Nº	Criterio	KO	A	Cumple	No cumple	Observaciones
1	REQUISITOS DEL CONVENIO					
1.1	REQUISITOS GENERALES					
1.1.1	Licencia de apertura (copia)		x			Copia licencia apertura
1.1.2	Titular de la gestión del centro (CIF o NIF)		x			Copia del CIF o del NIF del titular, que coincidirá con la información de las autorizaciones de la Consejería de Sanidad
1.1.3	Seguro de responsabilidad civil del centro (copia)		x			Copia del último recibo con fecha de vigencia del SRC
1.1.4	Están disponibles las Hojas de Reclamaciones oficiales y se aplica el sistema de respuesta a las reclamaciones oficiales, de acuerdo con el procedimiento establecido en la regulación de la Comunidad Autónoma.		x			Copia del libro u hojas con el sello del centro
1.1.5	Clasificación de centro o establecimiento sanitario con unidad de hospitalización autorizada		x			Copia de la autorización del centro y de las autorizaciones de servicios. Deberán estar vigentes y para todos los servicios de la oferta asistencial que se cita en los siguientes puntos. Deberá constar el número de camas autorizadas.
	Autorizaciones de funcionamiento (copia en la que consten todas las autorizaciones):					
1.1.6	U.1 Medicina general / de familia		x			
1.1.7	U.2 Enfermería		x			
1.1.8	U.68 Urgencias		x			
1.1.9	U.55 Cirugía ortopédica y Traumatología		x			
1.1.10	U.13 Medicina interna		x			
1.1.11	U.43 Cirugía general y digestivo		x			
1.1.12	U.63 Cirugía mayor ambulatoria		x			
1.1.13	U.64 Cirugía menor ambulatoria		x			
1.1.14	U.37 Medicina intensiva		x			
1.1.15	U.35 Anestesia y Reanimación		x			

Nº	Criterio	KO	A	Cumple	No cumple	Observaciones
1	REQUISITOS DEL CONVENIO					
1.1.16	U.79 Hematología clínica		X			
1.1.17	U.80 Laboratorio de hematología		X			
1.1.18	U.82 Servicio de transfusión		X			
1.1.19	U.83 Farmacia		X			
1.1.20	U.84 Depósito de medicamentos		X			
1.1.21	U.39 Angiologíoa y Cirugía Vascular		X			
1.1.22	U.17 Neurología		X			
1.1.23	U.49 Neurocirugía		X			
1.1.24	U.50 Oftalmología		X			
1.1.25	U.52 Otorrinolaringología		X			
1.1.26	U.88 Radiodiagnóstico		X			
1.1.27	U.72 Obtención de muestras		X			
1.1.28	U.57 Rehabilitación		X			
1.1.29	U.59 Fisioterapia		X			
1.1.30	Se dispone de médico de guardia con presencia física 24 horas.		X			Documento de planificación de los turnos en el centro que muestre su presencia en el mismo. Presentar planificación del mes en curso y mes anterior. Documento firmado por los facultativos y el director médico.
1.1.31	Se dispone de traumatólogo, internista y cirujano general con presencia física diaria (mínimo 2 horas) y guardia localizada para los tres especialists fuera del horario presencial		X			Documento de planificación de los turnos en el centro de estos especialistas que muestre su presencia en el mismo y la relación de los médicos de guardia fuera de los horarios presenciales. Presentar planificación del mes en curso y mes anterior. Documento firmado por los facultativos y el director médico.

Nº	Criterio	KO	A	Cumple	No cumple	Observaciones
1	REQUISITOS DEL CONVENIO					
						De los médicos y otros profesionales que cubren los servicios incluidos en los puntos 1.1.6 a 1.1.29 se presentará la relación de profesionales, copia del título y especialidad, copia del recibo anual de colegiación, copia recibo anual del SRC y los horarios de colaboración con el centro sanitario. De los médicos traumatólogo, internista, cirujano general, intensivista y anestesista, se dispondrá de copia de la parte del contrato en que aparezcan los horarios o tiempos de colaboracion para la prestación del servicio o copia de los TC1-TC2 en caso de profesionales contratados.
1.2	ÁREA DE URGENCIAS					
1.2.1	Se presta servicio de Urgencia 24h con atención médica continuada.		x			Planificación del personal de urgencias con médicos. Mes en curso y mes anterior.
1.2.2	Existe un área de Urgencias independiente de otras áreas del centro.		x			Plano del centro con el área de urgencias
1.2.3	Se dispone de un equipo de monitorización completo y de forma continua en el área de Urgencias. Monitorización ECG, TA y pulsioximetría		x			Listado y foto de los equipos ubicados en el área de urgencias, con su número de serie
1.2.4	Se dispone de equipo de respaldo para monitorización completa y continua		x			Listado y foto de los equipos con la ubicación que tienen y su número de serie
1.2.5	Sala de emergencias equipada con SVA y RCP		x			Relación del carro de emergencias con la información de los equipos y su número de serie (defibrilador, respirador y aspirador portátil). Foto del carro con los equipos y vista de la etiqueta. Documentación del equipo de respaldo con número de serie y etiqueta
1.2.6	Se dispone de sala de triaje y están definidos los niveles de triaje (cumplimiento)		x			Plano del cento con la sala de triaje identificada. Foto exterior de la sala de triaje

Nº	Criterio	KO	A	Cumple	No cumple	Observaciones
1	**REQUISITOS DEL CONVENIO**					
1.2.7	Se dispone de salas de consulta y salas de observación, adecuadas y con el equipamiento necesario para prestar el servicio y la atención necesaria.		x			Plano del centro con las salas de consulta y de observación identificadas. Relación del equipamiento que dispone cada sala
1.3	**ACTIVIDAD BÁSICA**					
1.3.1	**Cirugía General**					
1.3.1.1	Se dispone de contrato de servicio de médico especialista en Cirugía General con presencia física diaria en Urgencias o quirófano (mínimo 2 horas) y cobertura de guardia fuera del horario y festivos.		x			**Véase nota al final de apartado 1.1**
1.3.1.2	Se dispone de contrato de servicio de médico especialista en Anestesia y Reanimación con presencia física diaria en Urgencias o quirófano (mínimo 2 horas) y cobertura de guardia fuera del horario y festivos.		x			
1.3.1.3	Se dispone de un área para Cirugía Mayor Ambulatoria		x			Plano del centro con indicación de la ubicación de Cirugía Mayor Ambulatoria
1.3.1.4	Se dispone de un área para Cirugía de Urgencias		x			Plano del centro con indicación de la ubicación de Cirugía de Urgencias
1.3.1.5	Se verificará el resultado de la inspección / verificación de aislamiento del quirófano.	KO	x			Copia del certificado de inspección eléctrica de quirófanos. Libro de registro oficial. Se presentará copia de las tres últimas revisiones y la última inspección realizara por un OCA
1.3.1.6	Se verificará el resultado del control microbiológico de quirófanos y salas de gran asepsia.	KO	x			Copia de analíticas de control de limpieza y desinfección de los quirófanos
1.3.1.7	Se verificará el resultado del control de la calidad del aire de quirófanos y salas de gran asepsia.	KO	x			Copia de analíticas de control de calidad del aire y copia de los cambios de filtros
1.3.1.8	Se dispone de equipamiento adecuado y homologado en quirófanos: mesa, desfibrilador, carro de anestesia, bisturí eléctrico, entre otros.		x			Copia de las revisiones de los equipos. Relación de los equipos y número de serie. Fotos de los equipos y de su etiqueta de serie y marcado CE o el de la correspondiente norma de seguridad
1.3.2	**Reanimación y Cuidados Intensivos**					

