|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE DEL GRUPO USAR** |  |

**Descripción del anexo**

En el presente anexo se debe demostrar, mediante procedimientos y documentación, cada uno de los pasos vigentes que permiten atender los requerimientos de atención de salud de los integrantes del grupo USAR. Este proceso de atención puede ser requerido en cualquier parte de Chile e involucra los decretos o leyes que otorgan el beneficio, así como los convenios o contratos que se tengan para esta prestación. Además, se deberá realizar un levantamiento de centros asistenciales dentro del área más inmediata del grupo USAR.

Se deben incorporar en este anexo, todos los protocolos y procedimientos que tenga el grupo USAR, además de toda información relevante que se tenga sobre temas médicos.

Contenido

[1. Atención médica en caso de accidente (se debe respaldar con documentación) 2](#_Toc84947227)

[2. Procedimiento interno de salud del grupo USAR (se debe respaldar con documentación) 3](#_Toc84947228)

[3. Levantamiento de centros de atención médica 4](#_Toc84947229)

[4. Verificación de documentación 5](#_Toc84947230)

[5. Responsable de la información 6](#_Toc84947231)

## 1. Atención médica en caso de accidente (se debe respaldar con documentación)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Leyes/decretos/**  **convenios/contratos** | **Fecha de vigencia**  **(desde-hasta)** | **Servicios que considera (describir)** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

## 2. Procedimiento interno de salud del grupo USAR (se debe respaldar con documentación)

Se debe adjuntar el procedimiento del grupo USAR. Este debe considerar a lo menos los siguientes aspectos:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Identificación del procedimiento** | **Última revisión** | **Documento de validación**  **(resolución, orden del día, etc.)** |
| **Registro individual de salud** |  |  |  |
| **Chequeo pre-embarque de los miembros movilizados del grupo USAR** |  |  |  |
| **Chequeo anual de los miembros del grupo USAR** |  |  |  |
| **Atención de accidentados durante una movilización** |  |  |  |
| **Atención de lesionados durante una movilización** |  |  |  |

## 3. Levantamiento de centros de atención médica

Se debe realizar un levantamiento de los centros de atención médica disponibles en la zona geográfica del domicilio del grupo USAR.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre del centro de atención** | **Categoría de resolución** | **Dirección** | **Teléfono** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

## 4. Verificación de documentación

Adjuntar la siguiente documentación:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **SÍ** | **NO** |
| **Leyes, decretos o acuerdos que benefician a los participantes.** |  |  |
| **Documentación que valida la obtención de los beneficios.** |  |  |
| **Delegación de autoridad directa para autorización de la documentación.** |  |  |
| **Canales de comunicación.** |  |  |
| **Protocolos del convenio.** |  |  |
| **Diagrama de funcionamiento (en caso de ser utilizado).** |  |  |
| **Formato de documentos definidos por la institución para estos fines.** |  |  |
| **Registro de salud de los miembros del grupo USAR.** |  |  |
| **Procedimiento de control individual de salud previo a movilización y anualmente (registro de salud individual).** |  |  |
| **Procedimiento de control individual de salud post-misión.** |  |  |

## 5. Responsable de la información

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Fecha de Última Actualización del Anexo USAR** | | **DD/MM/AAAA** | |
| **Cargo** | **Nombre completo** | | **Firma** |
| **Jefe Médico** |  | |  |
| **Líder grupo USAR** |  | |  |