

	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 para evaluar					
Nombre del evento a evaluar:					
Nombre del evaluador:					
Hora comunicado 1:		Hora comunicado 2:		Hora comunicado 3:	

EVALUACIÓN GENERAL

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

Descripción de observaciones