Nº	Criterio	KO	A	Cumple	No cumple	Observaciones
1	**REQUISITOS DEL CONVENIO**					
1.3.2.1	Se dispone de médico INTENSIVISTA con presencia física diaria (mínimo 2 horas en UCP y disponible para Urgencias		x			Copia del título, especialidad, recibo colegiación, recibo SRC El contrato de colaboración se ha verificado en un punto anterior. **Véase nota al final de apartado 1.1**
1.3.2.2	Existe una unidad de reanimación y de cuidados continuados (permanentes) que está diferenciada y con equipo para monitorización completa (ECG, TA, PO)		x			Plano de ubicación del área de reanimación y UCI en el plano general. Relación de equipos de monitorización con número de serie
1.3.2.3	Los carros de parada están sujetos a revisiones y verificación periódicos, para asegurar su correcto funcionamiento.		x			Copia de las revisiones del carro de parada. Listado de dotación del carro y número de serie de los equipos. Foto del carro y equipos
1.3.2.4	El numero de tomas eléctricas es suficiente y superior a ocho.		x			Foto de la unidad en la que se pueda apreciar las tomas de corriente
1.3.2.5	Las tomas de gases están duplicadas.		x			Foto de la unidad en la que se pueda apreciar las tomas de gases y su duplicidad
1.3.2.6	Existe un sistema que garantiza las restricciones en el acceso.		x			Foto del acceso a la unidad, con indicación del acceso restringido y detalle del sistema de acceso que evite la entrada de personas no autorizadas
1.3.2.7	Existe un control de caducidades de medicación y materiales en el área de UCI		x			Formulario de revisión de caducidades y chequeo del mes en curso y último mes
1.3.2.8	Existen, se aplican y son eficaces los protocolos de limpieza en la UCI.		x			Copia del protocolo de limpieza de la UCI y del registro de limpieza del mes en curso y mes anterior. Se debe poder identicar a la persona que los realiza
1.3.2.9	Existe un depósito de medicamentos en UCI conforme a una lista elaborada o autorizada por médico intensivista. Este depósito debe dar cobertura en horario de cierre de la Farmacia		x			Copia del listado de medicamentos en UCI con la firma del facultativo responsable.
1.3.2.10	La central de gases y el sistema está sujeto a un mantenimiento preventivo y se dispone de contrato para ello, que cubre también el mantenimento correctivo		x			Contrato de mantenimiento preventivo y correctivo de la central de gases. Copia de las revisiones de mantenimiento preventivo del último año

Nº	Criterio	KO	A	Cumple	No cumple	Observaciones
1	**REQUISITOS DEL CONVENIO**					
1.3.3	**Traumatología**					
1.3.3.1	Se dispone de médico especialista en CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATÓLOGÍA con presencia física diaria en Planta y en Urgencias (mínimo 2 horas) y cobertura de guardia fuera del horario y festivos		x			Contrato con traumatólogo, horario de cobertura de traumatólogo en planta y en urgencias, firmado por los traumatólogos y el director médico. **Véase nota al final de apartado 1.1**
1.3.4	**Medicina Interna**					
1.3.4.1	Se dispone de médico INTERNISTA con presencia física diaria en Planta y en Urgencias (mínimo 2 horas) y cobertura de guardia fuera del horario y festivos.		x			Contrato con internista, horario de cobertura de internistas en planta y en urgencias, firmado por los faultativos y el director médico
1.3.5	**Hemoterapia**					
1.3.5.1	Se dispone de médico especialista en HEMATOLOGÍA Y HEMOTOTERAPIA..		x			Contrato con especialista en Hematología y Hemoterapia. Copia del título y especialidad. Horario de cobertura del servicio, firmado por el especialista y el director médico. **Véase nota al final de apartado 1.1**
1.3.5.2	Se dispone de contrato de servicio de un técnico especialista en laboratorio con formación en técnicas de inmunohematología y en proceso transfusional.		x			Contrato con técnico especialista. Copia de título y de la formación en inmunohematología y procesos transfusional.en Hematología y Hemoterapia. Horario de cobertura del servicio, firmado por el especialista y el director médico.**Véase nota al final de apartado 1.1**
1.3.5.3	Se dispone de servicio de Hemoterapia y Banco o depósito de sangre		x			Plano de la ubicación. Se presentará la autorización de esta unidad.
1.3.6	**Farmacia Hospitalaria o Depósito de Medicamentos**					
1.3.6.1	Disponibilidad de Farmacia Hospitalaria o Depósito de Medicamentos con actividad continuada 24 h x 7 días		x			Plano con la ubicación de la farmacia o el depósito de medicamentos.

Nº	Criterio	KO	A	Cumple	No cumple	Observaciones
1	**REQUISITOS DEL CONVENIO**					
1.3.6.2	En caso de unidad de Farmacia, se dispone de farmacéutico con especialidad farmacia hospitalaria en caso de hospitales		x			En caso de unidad de farmacia, debe disponerse de un profesional adscrito al área. Presentar contrato, título, especialidad y colegiación. **Véase nota al final de apartado 1.1**
1.4	**ACTIVIDAD COMPLEJA**					**Se especifica la documentación necesaria pero no el requisito.**
1.4.1	Se dispone de contrato de servicio de médico CIRUJANO VASCULAR con asistencia en el centro		x			Contrato con cirujano vascular; título; especialidad; cuota de colegiación anual; recibo de SRC. **Véase nota al final de apartado 1.1**
1.4.2	Se dispone de contrato de servicio de médico NEUROLOGO con asistencia en el centro		x			Contrato con neurólogo; título; especialidad; cuota de colegiación anual; recibo de SRC. **Véase nota al final de apartado 1.1**
1.4.3	Se dispone de contrato de servicio de médico NEUROCIRUJANO con asistencia en el centro (presencia mínima semanal)		x			Contrato con neurocirujano; título; especialidad; cuota de colegiación anual; recibo de SRC. **Véase nota al final de apartado 1.1**
1.4.4	Se dispone de contrato de servicio de médico OFTALMÓLOGO con asistencia en el centro (presencia mínima semanal)		x			Contrato con oftalmólogo; título; especialidad; cuota de colegiación anual; recibo de SRC. **Véase nota al final de apartado 1.1**
1.4.5	Se dispone de contrato de servicio de médico ORL con asistencia en el centro (presencia mínima semanal)		x			Contrato con ORL; título; especialidad; cuota de colegiación anual; recibo de SRC. **Véase nota al final de apartado 1.1**
1.5	**SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO**					
1.5.1	Se dispone de contrato de servicio de médico RADIODIAGNÓSTICO para evaluación de resultados de pruebas		x			Contrato con radiólogos; título; especialidad; cuota de colegiación anual; recibo de SRC. En caso de ser externo el servicio se suministrará la misma información y además las autorizaciones del centro de RD. Copia de los informes de mantenimiento y calibración del último año **Véase nota al final de apartado 1.1**

