología
 Médico General / Clínico
 Medicina Forense
 Gastroenterología
 Medicina General Preventiva
 Geriátrica
 Hematología

Hipnosis
 Enfermedades Infecciosas
 Medicina Interna
 Laringología
 Enfermedades Neoplásicas
 Nefrología
 Neurología - Incluyendo niños
 Medicina Nuclear
 Nutrición

Medicina Ocupacional
 Oncología - Sin procedimientos invasivos
 Oftalmología
 Ortopedia
 Otología
 Otorrinolaringología

Patología
 Farmacología
 Fisiatría

Medicina Física y de Rehabilitación
 Psiquiatría - Incluyendo

Clase 2 – Con Cirugía Menor

Enfermedades Vasculares
 Dermatología
 Diabetología

Endocrinología
 Gastroenterología
 Geriátrica
 Ginecología
 Hematología
 Enfermedades Infecciosas

Cuidados Intensivos
 Medicina Interna

Laringología
 Neonatología
 Enfermedades Neoplásicas
 Nefrología
 Neurología - Incluyendo niños

Oftalmología
 Ortopedia

Otología
 Otorrinolaringología

Patología
 Pediatría

Radiología - Con Diagnóstico
 Rinología

Clase 3 – Con Procedimientos Invasivos Menores

Acupuntura - No anestésica
 Colonoscopia
 Laparoscopia

Biopsia por Punción

Dilatación Esofágica Neumática o

Clase 5 – Con Cirugía

Colon y recto
 Endocrinológica
 Gastroenterología

Geriátrica
 Neoplásica
 Nefrológica
 Oftalmológica
 Urología

Clase 6 – Con Cirugía

Medicina de Emergencia – Sin Cirugía Mayor
 Médico General / Clínico
 Laringológica
 Oral y Maxilofacial
 Otológica
 Otorrinolaringológica

Rinológica

Clase 7 – Con Cirugía

Medicina de Emergencia – Con Cirugía Mayor
 Abdominal
 Anestesiológica

Dermatológica
 Ginecológica
 Mano
 Cabeza y Cuello

Neonatólogica
 Pediatría
 Plástica
 Otorrinolaringológica
 Plástica

niños	Mecánica	
Psicoanálisis	Inyecciones de Substancia de Contraste	Clase 8 – Con Cirugía
Medicina Psicosomática		Cardíaca
Salud Pública	Clase 4 – Con Procedimientos Invasivos Mayores	Enfermedades Cardiovasculares
Enfermedades Pulmonares	Angiografía	Ortopédica
Radiología – Diagnóstico	Arteriografía	Torácica
Reumatología	Bronco esofagoscopia	Traumatológica
Rinología	Caterización Cardíaca	Vascular
	Discografía	Neurológica – Incluyendo niños
	Terapia de Láser	Obstétrica y Ginecológica
	Linfangiografía	Obstétrica
	Mielografía	
	Flebografía	
	Neumoencefalografía	
	Terapia Radiante	
	Terapia de Shock	
	Otros Profesionales de la Salud	
Auxiliar de Anestesia	Farmacéutico	Mecánico Dental
Auxiliar de Laboratorio Clínico	Fisioterapeuta	Odontólogo sin Cirugía Maxilofacial
Auxiliar de Radiología Bioquímico	Fonoaudiólogo	Óptico Técnico
	Instrumentista	Técnico en Calzado Ortopédico
Citotécnico	Kinesiólogo	Técnico en Ortesis y Prótesis
Enfermera Profesional	Licenciado Nutricionista	Visitador de Higiene

***Cirugía mayor:** Incluye operaciones en o sobre cualquier cavidad corporal, incluyendo pero no limitándose al cráneo, tórax, abdomen, o pelvis, o cualquier otra operación que debido a la condición del paciente, o al tiempo, o a las circunstancias de la operación, presente un peligro marcado a la vida. También incluye remoción de cualquier glándula u órgano, remoción de tumores, amputaciones, fracturas de huesos, cirugía plástica y cualquier operación efectuada utilizando anestesia general. Serán también consideradas como cirugía mayor las cesáreas, las anexectomías y las amigdalectomías (tonsilectomías).

****Cirugía Menor:** Incluye las cirugías no clasificadas como Cirugía Mayor. También incluye: Procesos obstétricos no considerados como Cirugía Mayor, La asistencia a otros médicos en cirugías a pacientes propios.

*****Biopsia por Punción:** Incluye pulmones, hígado, riñones y próstata, pero no incluye médula ósea.

******Caterización:** No incluye: Inserción ocasional y por emergencia de catéteres para registrar presión o marcapasos temporales, Caterización de la uretra, Caterización del cordón umbilical para propósitos de diagnóstico, o para monitorear gases en la sangre de recién nacidos que están recibiendo oxígeno.

SECCIÓN VIII – GENERAL

NOTA: Por favor especifique en hoja adicional cualquier respuesta afirmativa avalando con fecha y firma:

- A. ¿Alguna vez le han cancelado, no renovado, modificado o sobretasado su seguro de R.C. Institucional? Sí No
- B. ¿Alguna agencia del gobierno ha investigado, suspendido, revocado o limitado su habilitación? Sí No
- C. ¿Tiene conocimiento alguno de reclamos pendientes o de circunstancia alguna (incluyendo petición de historias clínicas) que pudiese dar surgimiento a un reclamo o demanda en el futuro? Sí No

SECCIÓN IX - HISTORIAL DE RECLAMOS

- A. Si la institución puede conseguir un listado de reclamos de su(s) asegurador(es) actual(es) o anterior(es), por favor adjunte copia.
- B. Si no es posible obtener dicho listado, por favor complete en su totalidad el cuadro de información de reclamos.

La información sobre reclamos debe ser provista con respecto a responsabilidad civil profesional, responsabilidad civil general y cualquier otra reclamación de responsabilidad civil efectuada en su contra o en la de su corporación. Por favor provea su historial completo de reclamaciones (incluyendo los últimos 10 años, si esta información está disponible).

Apellido y nombre del reclamante	Fecha de ocurrencia	Estado A - Abierto T - Terminado	Demanda legal S - Si N - No	Fecha terminado	Reserva de siniestro o Monto pagado	Descripción breve de la reclamación

Observaciones:

.....

.....

.....

.....

.....

EL SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA CLÍNICAS Y HOSPITALES
SOLO AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DE LA ENTIDAD COMO ENTE JURÍDICO.

Lugar y Fecha:.....

Firma:

Nombre:

Cargo:

Aclaración:.....
.....
.....

NOTA: La Superintendencia de Bancos y Seguros asigno a la presente solicitud- cuestionario el registro No. 37608, 30 de octubre de 2014.