|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| SE911-241**REV. 5 /14** | **ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO****JUNTA DE GOBIERNO DEL SERVICIO 9-1-1****SOLICITUD DE INTEGRACIÓN DE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIAS MÉDICAS MUNICIPAL AL SISTEMA 9-1-1** | * Puede solicitar copia electrónica para llenar en “Word”.
* Puede llenarla a maquinilla o en tinta en letra de molde.
* Sé autoriza su reproducción, siempre que sea integral y fiel en contenido y forma al original.
* Puede utilizar hojas de continuación JSG 911-241 para completar contestaciones.
 |
| DATOS GENERALES1. Municipio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2. Depto. u Oficina al cual está adscrito el Programa de Emergencias Médicas.(Indicar si responde directamente al Alcalde): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 1. Nombre del Alcalde: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Nombre del Director del Programa de Emergencias Médicas: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Nombre del Director del Depto. al cual está adscrito el Programa (si está adscrito a algún Depto.): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Dirección postal del Programa de Emergencias Médicas (y Depto., si está adscrito): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. Dirección física del Programa (y del Depto., si está adscrito a alguno):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_1. Días y horario de las oficinas administrativas del Programa (y del Depto., si está adscrito): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Teléfono(s) y celular(es) de las oficinas administrativas del Programa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Núm. de Fax: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Dirección electrónica del Programa y del Depto.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |

# AUTORIZACIONES Y LICENCIAS

1. Total de ambulancias disponibles que serán dedicadas a tiempo completo al Servicio 9-1-1: \_\_\_\_\_\_\_

 (cantidad)

 \_\_\_\_\_\_\_ Categoría I \_\_\_\_\_\_ Categoría II \_\_\_\_\_\_\_ Categoría III \_\_\_\_\_\_\_ Otras

 (cantidad) (cantidad) (cantidad) (cantidad)

Especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Ambulancias que tienen la autorización de la Comisión de Servicio Público (acompañar evidencia):\_\_\_\_\_

 (cantidad)

 \_\_\_\_\_\_ Categoría I \_\_\_\_\_\_\_ Categoría II \_\_\_\_\_\_\_ Categoría III \_\_\_\_\_\_ Otras

 (cantidad) (cantidad) (cantidad) (cantidad)

1. Ambulancias a las que aún la Comisión de Servicio Público no le ha expedido autorización:\_\_\_\_\_\_\_\_

 (cantidad)

 \_\_\_\_\_\_ radicadas y pendientes (acompañar evidencia) \_\_\_\_\_\_\_ sin radicar \_\_\_\_\_\_\_ denegadas

 (cantidad) (cantidad) (cantidad)

1. Status de las autorizaciones pendientes ante la Comisión:

15. Tiempo que lleva(n) pendiente(s) ante la Comisión: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (meses / años)

1. Ambulancias con el endoso del Departamento de Salud: \_\_\_\_\_\_

 (Total)

\_\_\_\_\_\_\_ Categoría I \_\_\_\_\_\_\_ Categoría II \_\_\_\_\_\_\_ Categoría III \_\_\_\_\_\_\_\_ Otras

 (cantidad) (cantidad) (cantidad) (cantidad)

16b. \_\_\_\_\_\_ Sin el endoso \_\_\_\_\_ Categoría I \_\_\_\_\_\_ Categoría II \_\_\_\_\_\_ Categoría III \_\_\_\_\_ Otras

 (cantidad) (cantidad) (cantidad) (cantidad) (cantidad)

1. Autorización de la Comisión para operar el servicio de ambulancias:

\_\_\_\_\_vigente (presentar evidencia) \_\_\_\_\_expirada

\_\_\_\_\_**no** radicada aún \_\_\_\_\_radicada y pendiente de expedir (presentar evidencia)

1. Cantidad de licencia(s) de operador de ambulancia expedida(s) por la Comisión:

\_\_\_\_\_ vigente(s) \_\_\_\_\_\_ expirada(s) \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Total

19. Solicitudes de licencias radicada(s) y pendiente(s) ante la Comisión sin expedir aún: \_\_\_\_\_\_\_

 (acompañar evidencia).

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ denegada(s) \_\_\_\_\_\_\_\_ **no** radicada(s)aún \_\_\_\_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (especifique)

1. Personal Técnico de Emergencias Médicas y otro Personal:

**Cantidad**  **Cantidad**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Básico** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Paramédico**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Con licencia al día (acompañar evidencia) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Con licencia al día

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sin licencia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sin licencia

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Expiradas \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Expiradas

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Radicadas y pendientes ante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Radicadas y pendientes ante

 el Depto. de Salud (acompañar evidencia) el Depto. de Salud (acompañar evidencia) **Cantidad Otro Personal**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Supervisores •Indicar cuántos son: Técnicos Básicos\_\_\_\_\_ Paramédico(s)\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Despachadores •Indicar cuántos son: Técnicos Básicos\_\_\_\_\_ Paramédico(s)\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Operador de •Indicar cuántos son: Técnicos Básicos\_\_\_\_\_ Paramédico(s)\_\_\_\_\_