Nº	Criterio	KO	A	Cumple	No cumple	Observaciones
1	**REQUISITOS DEL CONVENIO**					
1.5.2	Se dispone del área para diagnóstico y tratamiento por imagen, que incluye:- Rayos X- Ecografía- Contraste- RMN- TAC		x			Plano de ubicación del área de RD con las ubicaciones de los equipos. Relación de equipos: marca y número de serie
1.5.3	Existe un laboratorio de muestras, disponible de forma continua ante cualquier urgencia.		x			Plano de ubicación del área de laboratorio con las ubicaciones de los equipos. Relación de equipos: marca y número de serie Copia de los informes de mantenimiento y calibración del último año.
1.5.4	Se dispone de contrato para el servicio con personal para extracción y análisis de muestras de forma continua.		x			Relación del peronal del equipo de laboratorio, título, formación espcífica. Copia del título del responsable del servicio, especialidad, colegiación y SRC. En caso de ser externo se facilitará la misma información y además copia de la autorización de funcionamiento del servicio
1.5.5	Se dispone de contrato que cubre el mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos de electromedicina		x			Copia de contrato para el mantenimiento preventivo y correctivo, con la relación de equipos y sus nº de serie incluidos en dicho contrato. Copia de la última revisión de mantenimiento preventivo realizada en cada equipo.
1.5.6	Se dispone de contrato que cubre el mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos de análisis clínicos		x			Copia de contrato para el mantenimiento preventivo y correctivo, con la relación de equipos y sus nº de serie incluidos en dicho contrato. Copia de la última revisión de mantenimiento preventivo realizada en cada equipo.
1.5.7	Se dispone de los documentos de legalización y autorización de los equipos de RX y están disponibles las actas inspección de la UTPR		x			Copia del último acta de la UTPR para cada equipo sujeto a inspección
1.6	**ÁREA DE REHABILITACIÓN**					

Nº	Criterio	KO	A	Cumple	No cumple	Observaciones
1	**REQUISITOS DEL CONVENIO**					
1.6.1	Se dispone de contrato de servicio de médico especialista en REHABILITACIÓN (puede ser sustituido por TRAUMATÓLOGO) con asistencia en el centro con presencia mínima del horario de apertura de la unidad de Rehabilitación		x			Copía del contrato con médico rehabilitador, título, especialidad, cuota de colegiación anual, y cuota anual del SRC. Horario de prestación del servicio en el centro y horario del servicio de rehabilitación. **Véase nota al final de apartado 1.1**
1.6.2	Se dispone de contrato de servicio de FISIOTERAPEUTA con asistencia en el centro con presencia mínima del horario de apertura de la unidad de Rehabilitación		x			Copía del contrato con fisioterapeutas, títulos, especialidades, cuotas de colegiación anual, y cuotas del SRC.Horario de prestación del servicio en el centro, horario del servicio de fisioterapia y turnos del mes en curso y mes anterior.**Véase nota al final de apartado 1.1**
1.6.3	Se dispone de un área de Rehabilitación diferenciada del resto de áreas del centro		x			Plano de ubicación del área de Rehabilitación en el plano general
1.6.4	Se dispone de zona de mecanoterapia		x			Ubicación de la zona de mecanoterapia en plano del área de Rehabilitación. Indicar relación de equipos, serie y foto de la etiqueta CE
1.6.5	Se dispone de zona de fisioterapia		x			Ubicaciónde la zona de fisioterapia en plano del área de Rehabilitación. Indicar relación de equipos, serie y foto de la etiqueta CE
1.6.6	Se dispone de zona de electroterapia		x			Ubicaciónde la zona de electroterapia en plano del área de Rehabilitación. Indicar relación de equipos, serie y foto de la etiqueta CE
1.6.7	Se dispone de zona de cinesiterapia		x			Ubicaciónde la zona de cinesitrapia en plano del área de Rehabilitación. Indicar relación de equipos, serie y foto de la etiqueta CE
1.6.8	Todas las zonas anteriores permiten la prestación del servicio de forma simultánea (zonas separadas)		x			Se identificará en el plano general del área de Rehabilitación
1.7	**ESTERILIZACIÓN**					

Nº	Criterio	KO	A	Cumple	No cumple	Observaciones
1	**REQUISITOS DEL CONVENIO**					
1.7.1	Se dispone de protocolos de esterilización, aplicados a los diferentes actos clínicos que requieren asepsia (material de quirófanos, material de curas, etc.)		x			Copia de los protocolos de esterilización.
1.7.2	Existen registros de las actividades de esterilización.		x			Copia de registros de esterilización realizados en la semana anterior al envío de la documentación.
1.7.3	Se realizan test de verificación de la eficacia de la esterilización según una planificación		x			Copias de los resultados de los test de esterilización realizados la semana anterior al envío de la documentación
1.7.4	Se realiza el mantenimiento de los equipos de esterilización que aseguran su correcto funcionamiento.		x			Copia de las dos últimas revisones de mantenimiento de los esterilizadores del área de quirófanos.
1.7.5	El proceso de esterilización se aplica también a los equipos y materiales externos (equipo de los cirujanos, prótesis propiedad de los pacientes, etc.)		x			Copia de registros de esterilización realizados a material o equipos externos utilizados en quirófanos con actividad relacionada con el convenio, y otras realizadas a prótesis externas (aportadas por los pacientes)
1.8	**INSTALACIONES GENERALES**					
1.8.1	Se realiza la inspección de Baja Tensión con la frecuencia que establece el Reglamento correspondiente. El resultado de dicha inspección es positivo		x			Copia de la última inspección de Baja Tensión realizada por un OCA.
1.8.2	Se realiza la revisión de todo el sistema contra incendio, de acuerdo con el RIPCI de 2017. El resultado es positivo.Se incluye: sistemas de detección y proteccion, sistemas de alarma, sistemas de extinción, grupo de presión y central de alarma de incendios.		x			Copia del certificado de la última revisión de todos y cada uno de los sistemas, realizadas por empresas autorizadas.
1.8.3	Se realiza el mantenimiento preventivo y la verificación periódica de funcionamiento del grupo o grupos electrógenos.		x			Copias de las verificaciones de funcionamiento realizadas en los últimos tres meses y copia del último mantenimiento preventivo realizado. Información de la cobertura que da cada grupo electrógeno y potencia del o de los equipos.

Nº	Criterio	KO	A	Cumple	No cumple	Observaciones
1	**REQUISITOS DEL CONVENIO**					
1.8.4	Se dispone del Plan de Autoprotección y Emergencia actualizado.		x			Copia de la primera página del Plan de Autoprotección, con la fecha de edición o revisión y el justificante de su registro en el ente que corresponda de su Comunidad Autónoma, o en su defecto, de su presentación al servicio de Protección Civil del Ayuntamiento

NOTA	Cuando un centro no disponga en sus instalaciones de un determinado servicio y el Convenio de Tráfico le permita tenerlo subcontratado, el centro deberá aportar el contrato del servicio subcontratado y las mismas evidencias que se requieren al centro adscrito al convenio y que son objeto de la subcontratación.

Nº	Criterio	KO	B	Cumple	No cumple	Observaciones
1	**REQUISITOS DEL CONVENIO**					
1.1	**REQUISITOS GENERALES**					
1.1.1	Licencia de apertura (copia)		x			Copia licencia apertura
1.1.2	Titular de la gestión del centro (CIF o NIF)		x			Copia del CIF o del NIF del titular, que coincidirá con la información de las autorizaciones de la Consejería de Sanidad
1.1.3	Seguro de responsabilidad civil del centro (copia)		x			Copia del último recibo con fecha de vigencia del SRC
1.1.4	Están disponibles las Hojas de Reclamaciones oficiales y se aplica el sistema de respuesta a las reclamaciones oficiales, de acuerdo con el procedimiento establecido en la regulación de la Comunidad Autónoma.		x			Copia del libro u hojas con el sello del centro
1.1.5	Clasificación de centro o establecimiento sanitario con unidad de hospitalización autorizada		x			Copia de la autorización del centro y de las autorizaciones de servicios. Deberán estar vigentes y para todos los servicios de la oferta asistencial que se cita en los siguientes puntos. Deberá constar el número de camas autorizadas.
	Autorizaciones de funcionamiento (copia en la que consten todas las autorizaciones):					
1.1.6	U.1 Medicina general / de familia		x			
1.1.7	U.2 Enfermería		x			
1.1.8	U.55 Cirugía ortopédica y Traumatología		x			
1.1.9	U.13 Medicina interna		x			
1.1.10	U.43 Cirugía general y digestivo		x			
1.1.11	U.64 Cirugía menor ambulatoria		x			
1.1.12	U.35 Anestesia y Reanimación		x			
1.1.13	U.83 Farmacia		x			
1.1.14	U.84 Depósito de medicamentos		x			
1.1.15	U.88 Radiodiagnóstico		x			

Nº	Criterio	KO	B	Cumple	No cumple	Observaciones
1	**REQUISITOS DEL CONVENIO**					
1.1.16	U.57 Rehabilitación		X			
1.1.17	U.59 Fisioterapia		X			
1.1.18	Se dispone de médico de guardia con presencia física 24 horas		X			Documento de planificación de los turnos en el centro que muestre su presencia en el mismo. Presentar planificación del mes en curso y mes anterior. Documento firmado por los facultativos y el director médico.
						De los médicos y otros profesionales que cubren los servicios incluidos en los puntos 1.1.6 a 1.1.17 se presentará la relación de profesionales, copia del título y especialidad, copia del recibo anual de colegiación, copia recibo anual del SRC y los horarios de colaboración con el centro sanitario.De los médicos traumatólogo, internista, cirujano general, intensivista y anestesista, se dispondrá de copia de la parte del contrato en que aparezcan los horarios o tiempos de colaboracion para la prestación del servicio o copia de los TC1-TC2 en caso de profesionales contratados.
1.2	**ACTIVIDAD BÁSICA**					
1.2.1	**Cirugía General (1)**					
1.2.1.1	Se dispone de contrato de servicio de médico especialista en Cirugía General con presencia física diaria en Urgencias o quirófano (mínimo 2 horas) y cobertura de guardia fuera del horario y festivos.		X			**Véase nota al final de apartado 1.1**
1.2.1.2	Se dispone de contrato de servicio de médico especialista en Anestesia y Reanimación con presencia física diaria en Urgencias o quirófano (mínimo 2 horas) y cobertura de guardia fuera del horario y festivos.		X			
1.2.1.3	Se verificará el resultado de la inspección / verificación de aislamiento del quirófano.	KO	X			Copia del certificado de inspección eléctrica de quirófanos. Libro de registro oficial. Se presentará copia de las tres últimas revisiones y la última inspección realizara por un OCA

Nº	Criterio	KO	B	Cumple	No cumple	Observaciones
1	**REQUISITOS DEL CONVENIO**					
1.2.1.4	Se verificará el resultado del control microbiológico de quirófanos y salas de gran asepsia.	KO	x			Copia de analíticas de control de limpieza y desinfección de los quirófanos
1.2.1.5	Se verificará el resultado del control de la calidad del aire de quirófanos y salas de gran asepsia.	KO	x			Copia de analíticas de control de calidad del aire y copia de los cambios de filtros
1.2.1.6	Se dispone de equipamiento adecuado y homologado en quirófanos: mesa, desfibrilador, carro de anestesia, bisturí eléctrico, entre otros.		x			Copia de las revisiones de los equipos. Relación de los equipos y número de serie. Fotos de los equipos y de su etiqueta de serie y marcado CE o el de la correspondiente norma de seguridad
1.2.2	**Reanimación y Cuidados Continuados**					
1.2.2.1	Se dispone de médico que asiste el área de Reanimación y Cuidados Continuados con presencia física diaria y disponible para urgencias		x			Copia del título, especialidad, recibo colegiación, recibo SRC del médico responsable del área. El contrato de colaboración se ha verificado en un punto anterior. **Véase nota al final de apartado 1.1**
1.2.2.2	Existe una unidad de Reanimación y de Cuidados Continuados (permanentes) que está diferenciada y con equipo para monitorización		x			Plano de ubicación del área de reanimación y UCI en el plano general. Relación de equipos de monitorización con número de serie
1.2.2.3	Los carros de parada están sujetos a revisiones y verificación periódicos, para asegurar su correcto funcionamiento.		x			Copia de las revisiones del carro de parada. Listado de dotación del carro y número de serie de los equipos. Foto del carro y equipos
1.2.2.4	Se dispone de un contrato o acuerdo de colaboración con un centro de tipo A, ya evaluado para el convenio de tráfico, para derivación de lesionados en caso necesario		x			Copia (parte de interés para evidenciar la relación) del convenio de colaboración con el centro Tipo A que debe disponer de la adhesión al Convenio de Tráfico
1.2.3	**Traumatología**					
1.2.3.1	Se dispone de médico especialista en CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATÓLOGÍA con presencia física diaria (mínimo 2 horas) y cobertura de guardia fuera del horario y festivos		x			Contrato con traumatólogo, horario de cobertura de traumatólogo, firmado por los traumatólogos y el director médico. **Véase nota al final de apartado 1.1**

Nº	Criterio	KO	B	Cumple	No cumple	Observaciones
1	**REQUISITOS DEL CONVENIO**					
1.2.4	**Medicina Interna**					
1.2.4.1	Se dispone de médico INTERNISTA o FAMILIAR Y COMUNITARIA con presencia física diaria (mínimo 2 horas) y cobertura de guardia fuera del horario y festivos.		x			Contrato con internista, horario de cobertura de internistas o médico de familia y medicina comunitaria, firmado por los faultativos y el director médico
1.2.5	**Farmacia Hospitalaria o Depósito de Medicamentos (2)**					
1.2.5.1	Disponibilidad Depósito de Medicamentos o Farmacia **(2)**		x			Plano con la ubicación de la farmacia o el depósito de medicamentos.
1.2.5.2	En caso de unidad de Farmacia, se dispone de farmacéutico con especialidad farmacia hospitalaria en caso de hospitales (Centro tipo C1) **(2)**		x			En caso de unidad de farmacia, debe disponerse de un profesional adscrito al área. Presentar contrato, título, especialidad y colegiación. **Véase nota al final de apartado 1.1**
1.3	**SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO**					
1.3.1	Se dispone de contrato de servicio de médico RADIODIAGNÓSTICO para evaluación de resultados de pruebas		x			Contrato con radiólogos; título; especialidad; cuota de colegiación anual; recibo de SRC. En caso de ser externo el servicio se suministrará la misma información y además las autorizaciones del centro de RD. Copia de los informes de mantenimiento y calibración del último año **Véase nota al final de apartado 1.1**
1.3.2	Se dispone del área para diagnóstico y tratamiento por imagen, que incluye: - Rayos X - Ecografía		x			Plano de ubicación del área de RD con las ubicaciones de los equipos. Relación de equipos: marca y número de serie
1.3.3	Se dispone de contrato que cubre el mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos de electromedicina		x			Copia de contrato para el mantenimiento preventivo y correctivo, con la relación de equipos y sus nº de serie incluidos en dicho contrato.Copia de la última revisión de mantenimiento preventivo realizada en cada equipo.

