

# Red de Cámaras Hiperbáricas

## Evaluación Inicial \*

\*Tenga en cuenta que la información proporcionada sobre este centro no pretende ser utilizada de con fines de exclusión. Esta información es necesaria para poder evaluar el nivel de preparación, la disponibilidad, el nivel de atención al paciente y la capacidad de manejar situaciones críticas, entre otras consideraciones de referencia.

### Información de Contacto

|                               |                              |                                  |      |       |
|-------------------------------|------------------------------|----------------------------------|------|-------|
| Nombre del Centro Hiperbárico |                              | Dirección del Centro Hiperbárico |      | Fecha |
| Ciudad                        | Estado/Provincia/Otro        | Código Postal                    | País |       |
| Teléfono (Horario comercial)  | Teléfono (disponible 24 hrs) | Correo electrónico               |      |       |

### Información del Centro Hiperbárico

Hospitalario: ☐ Sí ☐ No    Nombre del hospital \_\_\_\_\_    Fabricante de cámaras \_\_\_\_\_

Años en operación \_\_\_\_\_    Cantidad de cámaras \_\_\_\_\_    Año de fabricación \_\_\_\_\_

Tipo de cámara: ☐ Monoplaza ☐ Multiplaza ☐ Ambos    Soporte vital en cámara : ☐ Si ☐ No

Disponibilidad: ☐ 24 horas ☐ Horario comercial ☐ Solamente bajo llamada

Médico disponible: ☐ Presente tiempo completo ☐ Presente bajo llamada  
☐ Solamente para consultas telefónicas ☐ No disponible

Personal técnico: ☐ Certificados (CHT, DMT) ☐ Entrenamiento informal (experiencia en el trabajo) ☐ Entranamiento formal ☐ Sin entrenamiento documentado

Utilización anual: ☐ 5 pacientes o menos ☐ 6-50 pacientes ☐ 51 o más pacientes

Certificación: ☐ Cámara con placa del fabricante ☐ Re-certificada ☐ Sin placa ni documentación

Mirillas (o ventanas): ☐ Certificadas, con documentación al día ☐ Certificadas, sin documentación al día  
☐ Sin certificación

Tratamientos: ☐ USN TT6 ☐ USN TT6 con extensiones ☐ Comex 30 ☐ Otros \_\_\_\_\_

Gases de tratamiento: ☐ Oxígeno ☐ Nitrox ☐ Heliox

Suministro de gases: ☐ Aire CON sistemas de redundancia ☐ Aire SIN sistemas de redundancia  
☐ Oxígeno CON sistemas de redundancia ☐ Oxígeno SIN sistemas de redundancia

Sistema de supresión de incendios: ☐ Extintor de mano ☐ Sistema de aspersores ☐ Ambos  
☐ Ninguno ☐ N/A (cámara monoplaza)

Dispositivos eléctricos internos: ☐ Comunicación solamente ☐ Comunicación y luces  
☐ Dispositivos adicionales ☐ Ninguno

Alarmas de incendio en el cuarto: ☐ Sí ☐ No    Extintor de incendios en el cuarto: ☐ Sí ☐ No



## Red de Cámaras Hiperbáricas Evaluación Inicial \*

**Fondos:** ☐ Autosustentable, parte de una institución mas grande ☐ Subvencionada: comunidad de buceo local, turismo  
☐ Autosustentable en base a tratamientos de buceo ☐ No se sabe, cámara no operativa todavía  
☐ Actualmente insostenible

**Analizadores de gases:** ☐ O<sub>2</sub> ☐ CO<sub>2</sub> ☐ Ninguno

**Respaldo de energía:** ☐ Sí ☐ No

**Programa de mantenimiento:** ☐ Por fabricante, programado  
☐ Por contratista, programado  
☐ Propio, programado  
☐ Ningún programa de mantenimiento

☐ Por fabricante, según sea necesario  
☐ Por contratista, según sea necesario  
☐ Propio, según sea necesario

**Análisis de calidad del aire comprimido:** ☐ Sí, regularmente ☐ Sí, esporádicamente ☐ No ☐ Aire medicinal

**Procedimientos de emergencia:** ☐ Sí, practicados regularmente ☐ Solo documentados ☐ No tenemos

**Formulario de deslinde de responsabilidades:** ☐ Sí ☐ No

**Ropa exclusiva para uso en la cámara:** ☐ Sí ☐ No

**Manual de seguridad:** ☐ Sí ☐ No

### Personas de Contacto

**Director Médico:**

| <i>Nombre</i> | <i>Teléfono</i> | <i>Correo electrónico</i> |
|---------------|-----------------|---------------------------|
|---------------|-----------------|---------------------------|

**Otros:**

|                                                                                                                                                          |                 |                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|---------------------------|
| <i>Nombre</i> <input type="checkbox"/> Doctor <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Administrador | <i>Teléfono</i> | <i>Correo electrónico</i> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|---------------------------|

|                                                                                                                                                          |                 |                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|---------------------------|
| <i>Nombre</i> <input type="checkbox"/> Doctor <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Administrador | <i>Teléfono</i> | <i>Correo electrónico</i> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|---------------------------|

|                                                                                                                                                          |                 |                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|---------------------------|
| <i>Nombre</i> <input type="checkbox"/> Doctor <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Administrador | <i>Teléfono</i> | <i>Correo electrónico</i> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|---------------------------|

### Otra información

**Idiomas hablados** \_\_\_\_\_

**Sitio de web del centro hiperbárico:** ☐ Si ☐ No **Dirección web:** \_\_\_\_\_ **Fax:** \_\_\_\_\_

**Otra información / comentarios:**

Completar y enviar este formulario no implica ninguna forma de reconocimiento, aprobación, o aceptación como Centro de Referencia DAN. El reconocimiento como Centro de Referencia DAN requiere que el Oficial Médico de Buceo, o el Director Médico de la institución, aplique para ser reconocido como *DAN in-network Provider* (Proveedor de la red DAN).