

DIAGNÓSTICO
ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL
CON ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS
2018

1.- DATOS GENERALES DE LA ORGANIZACIÓN, INSTITUCIÓN O SIMILAR.

En la ciudad de _____, Guanajuato, siendo las _____ horas, del día ____ de _____ del 2018

Nombre del Entrevistador(es): _____

Nombre de la Organización Civil: _____

Tipo de Organización Civil: _____

Dirección: _____

Calle y No. _____

Colonia o Comunidad / Municipio.

Teléfono: (Fijo) _____ (Móvil) _____

Horarios de Atención al Público: _____ Horario de Visita Familiar: _____

Año de Inicio en Operación: _____

1.1.- DOCUMENTACIÓN DE LA INSTITUCIÓN

| DOCUMENTO | SÍ | NO | OBSERVACIONES |
|--|-----------|-----------|----------------------|
| Acta Constitutiva de la Organización como Asociación Civil. | | | |
| Expedientes Generales (Administrativo De residentes). | | | |
| Expedientes Médicos. (De residentes). | | | |
| Reglamento Interno. | | | |
| Manual Organización. | | | |
| Manual de Personal. | | | |
| Programa General de Trabajo. | | | |
| Está inscrito en algún Padrón de Organizaciones de Asistencia Social. | | | |
| Constancia expedida por la Secretaría de Salud (denominada Licencia de Funcionamiento y Responsable Médico) | | | |
| Programa Interno de Protección Civil | | | |
| Constancia expedida por protección civil (Denominado Certificación de Visto Bueno) | | | |
| Registro ante la Secretaría de Desarrollo Social y Humano, como A.C. | | | |
| Constancia expedida por bomberos. | | | |
| Identificación Oficial de Representantes y | | | |

| | | | |
|---|--|--|--|
| Directivos de Organización de Asistencia Social | | | |
| Carta de antecedentes penales de los directivos y representante expedida por la PGJEG. (comentar que al momento de solicitar la certificación se le pedirá y éste no debe de aparecer con antecedentes, pues caso contrario estará impedido) | | | |
| Dictamen expedido por la procuraduría social sobre idoneidad de espacios físicos. | | | |
| Incorporación al Directorio Nacional de Instituciones de Asistencia Social. (DNIAS) | | | |
| Programa nutricional. (Realizado por profesionalista Nutriólogo). | | | |
| Números de emergencias a la vista. (Bomberos, Protección Civil, Cruz Roja, Seguridad Pública, etc) | | | |
| Certificado de Registro y Funcionamiento. (expedido por el Consejo Estatal de Asistencia Social) | | | |

SOSTENIMIENTO DE LA INSTITUCIÓN:

| | | | |
|-------------------|--|-----------------------|--|
| Patronato | | Asamblea de asociados | |
| Consejo directivo | | Comité ejecutivo | |
| Voluntariado | | Cuotas mensuales | |
| Otro especifique: | | | |

DATOS DEL DIRECTOR, RESPONSABLE O REPRESENTANTE LEGAL.

Nombre: _____ Escolaridad: _____

Cargo / Tiempo _____ Identificación: _____

Teléfono: Teléfono: (Fijo) _____ (Móvil) _____

Correo electrónico: _____

Dirección: _____.

DATOS GENERALES DE LA PERSONA QUE ATIENDE LA PRESENTE VISITA.

Nombre: _____, Cargo: _____.

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____.

Identificación: _____.

SERVICIOS:

| | |
|---|--|
| Albergue temporal para Adultos Mayores. | |
| Casa hogar para Adultos Mayores. | |
| Casa de día para Adultos Mayores. | |
| Otro Especificar: | |

| REQUISITOS PARA INGRESO | |
|--------------------------------|--|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

CAPACIDAD TOTAL DENTRO DE LA INSTITUCIÓN.

| | |
|-------|--|
| Total | |
|-------|--|

MORTALIDAD

| GÉNERO | AÑO | CANTIDAD |
|---------------|------------|-----------------|
|---------------|------------|-----------------|