Nº	Criterio	KO	B	Cumple	No cumple	Observaciones
1	**REQUISITOS DEL CONVENIO**					
1.3.4	Se dispone de los documentos de legalización y autorización de los equipos de RX y están disponibles las actas inspección de la UTPR		x			Copia del último acta de la UTPR para cada equipo sujeto a inspección
1.4	**ÁREA DE REHABILITACIÓN**					
1.4.1	Se dispone de contrato de servicio de médico especialista en REHABILITACIÓN (puede ser sustituido por TRAUMATÓLOGO) con asistencia en el centro con presencia mínima del horario de apertura de la unidad de Rehabilitación		x			Copía del contrato con médico rehabilitador, título, especialidad, cuota de colegiación anual, y cuota anual del SRC. Horario de prestación del servicio en el centro y horario del servicio de rehabilitación. **Véase nota al final de apartado 1.1**
1.4.2	Se dispone de contrato de servicio de FISIOTERAPEUTA con asistencia en el centro con presencia mínima del horario de apertura de la unidad de Rehabilitación		x			Copía del contrato con fisioterapeutas, títulos, especialidades, cuotas de colegiación anual, y cuotas del SRC. Horario de prestación del servicio en el centro, horario del servicio de fisioterapia y turnos del mes en curso y mes anterior. **Véase nota al final de apartado 1.1**
1.4.3	Se dispone de un área de Rehabilitación diferenciada del resto de áreas del centro		x			Plano de ubicación del área de Rehabilitación en el plano general
1.4.4	Se dispone de zona de mecanoterapia		x			Ubicación de la zona de mecanoterapia en plano del área de Rehabilitación. Indicar relación de equipos, serie y foto de la etiqueta CE
1.4.5	Se dispone de zona de fisioterapia		x			Ubicaciónde la zona de fisioterapia en plano del área de Rehabilitación. Indicar relación de equipos, serie y foto de la etiqueta CE
1.4.6	Se dispone de zona de electroterapia		x			Ubicaciónde la zona de electroterapia en plano del área de Rehabilitación. Indicar relación de equipos, serie y foto de la etiqueta CE
1.4.7	Se dispone de zona de cinesiterapia		x			Ubicaciónde la zona de cinesitrapia en plano del área de Rehabilitación. Indicar relación de equipos, serie y foto de la etiqueta CE

Nº	Criterio	KO	B	Cumple	No cumple	Observaciones
1	**REQUISITOS DEL CONVENIO**					
1.4.8	Todas las zonas anteriores permiten la prestación del servicio de forma simultánea (zonas separadas)		x			Se identificará en el plano general del área de Rehabilitación
1.5	**ESTERILIZACIÓN (3)**					
1.5.1	Se dispone de protocolos de esterilización, aplicados a los diferentes actos clínicos que requieren asepsia (material de quirófanos, material de curas, etc.)		x			Copia de los protocolos de esterilización.
1.5.2	Existen registros de las actividades de esterilización		x			Copia de registros de esterilización realizados en la semana anterior al envío de la documentación.
1.5.3	Se realizan test de verificación de la eficacia de la esterilización según una planificación		x			Copias de los resultados de loos test de esterilización realizados la semana anterior al envío de la documentación
1.5.4	Se realiza el mantenimiento de los equipos de esterilización que aseguran su correcto funcionamiento.		x			Copia de las dos últimas revisones de mantenimiento de los esterilizadores del área de quirófanos.
1.5.5	El proceso de esterilización se aplica también a los equipos y materiales externos (equipo de los cirujanos, prótesis propiedad de los pacientes, etc.)		x			Copia de registros de esterilización realizados a material o equipos externos utilizados en quirófanos con actividad relacionada con el convenio, y otras realizadas a prótesis externas (aportadas por los pacientes)
1.6	**INSTALACIONES GENERALES**					
1.6.1	Se realiza la inspección de Baja Tensión con la frecuencia que establece el Reglamento correspondiente. El resultado de dicha inspección es positivo		x			Copia de la última inspección de Baja Tensión realizada por un OCA.
1.6.2	Se realiza la revisión de todo el sistema contra incendio, de acuerdo con el RIPCI de 2017. El resultado es positivo. Se incluye: sistemas de detección y proteccion, sistemas de alarma, sistemas de extinción, grupo de presión y central de alarma de incendios (según los sistemas que disponga el centro)		x			Copia del certificado de la última revisión de todos y cada uno de los sistemas, realizadas por empresas autorizadas.

Nº	Criterio	KO	B	Cumple	No cumple	Observaciones
1	**REQUISITOS DEL CONVENIO**					
1.6.3	Se realiza el mantenimiento preventivo y la verificación periódica de funcionamiento del grupo o grupos electrógenos (en caso de que el centro disponga de quirofano o de otros equipos que precisen de este sistema de suministro eléctrico ante fallos en el suministro)		X			Copias de las verificaciones de funcionamiento realizadas en los últimos tres meses y copia del último mantenimiento preventivo realizado. Información de la cobertura que da cada grupo electrógeno y potencia del o de los equipos.
1.6.4	Se dispone del Plan de Autoprotección o de Emergencia actualizado, según aplique al centro		X			Copia de la primera página del Plan de Autoprotección, con la fecha de edición o revisión y el justificante de su registro en el ente que corresponda de su Comunidad Autónoma, o en su defecto, de su presentación al servicio de Protección Civil del Ayuntamiento

NOTA	Cuando un centro no disponga en sus instalaciones de un determinado servicio y el Convenio de Tráfico le permita tenerlo subcontratado, el centro deberá aportar el contrato del servicio subcontratado y las mismas evidencias que se requieren al centro adscrito al convenio y que son objeto de la subcontratación.
(1)	La justificación de estos criterios en los centros "B" aplicará en el caso que estos centros realicen esta actividad y tengan autorización para estas unidades.
(2)	La justificación de este criterio aplicará en el caso que el centro disponga de Farmacia.
(3)	Estos criterios aplican en el caso de equipos de esterilización que se utilicen para quirófano, en caso que el centro disponda de ellos sean utilizados bajo el ámbito del Conveno de Tráfico

Nº	Criterio	KO	C1	Cumple	No cumple	Observaciones
1	REQUISITOS DEL CONVENIO					
1.1	REQUISITOS GENERALES					
1.1.1	Licencia de apertura (copia)		x			Copia licencia apertura
1.1.2	Titular de la gestión del centro (CIF o NIF)		x			Copia del CIF o del NIF del titular, que coincidirá con la información de las autorizaciones de la Consejería de Sanidad
1.1.3	Seguro de responsabilidad civil del centro (copia)		x			Copia del último recibo con fecha de vigencia del SRC
1.1.4	Están disponibles las Hojas de Reclamaciones oficiales y se aplica el sistema de respuesta a las reclamaciones oficiales, de acuerdo con el procedimiento establecido en la regulación de la Comunidad Autónoma.		x			Copia del libro u hojas con el sello del centro
1.1.5	Clasificación de centro o establecimiento sanitario con unidad de hospitalización autorizada		x			Copia de la autorización del centro y de las autorizaciones de servicios. Deberán estar vigentes y para todos los servicios de la oferta asistencial que se cita en los siguientes puntos. Deberá constar el número de camas autorizadas.
	Autorizaciones de funcionamiento (copia en la que consten todas las autorizaciones):					
1.1.6	U.1 Medicina general / de familia		x			
1.1.7	U.2 Enfermería		x			
1.1.8	U.55 Cirugía ortopédica y Traumatología (sustituible por U.57)		x			
1.1.9	U.84 Depósito de medicamentos		x			
1.1.10	U.88 Radiodiagnóstico		x			
1.1.11	U.57 Rehabilitación (sustituible por U.55)		x			
1.1.12	U.59 Fisioterapia		x			

Nº	Criterio	KO	C1	Cumple	No cumple	Observaciones
1	**REQUISITOS DEL CONVENIO**					
						De los médicos y otros profesionales que cubren los servicios incluidos en los puntos 1.1.6 a 1.1.12 se presentará la relación de profesionales, copia del título y especialidad, copia del recibo anual de colegiación, copia recibo anual del SRC y los horarios de colaboración con el centro sanitario. De los médicos traumatólogo, internista, cirujano general, intensivista y anestesista, se dispondrá de copia de la parte del contrato en que aparezcan los horarios o tiempos de colaboracion para la prestación del servicio o copia de los TC1-TC2 en caso de profesionales contratados.
1.2	**ACTIVIDAD BÁSICA**					
1.2.1	**Traumatología**					
1.2.1.1	Se dispone de contrato de servicio de médico especialista en CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATÓLOGÍA (o médico especialista en REHABILITACIÓN) con asistencia en el centro de 2 horas diarias o 10 horas semanales		x			Contrato con traumatólogo o rehabilitador, horario de cobertura, firmado por el/los facultativo/s y el director médico. **Véase nota al final de apartado 1.1**
1.2.2	**Depósito de Medicamentos**					
1.2.2.1	Disponibilidad Depósito de Medicamentos		x			Plano con la ubicación del depósito de medicamentos.
1.3	**SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO**					
1.3.1	Se dispone de contrato de servicio de médico RADIODIAGNÓSTICO para evaluación de resultados de pruebas		x			Contrato con radiólogos; título; especialidad; cuota de colegiación anual; recibo de SRC. En caso de ser externo el servicio se suministrará la misma información y además las autorizaciones del centro de RD. Copia de los informes de mantenimiento y calibración del último año **Véase nota al final de apartado 1.1**

Nº	Criterio	KO	C1	Cumple	No cumple	Observaciones
1	**REQUISITOS DEL CONVENIO**					
1.3.2	Se dispone del área para diagnóstico y tratamiento por imagen, que incluye: - Rayos X - Ecografía		x			Plano de ubicación del área de RD con las ubicaciones de los equipos. Relación de equipos: marca y número de serie
1.3.3	Se dispone de contrato que cubre el mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos de electromedicina		x			Copia de contrato para el mantenimiento preventivo y correctivo, con la relación de equipos y sus nº de serie incluidos en dicho contrato. Copia de la última revisión de mantenimiento preventivo realizada en cada equipo.
1.3.4	Se dispone de los documentos de legalización y autorización de los equipos de RX y están disponibles las actas inspección de la UTPR		x			Copia del último acta de la UTPR para cada equipo sujeto a inspección
1.4	**ÁREA DE REHABILITACIÓN**					
1.4.1	Se dispone de contrato de servicio de médico especialista en REHABILITACIÓN (sustituible por TRAUMATÓLOGO) con asistencia en el centro con presencia mínima del horario de apertura de la unidad de Rehabilitación		x			Copia del contrato con médico rehabilitador, título, especialidad, cuota de colegiación anual, y cuota anual del SRC. Horario de prestación del servicio en el centro y horario del servicio de rehabilitación. **Véase nota al final de apartado 1.1**
1.4.2	Se dispone de contrato de servicio de FISIOTERAPEUTA con asistencia en el centro con presencia mínima del horario de apertura de la unidad de Rehabilitación		x			Copia del contrato con fisioterapeutas, títulos, especialidades, cuotas de colegiación anual, y cuotas del SRC. Horario de prestación del servicio en el centro, horario del servicio de fisioterapia y turnos del mes en curso y mes anterior. **Véase nota al final de apartado 1.1**
1.4.3	Se dispone de un área de Rehabilitación diferenciada del resto de áreas del centro		x			Plano de ubicación del área de Rehabilitación en el plano general
1.4.4	Se dispone de zona de mecanoterapia		x			Ubicación de la zona de mecanoterapia en plano del área de Rehabilitación. Indicar relación de equipos, serie y foto de la etiqueta CE

Nº	Criterio	KO	C1	Cumple	No cumple	Observaciones
1	**REQUISITOS DEL CONVENIO**					
1.4.5	Se dispone de zona de fisioterapia		x			Ubicaciónde la zona de fisioterapia en plano del área de Rehabilitación. Indicar relación de equipos, serie y foto de la etiqueta CE
1.4.6	Se dispone de zona de electroterapia		x			Ubicaciónde la zona de electroterapia en plano del área de Rehabilitación. Indicar relación de equipos, serie y foto de la etiqueta CE
1.4.7	Se dispone de zona de cinesiterapia		x			Ubicaciónde la zona de cinesitrapia en plano del área de Rehabilitación. Indicar relación de equipos, serie y foto de la etiqueta CE
1.4.8	Todas las zonas anteriores permiten la prestación del servicio de forma simultánea (zonas separadas)		x			Se identificará en el plano general del área de Rehabilitación
1.5	**INSTALACIONES GENERALES**					
1.5.1	Se realiza la revisión de todo el sistema contra incendio, de acuerdo con el RIPCI de 2017. El resultado es positivo. Se incluye: sistemas de detección y proteccion, sistemas de alarma, sistemas de extinción, etc. (según los sistemas que disponga el centro)		x			Copia del certificado de la última revisión de todos y cada uno de los sistemas, realizadas por empresas autorizadas.
1.5.2	Se dispone del Plan de Autoprotección o de Emergencia actualizado, según aplique al centro		x			Copia de la primera página del Plan de Autoprotección, con la fecha de edición o revisión y el justificante de su registro en el ente que corresponda de su Comunidad Autónoma, o en su defecto, de su presentación al servicio de Protección Civil del Ayuntamiento

NOTA	Cuando un centro no disponga en sus instalaciones de un determinado servicio y el Convenio de Tráfico le permita tenerlo subcontratado, el centro deberá aportar el contrato del servicio subcontratado y las mismas evidencias que se requieren al centro adscrito al convenio y que son objeto de la subcontratación.