 Ambulancia

1. Gestión(es) realizada(s) para que el personal obtenga las licencias, si alguna(s). Explique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **CLIENTELA A ATENDER Y DEMARCACIÓN GEOGRÁFICA**  |

1. Residentes del Municipio: \_\_\_\_\_\_\_\_

 (cantidad)

1. Extensión territorial del Municipio:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (millas cuadradas)

1. Municipios con los que colinda: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Cobertura propuesta del servicio de emergencias médicas. Indicar sectores, barrios y otros pueblos (si

algunos) que pretenden cubrir o alcanzar con el servicio de emergencias médicas propuesto:\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Barrios o sectores del municipio más lejanos del pueblo (Nombre de los barrios y tiempo en minutos para

 llegar en vehículo desde el pueblo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Informar sobre industrias, universidades, comercios; actividades de temporada que se desarrollan en el

Municipio, y que atraen visitantes y fechas de éstas. Por ejemplo: festivales, ferias, fiestas, actividades de

 playa, si aplica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Indicar cantidad probable de clientela flotante de emergencias médicas que surja por las anteriores:

\_\_\_\_\_\_\_ industrias \_\_\_\_\_\_\_ universidades \_\_\_\_\_\_\_ comercio \_\_\_\_\_\_\_ actividades

 (cantidad) (cantidad) (cantidad) (cantidad)

**OPERACIONES ACTUALES Y PROPUESTAS DE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIAS**

 **MÉDICAS**

1. Presupuesto vigente del Programa: $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Presupuesto recomendado (prox. año fiscal)

 para el Programa: $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Otros vehículos complementarios a las ambulancias:

 **Cantidad**  **Cantidad**

 \_\_\_\_\_\_\_ Unidades de rescate: \_\_\_\_\_\_\_ Motoras

 \_\_\_\_\_\_\_ Marítima \_\_\_\_\_\_\_ 4 X 4

 \_\_\_\_\_\_\_ Aérea \_\_\_\_\_\_\_ Bicicletas

 \_\_\_\_\_\_\_ Terrestre \_\_\_\_\_\_\_ Grúas

 Otros medios de transportación (Identifique éstos y la cantidad de cada uno):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Indicar si dispone de Centro(s) de Despacho o de Comunicación(es) para recibir y tramitar las Emergencias Médicas:

 \_\_\_\_\_ Sí. Indicar con cuántos Centros cuenta: \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ No

32. Cómo reciben y tramitan las emergencias: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Dirección del (de los) Centro(s) de Despacho: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Describa cómo se reciben y despachan las llamadas de Emergencias Medicas en el Centro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Indicar si tienen disponibilidad de coordinación con otras entidades privadas, municipales o estatales, que

 pudieran ser activadas por el Centro de despacho municipal para prestar el servicio.

 \_\_\_\_\_ Sí Indicar cuáles son las entidades:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_ No

1. Medios de comunicación para recibir la llamada de emergencia y despachar la ambulancia:

 \_\_\_\_\_\_\_ Cuadro telefónico \_\_\_\_\_\_\_Teléfono(s) celular(es) \_\_\_\_\_\_\_\_ Celulares

 (cantidad) (cantidad) (cantidad)

 \_\_\_\_\_\_\_ Teléfono(s) regular(es) \_\_\_\_\_\_ Radio comunicación \_\_\_\_\_\_\_\_ Líneas telefónicas

 (cantidad) (cantidad) (cantidad) disponibles

1. Otros medios de comunicación y de localización del servicio de ambulancias. Especifique \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Indicar horario actual del (de los) Centro(s) de Despacho o de Comunicaciones:

\_\_\_\_\_\_\_\_ Lunes a Viernes \_\_\_\_\_\_\_\_ Fines de semana \_\_\_\_\_\_\_\_ Días feriados

1. Horario propuesto para integrar sus servicios al Sistema 9-1-1:

\_\_\_\_\_\_\_\_ Lunes a Viernes \_\_\_\_\_\_\_\_ Fines de semana \_\_\_\_\_\_\_\_ Días feriados

1. Cantidad de Turnos del personal:

\_\_\_\_\_\_\_ Lunes a Viernes \_\_\_\_\_\_\_ Fines de semana \_\_\_\_\_\_\_ Días feriados

 (cantidad) (cantidad) (cantidad)

1. Personal por Turno:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  **1er** **Turno** |  **2do** **Turno** |  **3er** **Turno** |  **Otro(s)** |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_ |  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Técnicos de Emergencias Médicas Básicos |
| \_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_ |  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Técnicos de Emergencias Médicas Paramédicos |
| \_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_ |  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Choferes de Ambulancias |
| \_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_ |  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Despachadores (a cargo de teléfonos) |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Supervisores |
| \_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Otros. Especifique cuáles:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Cantidad de bases con que cuenta para ubicar las ambulancias: \_\_\_\_\_\_\_

