

## INSTRUMENTO DE HABILITACIÓN CATEGORIZANTE DE CAPS

### INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL CUESTIONARIO

- EL INSTRUMENTO DEBE SER LLENADO EN SU TOTALIDAD.
- NO DEJAR CELDAS VACÍAS.
- MARCAR CON **UN CÍRCULO** EL CASILLERO CORRESPONDIENTE. **ACLARACIÓN: NO SE DEBEN LLENAR LAS CELDAS CON UNA X.**

EJEMPLO:

|    |   |
|----|---|
| SI | ① |
| NO | 2 |

- SI SE QUIERE PONER UNA **ACLARACIÓN** EN RELACIÓN A ALGÚN ÍTEM SE DEBE USAR EL CASILLERO DE **OBSERVACIONES**. SI EL ÍTEM DONDE QUIERE INCLUIR UNA OBSERVACIÓN **NO** TIENE ESTE CAMPO, PUEDE INCLUIR LA OBSERVACIÓN DETALLANDO EL NÚMERO DE PREGUNTA AL FINAL DEL CUESTI

- COMPLETAR CON BIROME, EN LETRA IMPRENTA, LO MÁS CLARA POSIBLE.

**NOTA:** ESTE INSTRUMENTO CONSTITUYE UNA EVALUACIÓN DE LO QUE SE DISPONE EN EL CAPS Y EN FUNCIÓN DE ESO SE PUEDE MEDIR SU CAPACIDAD DE RESOLUCIÓN. ES MUY PROBABLE QUE NO CUMPLA CON TODOS LOS ÍTEMS Y LO MISMO **NO CONSTITUYE** UNA VALORACIÓN POSITIVA O NEGATIVA D

Fecha: ...../...../ 2008

### I. IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

#### 1. Identificación del establecimiento

|                           |                                  |
|---------------------------|----------------------------------|
| a. Nombre del CAPS        |                                  |
| b. Domicilio:             |                                  |
| c. Localidad:             | d. Municipio:                    |
| d. Departamento / Partido | f. Provincia:                    |
| g. Código Postal          | h. Telef. / FAX (            ) - |
| i. Radio VHF:             | j. E-mail:                       |

#### 2. Datos del respondente

|                       |                  |
|-----------------------|------------------|
| a. Nombre y Apellido: | b. Cargo:        |
| c. Profesión          | d. Matrícula Nº: |
| e. Teléfono           | f. E-mail:       |

### II. DATOS GENERALES

|                                      |             |   |  |  |           |   |
|--------------------------------------|-------------|---|--|--|-----------|---|
| <b>3. Dependencia administrativa</b> | Provincial  | 1 |  |  |           |   |
|                                      | Municipal   | 2 |  |  |           |   |
|                                      | Otra ¿Cuál? |   |  |  |           |   |
|                                      |             |   |  | <b>4. ¿Cuenta con Archivo de Historias Clínicas?</b> | <b>Si</b> | 1 |
|                                      |             |   |  | <b>No</b>  | 2         |   |
|                                      |             |   |  | Observaciones:                                       |           |   |

#### 5. Organización de la atención

|   |                                     |   |  |   |  |   |
|---|-------------------------------------|---|--|---|--|---|
| <b>5.1 ¿Tiene área programática asignada?</b> | <b>Si</b>                           | 1 |  |   |  |   |
|   | <b>No</b>                           | 2 |  |   |  |   |
|   |                                     |   |  | Observaciones:                            |  |   |
| <b>5.2 Modalidad de atención</b>              | Atiende hasta 2 días por semana     | 1 |  |   |  |   |
|   | Atiende entre 3 y 4 días por semana | 2 |  |   |  |   |
|   | Atiende entre 5 y 6 días por semana | 3 |  |   |  |   |
|   | Atiende todos los días de la semana | 4 |  |   |  |   |
|   |                                     |   |  | <b>5.3 Dispone de Servicio de Guardia</b> | En el horario de atención              | 1 |
|   |                                     |   |  |   | Fuera del horario habitual de atención | 2 |
|   |                                     |   |  |   | Las 24 horas                           | 3 |
|   |                                     |   |  | Observaciones:                            |  |   |

### III. RECURSOS HUMANOS

**Nota:** en cada casilla indicar el número de personas. En caso de **no disponer** de dicho recurso, consignar "0"

| 6. Disponibilidad y tipo de Recurso Humano | Cantidad de Personal | Cantidad de Personal |
|--|----------------------|----------------------|
| 6.1 Director/a Médico/a                    |                      |                      |
| 6.2 Médico/a Generalista / de Familia      |                      |                      |
| 6.3 Ginecólogo/a / obstetra                |                      |                      |
| 6.4 Pediatra                               |                      |                      |
| 6.5 Odontólogo/a                           |                      |                      |
| 6.6 Bioquímico/a                           |                      |                      |
| 6.7 Enfermero/a                            |                      |                      |
| 6.8 Parteras                               |                      |                      |
| 6.5 Otras especialidades médicas           |                      |                      |
| ¿Cuál?                                     |                      |                      |
| ¿Cuál?                                     |                      |                      |
| 6.9 Agente Sanitario                       |                      |                      |
| 6.10 Asistente Social                      |                      |                      |
| 6.11 Personal Administrativo               |                      |                      |
| 6.12: Otra Profesión                       |                      |                      |
| Cual?                                      |                      |                      |
| Observaciones:                             |                      |                      |