Nº	Criterio	KO	C2	Cumple	No cumple	Observaciones
1	**REQUISITOS DEL CONVENIO**					
1.1	**REQUISITOS GENERALES**					
1.1.1	Licencia de apertura (copia)		x			Copia licencia apertura
1.1.2	Titular de la gestión del centro (CIF o NIF)		x			Copia del CIF o del NIF del titular, que coincidirá con la información de las autorizaciones de la Consejería de Sanidad
1.1.3	Seguro de responsabilidad civil del centro (copia)		x			Copia del último recibo con fecha de vigencia del SRC
1.1.4	Están disponibles las Hojas de Reclamaciones oficiales y se aplica el sistema de respuesta a las reclamaciones oficiales, de acuerdo con el procedimiento establecido en la regulación de la Comunidad Autónoma.		x			Copia del libro u hojas con el sello del centro
	Autorizaciones de funcionamiento (copia en la que consten todas las autorizaciones):					
1.1.5	U.55 Cirugía ortopédica y Traumatología (sustituible por U.57)		x			
1.1.6	U.57 Rehabilitación (sustituible por U.55)		x			
1.1.7	U.59 Fisioterapia		x			
						De los médicos y otros profesionales que cubren los servicios incluidos en los puntos 1.1.5 a 1.1.7 se presentará la relación de profesionales, copia del título y especialidad, copia del recibo anual de colegiación, copia recibo anual del SRC y los horarios de colaboración con el centro sanitario. De los médicos traumatólogo, internista, cirujano general, intensivista y anestesista, se dispondrá de copia de la parte del contrato en que aparezcan los horarios o tiempos de colaboracion para la prestación del servicio o copia de los TC1-TC2 en caso de profesionales contratados.
1.2	**TRAUMATOLOGÍA**					

Nº	Criterio	KO	C2	Cumple	No cumple	Observaciones
1	**REQUISITOS DEL CONVENIO**					
1.2.1	Se dispone de contrato de servicio de médico especialista en CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATÓLOGÍA (o médico especialista en REHABILITACIÓN) con presencia física en el centro de 2 horas diarias o 10 horas semanales **(1)**		x			Contrato con traumatólogo o rehabilitador, horario de cobertura, firmado por el/los facultativo/s y el director médico. **Véase nota al final de apartado 1.1**
1.3	**ÁREA DE REHABILITACIÓN**					
1.3.1	Se dispone de contrato de servicio de médico especialista en REHABILITACIÓN (sustituible por TRAUMATÓLOGO) con asistencia en el centro con presencia mínima del horario de apertura de la unidad de Rehabilitación **(1)**		x			Copía del contrato con médico rehabilitador, título, especialidad, cuota de colegiación anual, y cuota anual del SRC. Horario de prestación del servicio en el centro y horario del servicio de rehabilitación. **Véase nota al final de apartado 1.1**
1.3.2	Se dispone de contrato de servicio de FISIOTERAPEUTA con asistencia en el centro con presencia mínima del horario de apertura de la unidad de Rehabilitación		x			Copía del contrato con fisioterapeutas, títulos, especialidades, cuotas de colegiación anual, y cuotas del SRC. Horario de prestación del servicio en el centro, horario del servicio de fisioterapia y turnos del mes en curso y mes anterior. **Véase nota al final de apartado 1.1**
1.3.3	Se dispone de un área de Rehabilitación diferenciada del resto de áreas del centro		x			Plano de ubicación del área de Rehabilitación en el plano general
1.3.4	Se dispone de zona de mecanoterapia		x			Ubicación de la zona de mecanoterapia en plano del área de Rehabilitación. Indicar relación de equipos, serie y foto de la etiqueta CE
1.3.5	Se dispone de zona de fisioterapia		x			Ubicaciónde la zona de fisioterapia en plano del área de Rehabilitación. Indicar relación de equipos, serie y foto de la etiqueta CE
1.3.6	Se dispone de zona de electroterapia		x			Ubicaciónde la zona de electroterapia en plano del área de Rehabilitación. Indicar relación de equipos, serie y foto de la etiqueta CE

Nº	Criterio	KO	C2	Cumple	No cumple	Observaciones
1	**REQUISITOS DEL CONVENIO**					
1.3.7	Se dispone de zona de cinesiterapia		x			Ubicaciónde la zona de cinesitrapia en plano del área de Rehabilitación. Indicar relación de equipos, serie y foto de la etiqueta CE
1.3.8	Todas las zonas anteriores permiten la prestación del servicio de forma simultánea (zonas separadas)		x			Se identificará en el plano general del área de Rehabilitación
1.4	**INSTALACIONES GENERALES**					
1.4.1	Se realiza la revisión de todo el sistema contra incendio, de acuerdo con el RIPCI de 2017. El resultado es positivo. Se incluye: sistemas de detección y proteccion, sistemas de alarma, sistemas de extinción, etc. (según los sistemas que disponga el centro)		x			Copia del certificado de la última revisión de todos y cada uno de los sistemas, realizadas por empresas autorizadas.
1.4.2	Se dispone del Plan de Emergencia del centro		x			Copia de la primera página del Plan de Emergencia con la fecha de edición o revisión.

NOTA	Cuando un centro no disponga en sus instalaciones de un determinado servicio y el Convenio de Tráfico le permita tenerlo subcontratado, el centro deberá aportar el contrato del servicio subcontratado y las mismas evidencias que se requieren al centro adscrito al convenio y que son objeto de la subcontratación.
(1)	La presencia física de 2 horas diarias o 10 horas semanales puede ser cubierto por cualquiera de los dos especialistas o entre ambos

Nº	Criterio	KO	A	B	C1	C2	Cumple	No cumple	Observaciones
2	**REQUISITOS LEGALES**								
2.1	**Permisos y licencias**								
2.1.1	Licencia de apertura (copia)		x	x	x	x			Estos criterios se evidencian según se ha detallado en la parte específica del cuestionario
2.1.2	Titular de la gestión del centro (CIF o NIF)		x	x	x	x			
2.1.3	Seguro de responsabilidad civil del centro (copia)		x	x	x	x			
2.1.4	Están disponibles las Hojas de Reclamaciones oficiales y se aplica el sistema de respuesta a las reclamaciones oficiales, de acuerdo con el procedimiento establecido en la regulación de la Comunidad Autónoma.		x	x	x	x			
2.2	**Recursos humanos**								
2.2.1	Están verificados los expedientes del personal y de los profesionales que aseguran la competencia profesional: título y especialidad	KO	x	x	x	x			Estos criterios se evidencian según se ha detallado en la parte específica del cuestionario
2.2.2	Se verifica que los profesionales médicos estén colegiados, así como otros técnicos que la requieran. La colegiación debe estar en vigor		x	x	x	x			
2.2.3	Los profesionales médicos y los otros técnicos disponen de un seguro individual de responsabilidad civil para sus actos. El seguro está en vigor		x	x	x	x			
	Se verificarán los tres puntos anteriores para:								
2.2.4	Médico especialista en Medicina de familia y comunitaria		x	x	x				
2.2.5	Enfermeros/DUES		x	x	x				
2.2.6	Médico de urgencia		x						
2.2.7	Médico especialista en Cirugía ortopédica y Traumatología		x	x	x	x			
2.2.8	Internista		x	x					