2.- RECURSOS MATERIALES Y HUMANOS

2.1.- INMUEBLE

ESTATUS LEGAL:

| | | | | | | |
|--------|--|---------|--|----------|--|-------|
| PROPIO | | RENTADO | | COMODATO | | OTRO: |
|--------|--|---------|--|----------|--|-------|

INFRAESTRUCTURA DE INMUEBLE Y BARRERAS ARQUITECTONICAS.

| ESPACIO | SÍ | NO | CANTIDAD | OBSERVACIONES |
|---|-----------|-----------|-----------------|----------------------|
| 1.- Oficinas | | | | |
| 2.- Estacionamiento | | | | |
| 3.- Dormitorios Femeninos | | | | |
| 4.- Dormitorios Masculinos | | | | |
| 5.- Dormitorios Conyugales | | | | |
| 6.- Regaderas para mujeres | | | | |
| 7.- Regaderas para Hombres | | | | |
| 8.- Regaderas Mixtas. | | | | |
| 9.- Retretes. | | | | |
| 10.- Lavabos. | | | | |
| 11.- Baños de Mujeres. | | | | |
| 12.- Baños de Hombres. | | | | |
| 13.- Baños mixtos. | | | | |
| 14.- Sanitarios para uso exclusivo de personal. | | | | |
| 15.- Comedor | | | | |
| 16.- Patio o áreas verdes | | | | |

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| 17.- Sala de esparcimiento | | | | |
| 18.- Salón de usos múltiples | | | | |
| 19.- Capilla | | | | |
| 20.- Área de almacenamiento de alimentos. | | | | |
| 21.- Área de preparación de alimentos. (cocina). | | | | |
| 22.- 20 y 21, con limitantes de acceso a los residentes. | | | | |
| 23.- Área para desarrollo de actividades físicas. | | | | |
| 24.- Espacio para atención Psicológica. | | | | |
| 25.- Espacio para atención médica y de enfermería | | | | |
| 26.- Área de lavandería. | | | | |
| 27.- Área de ropería. | | | | |
| 28.- Rampas. | | | | |
| 29.- vestíbulo. | | | | |
| 30.- Elevador. | | | | |
| 31.- Escaleras. | | | | |
| 32.-Pasamano barandal pasillos comunes. (barras de apoyo) | | | | |
| 33.- Módulos de Atención. | | | | |
| 34.- Mingitorios. | | | | |
| 35.- Iluminación natural. | | | | |
| 36.- Iluminación Artificial. | | | | |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| 37.- Ventilación Adecuada. | | | | |
| 38.- Pisos antiderrapante. | | | | |
| 39.- Aseo y Limpieza. | | | | |
| 40.- Pasamanos y barandal en escaleras. | | | | |
| 41.- Salida de emergencia. | | | | |
| 42.- Extintores en Lugares estratégicos. | | | | |
| 43.- Señalética para ruta de evacuación. | | | | |
| 44.- Señalética informativa. | | | | |
| 45.- Guarniciones y banquetas. | | | | |
| 46.- Estacionamientos. | | | | |
| 47.- Sala de T.V. | | | | |
| 48.- Sala de usos múltiples. | | | | |
| 49.- Luces de emergencia | | | | |
| 50.- Detectores de Humo. | | | | |
| 51.- Sistema de Alarma de emergencia Sonora | | | | |
| 52.-Almacenamiento de Agua. | | | | |
| 53.- Instalación eléctrica con interruptores termo magnéticos polarizados. | | | | |
| 54.-Red de Agua Caliente | | | | |
| | | | | |

| CONDICIONES VEHÍCULARES | SÍ | NO |
|--|-----------|-----------|
| Cuentan con vehículo: Cantidad: _____ | | |
| Verificación vehicular. fecha: _____ | | |
| Póliza de Seguro: | | |
| Licencia Tipo _____ | | |

