

# CUESTIONARIO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA CLÍNICAS Y HOSPITALES



## VICEPRESIDENCIA DE SEGUROS

Por favor diligencie todas y cada una de las siguientes preguntas que se le hacen ya que **este cuestionario constituirá parte de la póliza.**

### SECCIÓN I. SOLICITANTE

#### A. INFORMACIÓN ACERCA DE LA INSTITUCIÓN

1. RAZÓN SOCIAL	NIT
DOMICILIO	CIUDAD
DEPARTAMENTO	TELÉFONOS
FAX	E-MAIL

2. SI LA INSTITUCIÓN HA TENIDO OTROS NOMBRES EN EL PASADO, MENCIÓNELOS 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)

<input type="checkbox"/> ENTIDAD DE GOBIERNO	<input type="checkbox"/> SOCIEDAD ANÓNIMA	<input type="checkbox"/> SOCIEDAD PROFESIONAL	<input type="checkbox"/> ENTIDAD CON FINES DE LUCRO
<input type="checkbox"/> ENTIDAD SIN FINES DE LUCRO	<input type="checkbox"/> ENTIDAD RELIGIOSA	<input type="checkbox"/> INDIVIDUAL	<input type="checkbox"/> OTRA: _____

5. ¿DESDE CUANDO ES PROPIETARIO / TITULAR?

---

6. SI FUE PROPIETARIO / TITULAR DE OTRAS INSTITUCIONES MÉDICAS ANTERIORMENTE, A CONTINUACIÓN INDIQUE DE CUALES:

---

---

---

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. CUAL ES SU NIVEL DE ATENCIÓN:

LICENCIA DE FUNCIONAMIENTO No.

OTORGADA POR:	FECHA:
FECHA DE EXPEDICIÓN	FECHA DE VENCIMIENTO

9. HA CAMBIADO SU NIVEL DE COMPLEJIDAD DE ATENCIÓN EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS, ESPECIFIQUE CUALES Y POR QUÉ:

---

---

---

10. LE HAN CANCELADO O SUSPENDIDO LA LICENCIA DE FUNCIONAMIENTO, ESPECIFIQUE POR QUÉ:

---

---

## 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?

- |  |                             |                             |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| A. ADMINISTRACIÓN / PREVENCIÓN DE RIESGOS                              | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| B. EVALUACIÓN DE CALIDAD DE SERVICIOS A LOS PACIENTES                  | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| C. EVALUACIÓN DEL TRABAJO REALIZADO POR LOS MIEMBROS DEL CUERPO MÉDICO | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| D. ENCARGADO DEL PROGRAMA DE SEGUROS                                   | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

2. CUENTA LA ENTIDAD CON ASESORAMIENTO ESPECIALIZADO EN LA DEFENSA DE RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA?

SI  NO

## SECCIÓN II. COBERTURA SOLICITADA

1. VIGENCIA DESDE

VIGENCIA HASTA

2. SUMA ASEGURADA

3. ¿HA TENIDO CONTRATADO EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS UN SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL? SI  NO

EN CASO AFIRMATIVO INDICAR:

- COMPAÑÍA(S) DE SEGUROS: \_\_\_\_\_
- LÍMITE(S) ASEGURADO(S): \_\_\_\_\_
- VIGENCIA(S): \_\_\_\_\_

## SECCIÓN III. TIPO DE INSTITUCIÓN

PÚBLICA  PRIVADA  OTRA: \_\_\_\_\_

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> HOSPITAL GENERAL          | <input type="checkbox"/> HOSPITAL CON ENSEÑANZA UNIVERSITARIA | <input type="checkbox"/> HOSPITAL PEDIÁTRICO     |
| <input type="checkbox"/> HOSPITAL DE MATERNIDAD H. | <input type="checkbox"/> HOSPITAL PSIQUIÁTRICO                | <input type="checkbox"/> HOSPITAL CARDIOVASCULAR |
| <input type="checkbox"/> CLÍNICA                   | <input type="checkbox"/> OTRO _____                           |  |

## SECCIÓN IV. INSTALACIONES, EQUIPOS DE SEGURIDAD Y PLANTA FUNCIONAL

### A. INFORMACIÓN ACERCA DE LA INSTITUCIÓN

1. AÑO DE CONSTRUCCIÓN

MATERIAL (adobe, bloque, concreto armado, etc)

NÚMERO DE PISOS

ÁREA TOTAL EN METROS CUADRADOS

2.  CONSTRUIDO PARA BRINDAR SERVICIOS DE SALUD SEGÚN LAS NORMAS

REMODELADO: AÑO DE ÚLTIMA REMODELACIÓN \_\_\_\_\_

3. AÑO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN DEL SISTEMA ELÉCTRICO:

## B. EQUIPOS DE SEGURIDAD

1. INDIQUE CON CUALES DE LOS SIGUIENTES EQUIPOS CUENTA EL EDIFICIO

- ROCIADORES AUTOMÁTICOS  RESERVA AGUA P/INCENDIO \_\_\_\_\_ Lts  
 ÁREA TOTAL DE PROTECCIÓN APROX: \_\_\_\_\_ M<sup>2</sup>  ROCIADORES AUTOMÁTICOS EN HABITACIONES DE INTERNACIÓN  
 ALARMAS AUTOMÁTICAS PARA INCENDIO CONECTADAS:  
 LOCALMENTE  AL CUERPO DE BOMBEROS  DETECTORES DE HUMO  ELÉCTRICOS  
 SISTEMA ELÉCTRICO DE EMERGENCIA PARA ÁREAS DE SERVICIOS CRÍTICOS  
Especifique:

2. ¿EXISTE UN PROGRAMA PARA INSPECCIÓN, MANTENIMIENTO Y PRUEBA DE LOS EQUIPOS MÉDICOS? SI  NO   
A. EN CASO AFIRMATIVO, ¿SE REALIZA UN REGISTRO POR ESCRITO DE INSPECCIONES, MANTENIMIENTOS Y PRUEBAS? SI  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? SI  NO

4. ¿EXISTE UN PLAN POR ESCRITO PARA EVACUACIÓN DE EMERGENCIA? SI  NO

EN CASO AFIRMATIVO, ¿CON QUE FRECUENCIA DE PRACTICA?

5. ¿CUAL ES LA DISTANCIA APROXIMADA AL DEPARTAMENTO DE BOMBEROS MÁS CERCANO?

6. ¿CUENTA LA INSTITUCIÓN CON VIGILANCIA DE LOS PREDIOS? SI  NO

A. EN CASO AFIRMATIVO, POR FAVOR INDIQUE EL TIPO

- DIURNA  NOCTURNA  24 HORAS  CON RELOJ  VIDEOFILMACIÓN

7. ¿SE PERMITE FUMAR EN LOS PREDIOS DE LA INSTITUCIÓN? SI  NO

EN CASO AFIRMATIVO, ¿SE PERMITE QUE LOS PACIENTES INTERNADOS FUMEN EN SUS HABITACIONES SIN SUPERVISIÓN? SI  NO

## SECCIÓN V. SERVICIOS PRESTADOS

### A. UTILIZACIÓN DE LAS CAMAS DE INTERNACIÓN DEL ÚLTIMO AÑO CALENDARIO

	NÚMERO 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)		

(\*) 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	

#### NOTA

Una visita se determina como el paso del paciente por el umbral de la puerta de la institución sin importar la cantidad de servicios recibidos durante esa misma visita. Por ejemplo: un médico refiere un paciente al hospital para exámenes de laboratorio y para placas de rayos-x. Esto se contará como UNA sola visita.