Nº	Criterio	KO	A	B	C1	C2	Cumple	No cumple	Observaciones
2	REQUISITOS LEGALES								
2.2.9	Médico especialista en cirugía general y del aparato digestivo (1)		x	x					
2.2.10	Médico con la especialidad que se corresponda con la cirugía mayor		x						
2.2.11	Médico especialista en Medicina intensiva		x						
2.2.12	Médico especialista en Anestesiología y Reanimación (1)		x	x					
2.2.13	Médico especialista en Hematología y Hemoterapia		x						
2.2.14	Farmacéutico (2)		x	x					
2.2.15	Médico especialista en Angiología y Cirugía vascular		x						
2.2.16	Médico especialista en Neurología		x						
2.2.17	Médico especialista en Neurocirugía		x						
2.2.18	Médico especialista en Oftalmología		x						
2.2.19	Médico especialista en Otorrinolaringología		x						
2.2.20	Médico especialista en Radiodiagnóstico		x	x	x				
2.2.21	Médico especialista en Medicina física y rehabilitación		x	x	x	x			
2.2.22	Fisioterapeuta		x	x	x	x			
2.2.23a	Se verificará la formación y competencia del personal técncico de: - Diagnóstico por imagen - Laboratorio - Farmacia - Urgencias - UCI - Banco de sangre o depósito .	KO	x						

Nº	Criterio	KO	A	B	C1	C2	Cumple	No cumple	Observaciones
2	**REQUISITOS LEGALES**								
2.2.23b	Se verificará la formación y competencia del personal técncico de: - Diagnóstico por imagen - Farmacia (cuando se disponga de este servicio)	KO		x					
2.2.24	Se verificará la formación o cualificación técnica del personal que realice el mantenimiento de quirófanos.		x	x					
2.3	**Contratación y requisitos legales generales**								
2.3.1	En los contratos con las aseguradoras, éstos están revisados y firmados por una persona con poder suficiente		x	x	x	x			Copia de dos ejemplos de firma de contrato con aseguradoras y acompañado de la justificación del apoderado y de su DNI
2.3.1	Existe una aceptación formal de las tarifas y servicios por parte de una persona con poder suficiente.		x	x	x	x			Documento del apoderado o dirección del centro, con la autorización de las tarifas vigentes y copia del DNI
2.3.2	Para el cumplimiento del REPD (proteccion de datos), existen protocolos de seguridad, las fichas de los tipos de ficheros, la formación	KO	x	x	x	x			Copia del certificado de la implantación del REPD, la relación de ficheros y justificante de la formación al personal
2.3.2	Para el cumplimiento del REPD (proteccion de datos),a todos los usuarios (pacientes, lesionados, etc.) se les entrega el documento informativo sobre la utilización de sus datos	KO	x	x	x	x			Copia de los documentos informativos que se entregan a los pacientes o familiares sobre el uso de sus datos personales
2.3.3	El acceso a los datos personales de nivel de seguridad alta cumple con los requisitos de seguridad necesarios: informe de auditroría		x	x	x	x			Copia del informe de auditoría en el que conste este criterio y el resultado del mismo
2.3.4	Sobre la seguridad de los datos en soporte digital. Existen copias de seguridad y se garantiza la protección de la integridad de los datos.		x	x	x	x			Copia del informe de auditoría en el que conste este criterio y el resultado del mismo. Informar sobre el sistema utilizado para las copias de seguridad de los datos

Nº	Criterio	KO	A	B	C1	C2	Cumple	No cumple	Observaciones
2	**REQUISITOS LEGALES**								
2.3.5	Se dispone de un plan de prevención de riesgos laborales, la evaluación de riesgos, las evidencias de la implantación de las medidas preventivas y se realizan revisiones y actualizaciones periódicas		x	x	x	x			Copia del documento de la última actualización de la evaluación de riesdos laborales y del último informe del simulacro de emergencia (evacuación)
2.3.6	Existe un contrato con un gestor de residuos peligrosos para la retirada de dichos residuos y se cumplen los plazos legalmente establecidos para ello.		x	x	x				Copia del contrato y documento DCS de las últimas retiradas. Relación de residuos peligrosos declarados con su código LER
2.3.7	Se cumplen los requisitos de la legislación sanitaria: Ley de autonomía del paciente, Ley General de Sanidad, ...		x	x	x	x			Informe de inspección sanitaria
2.3.8	Se tiene realizada la inspección de Baja Tensión y es positiva		x	x					Copia del certificado de la inspección
2.3.9	Se realiza el mantenimiento periódico de todo el sistema contra incendios		x	x	x	x			Copia del certificado de revisión
2.3.10	Se realizan el mantenimiento preventivo de grupo electrógeno		x	x					Copia del informe de mantenimiento
2.3.11	Se dispone del Plan de Autoprotección		x	x	x				Copia del pagina inicial del documento con fecha de actualización y registro en órgano competente
2.3.12	Se dispone del Plan de Emergencia					x			Copia del pagina inicial del documento con fecha de actualización
2.4	**Compras, aprovisionamientos y proveedores**								

Nº	Criterio	KO	A	B	C1	C2	Cumple	No cumple	Observaciones
2	**REQUISITOS LEGALES**								
2.4.1	Todos los equipos y máquinas (equipos tecnológicos) de monitorización, medición o control, disponen del marcado "CE" (conformidad).		x	x	x	x			Se evidencia mediante foto de la etiqueta del equipo y el certificado de acompañamiento con la documentación del mismo. Este criterio se evidencia según se ha detallado en la parte específica del cuestionario y para los equipos concretados
2.4.2	Se asegura la idoneidad y el marcado CE de todos los materiales de uso clínico (fungibles y no fungibles)	KO	x	x	x	x			Se evidencia en el etiquetado de todo el material fungible y no fungible utilizado. Fotos de diferentes materiales: cánulas, jeringas, vendas, guantes, etc.
2.4.3	Todos los equipos y medios utilizados en rehabilitación, incluidos los estáticos, disponen del marcado "CE" (conformidad).	KO	x	x	x	x			Se evidencia en el etiquetado de todos los equipos y medios utilizados en el área de Rehabilitación. Fotos de en los que aparezca el etiquetado CE, el etiquetado del equipo y el propio equipo

NOTA	Cuando un centro no disponga en sus instalaciones de un determinado servicio y el Convenio de Tráfico le permita tenerlo subcontratado, el centro deberá aportar el contrato del servicio subcontratado y las mismas evidencias que se requieren al centro adscrito al convenio y que son objeto de la subcontratación.
(1)	La justificación de estos criterios en los centros "B" aplicará en el caso que estos centros realicen esta actividad y tengan autorización para estas unidades.
(2)	La justificación de este criterio aplicará en el caso que el centro disponga de Farmacia.