Observaciones:

| PRIMEROS AUXILIOS Y EQUIPO MÉDICO | SÍ | NO |
|---|-----------|-----------|
| • BOTIQUIN DE PRIMEROS AUXILIOS. | | |
| • TANQUE DE OXIGENO | | |
| • ALCOHOL | | |
| • ESTETOSCOPIO BIAURICULAR | | |
| • MÉDICO | | |
| • ENFERMERA | | |
| • MANÓMETRO | | |
| • ASPIRADOR DE SECRECIONES (ADULTO MAYOR) | | |
| • ESTUCHE DE DIAGNÓSTICO (OFTALMOSCOPIO, RINOSCOPIO Y OTOSCOPIO.) | | |
| • ESFINGOMANÓMETRO. | | |

2.2.- RECURSOS HUMANOS

2.2.1- NÚMERO DE TRABAJADORES DE LA INSTITUCIÓN:

| TIPO | CANTIDAD | OBSERVACIONES |
|--------------|----------|---------------|
| BASE | | |
| HONORARIOS. | | |
| VOLUNTARIOS. | | |

| <u>RECURSO HUMANO</u> | | | | |
|-----------------------|--------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|
| EXISTE ORGANIGRAMA | | <input type="checkbox"/> | NO EXISTE ORGANIGRAMA | <input type="checkbox"/> |
| No. | NOMBRE | FUNCIÓN | ANTIGÜEDAD | |
| | | | | |
| | | | | |

PERSONAL QUE LABORA EN LA INSTITUCIÓN

| CARGO | SÍ | NO | CANTIDAD | CLASIFICACIÓN DEL PUESTO (NÓMINA, HONORARIOS O VOLUNTARIO) | DÍAS QUE LABORAN | HORARIO |
|----------|----|----|----------|--|------------------|---------|
| DIRECTOR | | | | | | |

| | | | | | | |
|-----------------------|--|--|--|--|--|--|
| ADMINISTRADOR | | | | | | |
| SECRETARIA | | | | | | |
| MÉDICO | | | | | | |
| NUTRIOLOGO | | | | | | |
| PSICOLOGO (A) | | | | | | |
| TRABAJADOR SOCIAL (A) | | | | | | |
| ENFERMERO (A) | | | | | | |
| CUIDADORES | | | | | | |
| COCINERO | | | | | | |
| VIGILANTE | | | | | | |
| INTENDENTE | | | | | | |
| OTROS: | | | | | | |

ACTIVIDADES PREVENTIVAS.

| ACTIVIDAD | SÍ | NO | DÍAS | HORARIOS | FACILITADOR | ASISTENTES. |
|--------------|----|----|------|----------|-------------|-------------|
| CULTURAL | | | | | | |
| DEPORTIVA | | | | | | |
| RECREATIVA | | | | | | |
| PRODUCTIVA | | | | | | |
| ESTIMULACIÓN | | | | | | |

ASEO PERSONAL.

| ACTIVIDAD | DÍAS | HORARIOS | ENCARGADO(A) DE LA REALIZACIÓN. | OBSERVACIONES. |
|------------------------------|-------------|-----------------|--|-----------------------|
| BAÑO. | | | | |
| ASEO UÑAS (MANOS Y PIES). | | | | |
| CORTE DE PELO. | | | | |
| LAVADO BUCAL. | | | | |
| MANTENIMIENTO PROTESIS BUCAL | | | | |

El presente diagnóstico jurídico y situacional, se levanta con fundamento en la Ley de Organizaciones de Asistencia Social, Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores para el Estado de Guanajuato, Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, Ley de Desarrollo Social y Humano para el Estado de Guanajuato, la Norma 031-SSA3-2012 y demás aplicables al presente caso y materia.

La base de datos e información aquí vertidos y proporcionado por la Organización Social Civil con Objeto asistencial a las Personas Adultas Mayores, se encuentran debidamente protegidos bajo el principio de confidencialidad por el recabador, pues los mismos son manejados con secrecía única y exclusivamente para las funciones propias y naturales de quien las trabaja, con la finalidad de que prevalezcan en todo momento los Derechos Humanos de las Personas Adultas Mayores. En consecuencia dichos datos se encuentran protegidos, vigilados y regulados, así como en su caso las sanciones correspondientes por el mal uso de los mismos, por la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados y demás leyes relativas aplicables.

Nombre y Firma del Entrevistador OSC.