Indicar la(s) dirección(es) física(s) de ésta(s): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Personal por turno en la(s) base(s). Identificar cantidad total y los puestos que ocupa este

personal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Disponibilidad de sistema para el cernimiento de llamadas:

\_\_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_\_ Sí Manual \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Computadorizado\_\_\_\_\_\_

Indicar revisión más reciente del Protocolo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Director Médico disponible en el Programa:

\_\_\_\_\_\_ Sí Nombre y Núm. de Licencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_No

1. Disponibilidad de medicamentos según requerimientos de ambulancias:
	* Categoría II \_\_\_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_\_\_ No

Especifique cuáles medicamentos:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Categoría III \_\_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_\_ No

Especifique cuáles medicamentos:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Disponibilidad de un Programa de Control de Calidad:

\_\_\_\_\_ Sí Especifique que funciones tiene el Programa:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ No Cómo evalúan el Programa de Emergencias Médicas: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Tiempo promedio de respuesta actual de las ambulancias para llegar al lugar de la emergencia, en minutos:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  **Zona** **Urbana**  |  **Barrios o Sectores** **Cercanos** |  **Barrios o Sectores** **Más Distantes**  |
| En horario pico ( de mayor tránsito en las carreteras) \_\_\_\_\_\_ (mn)En horario de poco tránsito \_\_\_\_\_\_ (mn) | En horario pico ( de mayor tránsito en las carreteras) \_\_\_\_\_\_ (mn)En horario de poco tránsito \_\_\_\_\_\_ (mn) | En horario pico ( de mayor tránsito en las carreteras) \_\_\_\_\_\_ (mn)En horario de poco tránsito \_\_\_\_\_\_ (mn) |

1. Cantidad de copias de licencias de la Comisión de Servicio Público incluidas con esta solicitud: \_\_\_\_\_\_\_\_\_
	1. Cantidad de copias de licencias del Depto. de Salud incluidas: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
	2. Cantidad de copias o evidencias de solicitudes radicadas pendientes, incluidas: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
		1. Describir proyectos en agenda y en desarrollo para mejorar sus servicios de emergencias médicas:

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Cómo entiende se mejorará el Servicio de Emergencias Médicas Municipal de adscribirse al 9-1-1:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Cómo aportará el Servicio de Emergencias Médicas Municipal al desarrollo del Sistema 9-1-1:\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
|  **CERTIFICACIÓN**Certificamos que la información ofrecida en esta solicitud es fidedigna y correcta, y que se acompañan las copias de las autorizaciones, licencias y certificaciones expedidas por la Comisión de Servicio Público sobre las ambulancias, para operar el servicio de ambulancias y de operador de ambulancia, del endoso del Departamento de Salud a las ambulancias y sobre los Técnicos de Emergencias Médicas Básico y Paramédico, así como de las solicitudes de autorizaciones, licencias y certificaciones radicadas ante las dos agencias y pendientes de determinación, y de cualquier otra información relevante. Seincluyen \_\_\_\_\_\_hojas de continuación. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Alcalde (Nombre) (Firma) Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Jefe del Programa de Emergencias (Firma) Fecha Médicas Municipal (Nombre)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Jefe del Departamento al cual está (Firma) FechaAdscrito el Programa (Nombre)  |

**PARA USO DE LA JUNTA DE GOBIERNO DEL SERVICIO 9-1-1**

Esta solicitud fue evaluada de conformidad los requisitos que deben cumplir los municipios que interesen integrar sus Programas de Emergencias Médicas Municipal al Sistema 9-1-1 y:

**\_\_\_\_\_\_\_** Cumplió con todos los requisitos.

\_\_\_\_\_\_\_ Falta de cumplir con los requisitos siguientes:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma del Funcionario que lo revisó: Fecha

**PARA USO DEL CUERPO DE EMERGENCIAS MÉDICAS DE PUERTO RICO**

\_\_\_\_\_\_\_\_ Tiene el Vo. Bo. a la luz de la revisión e inspección realizada.

\_\_\_\_\_\_\_\_ No tiene el Vo. Bo. a la luz de la revisión e inspección realizada.

Razones:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Director Ejecutivo del CEME Fecha

 o Represente Autorizado

**PARA USO DE LA JUNTA DE GOBIERNO**

Sometido el \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2\_\_\_\_\_ a la Junta de Gobierno del Servicio 9-1-1.

Determinación de la Junta el \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 2\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_Aceptada \_\_\_\_\_\_ Denegada

 Presidente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_Aceptada \_\_\_\_\_\_Denegada

 Miembro *Ex officio*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_Aceptada \_\_\_\_\_\_\_Denegada

 Miembro *Ex officio*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_Aceptada \_\_\_\_\_\_\_Denegada

 Representante del Interés Público

Razones:

Condiciones: