

	NOMBRE FORMATO DE EVALUADORES PARA SIMULACRO		CÓDIGO 13-1-FT-029
	TIPO DE DOCUMENTO FORMATO	PROCESO APOYO	VERSIÓN 001

Fecha de simulacro	
Lugar del evento	
Área o zona a evaluar	
Nombre del evento a evaluar:	
Nombre del evaluador:	
Hora inicio información a familiares:	Hora finalización información a familiares:

EVALUACIÓN GENERAL

GESTIÓN DE INFORMACIÓN				
Aspectos a evaluar	SI	NO	Parcial	N/A
¿El personal responsable conoce las funciones a realizar?				
¿Se identifica claramente la zona de expansión para información a familiares?				
¿Se identifica claramente la persona encargada en esta área?				
¿Se identifica oportunamente la ubicación de los equipos y elementos necesarios para prestar el servicio de información?				
¿La información dada a los familiares es clara, precisa y de acuerdo al censo de pacientes?				
Se mantiene control y organización en el área habilitada para medios de comunicación				
¿El servicio prestado de información es oportuno, verídico y confiable durante la atención de la emergencia?				
¿Se direcciona correctamente a los familiares sobre el lugar de información?				
¿La zona de información se encuentra debidamente señalizada?				
¿La capacidad de respuesta de la zona de expansión cumple con el propósito?				

Descripción de observaciones