

**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. <input type="checkbox"/> Hospital General | B. <input type="checkbox"/> Hospital con enseñanza universitaria |
| C. <input type="checkbox"/> Hospital Pediátrico | D. <input type="checkbox"/> Hospital de Maternidad |
| E. <input type="checkbox"/> Hospital Psiquiátrico | F. <input type="checkbox"/> Hospital Cardiovascular |
| G. <input type="checkbox"/> Clínica: | H. <input type="checkbox"/> Otro..... |

SECCIÓN IV - INSTALACIONES, EQUIPOS DE SEGURIDAD Y PLANTA FUNCIONAL

A. Edificio

1. Año de construcción:
Material (adobe, bloque, concreto armado, etc.):
Nº 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:

	<i>N° de camas habilitadas</i>	<i>Promedio anual de ocupación (*)</i>
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

	<i>Número de pacientes</i>
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? Sí 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 anestesista 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

Clase 2 – Con Cirugía Menor
 Enfermedades Vasculares
 Dermatología
 Diabetología

Clase 5 – Con Cirugía
 Colon y recto
 Endocrinológica
 Gastroenterología

Cardiovasculares	Endocrinología	Geriátrica
Diabetología	Gastroenterología	Neoplásica
Endocrinología	Geriatría	Nefrológica
Médico General / Clínico	Ginecología	Oftalmológica
Medicina Forense	Hematología	Urología
Gastroenterología	Enfermedades Infecciosas	
Medicina General		
Preventiva	Cuidados Intensivos	Clase 6 – Con Cirugía
Geriatría	Medicina Interna	Medicina de Emergencia –
Hematología		Sin Cirugía Mayor
	Laringología	Médico General / Clínico
Hipnosis	Neonatología	Laringológica
Enfermedades		
Infecciosas	Enfermedades Neoplásicas	Oral y Maxilofacial
Medicina Interna	Nefrología	Otológica
Laringología	Neurología - Incluyendo niños	Otorrinolaringológica
Enfermedades		
Neoplásicas	Oftalmología	Rinológica
Nefrología	Ortopedia	
Neurología - Incluyendo niños	Otología	Clase 7 – Con Cirugía
Medicina Nuclear	Otorrinolaringología	Medicina de Emergencia –
Nutrición		Con Cirugía Mayor
	Patología	Abdominal
Medicina Ocupacional	Pediatría	Anestesiológica
Oncología - Sin procedimientos invasivos		
Oftalmología	Radiología - Con Diagnóstico	Dermatológica
Ortopedia	Rinología	Ginecológica
Otología		Mano
Otorrinolaringología	Clase 3 – Con Procedimientos Invasivos Menores	Cabeza y Cuello
	Acupuntura - No anestésica	Neonatológica
Patología	Colonoscopia	Pediátrica
Farmacología	Laparoscopia	Plástica
Fisiatría		Otorrinolaringológica
	Biopsia por Punción	Plástica
Medicina Física y de Rehabilitación		
Psiquiatría - Incluyendo niños	Dilatación Esofágica Neumática o Mecánica	
Psicoanálisis	Inyecciones de Substancia de Contraste	Clase 8 – Con Cirugía
Medicina Psicosomática	Clase 4 – Con Procedimientos Invasivos Mayores	Cardíaca
Salud Pública	Angiografía	Enfermedades
		Cardiovasculares
Enfermedades Pulmonares	Arteriografía	Ortopédica
Radiología – Diagnóstico		Torácica

Reumatología
Rinología

Bronco esofagoscopia
Caterización Cardíaca
Discografía

Terapia de Láser
Linfangiografía
Mielografía
Flebografía
Neumoenceleografía
Terapia Radiante
Terapia de Shock

Traumatológica
Vascular
Neurológica – Incluyendo niños
Obstétrica y Ginecológica
Obstétrica

Otros Profesionales de la Salud

Auxiliar de Anestesia
Auxiliar de Laboratorio Clínico
Auxiliar de Radiología
Bioquímico

Farmacéutico
Fisioterapeuta
Fonoaudiólogo
Instrumentista

Citotécnico

Kinesiólogo

Enfermera Profesional

Licenciado Nutricionista

Mecánico Dental
Odontólogo sin Cirugía
Maxilofacial
Óptico Técnico
Técnico en Calzado
Ortopédico
Técnico en Ortesis y Prótesis
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.