## IV. PLANTA FÍSICA

### 7. CONDICIONES GENERALES DEL ESTABLECIMIENTO

|  |                            |   |                            |
|--|----------------------------|---|----------------------------|
| 7.1 Cuenta con planos y construcción aprobada por autoridad competente<br>Observaciones: | <b>Si</b> 1<br><b>No</b> 2 | 7,2 Cuenta con comunicación radial o telefónica o informática<br>Observaciones(especifique cual): | <b>Si</b> 1<br><b>No</b> 2 |
|--|----------------------------|---|----------------------------|

### 8. ACCESIBILIDAD FÍSICA

#### 8.1 ACCESOS Y CIRCULACIONES

|   |                            |  |                            |
|---|----------------------------|--|----------------------------|
| 1. ¿Cuenta con corredores de acceso y circulación amplios?<br>Observaciones:  | <b>Si</b> 1<br><b>No</b> 2 | 2 Las actividades de abastecimiento, ¿están programadas para evitar interferencias con el público?<br>Observaciones: | <b>Si</b> 1<br><b>No</b> 2 |
| 3. ¿Los accesos permiten el control de ingreso de personas?<br>Observaciones: | <b>Si</b> 1<br><b>No</b> 2 | 4 ¿Los accesos están identificados mediante carteles, u otros?<br>Observaciones:                                     | <b>Si</b> 1<br><b>No</b> 2 |

#### 8.2 CARACTERÍSTICAS CONSTRUCTIVAS

|   |                            |  |                            |
|---|----------------------------|--|----------------------------|
| 1. ¿Los pisos son resistentes al desgaste, lisos, antideslizantes, lavables, impermeables y de material ignífugo?<br>Observaciones: | <b>Si</b> 1<br><b>No</b> 2 | 2 ¿Las instalaciones aseguran el abastecimiento adecuado y continuo de electricidad y fluidos?<br>Observaciones: | <b>Si</b> 1<br><b>No</b> 2 |
| 3. ¿Las paredes son de superficies lavables lisas, sin molduras, aislantes y resistentes al fuego?<br>Observaciones:                | <b>Si</b> 1<br><b>No</b> 2 | 4 ¿Los cielorrasos son de superficies lisas, aislantes y resistentes al fuego?<br>Observaciones:                 | <b>Si</b> 1<br><b>No</b> 2 |
| 5. ¿Las aberturas poseen cerramientos efectivos?<br>Observaciones:  | <b>Si</b> 1<br><b>No</b> 2 |  |                            |

#### 8.3 INSTALACIÓN ELÉCTRICA

|   |                            |
|---|----------------------------|
| 1. ¿Cuentan con línea eléctrica para iluminación y alimentación de electro aparatos con descarga a tierra e interruptores de seguridad?<br>Observaciones: | <b>Si</b> 1<br><b>No</b> 2 |
|---|----------------------------|

#### 8.4 CONDICIONES DE SEGURIDAD

|   |                            |  |                            |
|---|----------------------------|--|----------------------------|
| 1. ¿Cuentan con un plan de emergencias?<br>Observaciones: | <b>Si</b> 1<br><b>No</b> 2 | 2 ¿Cuenta con matafuegos en condiciones?<br>Observaciones: | <b>Si</b> 1<br><b>No</b> 2 |
|---|----------------------------|--|----------------------------|

#### 8.5 MARCO NORMATIVO

|   |                            |          |
|---|----------------------------|----------|
| 1. ¿Tiene disponible algún sistema de traslados sanitarios?<br>Observaciones:               | <b>Si</b> 1<br><b>No</b> 2 | → ¿Cuál? |
| 2. ¿Tiene disponible algún sistema para derivar los residuos patológicos?<br>Observaciones: | <b>Si</b> 1<br><b>No</b> 2 | → ¿Cuál? |

## V. CONSULTORIO

|  |                            |  |
|--|----------------------------|--|
| 9 ¿Funcionan consultorios en el establecimiento?<br>Observaciones: | <b>Si</b> 1<br><b>No</b> 2 | 9 a. ¿Cuántos consultorios dispone? (Indique cantidad) |
|--|----------------------------|--|

#### Disponibilidad de recursos / insumos

|   | Si | No |   | Si | No |
|---|----|----|---|----|----|
| 9.1 Tiene dimensiones que permiten el normal funcionamiento del mismo | 1  | 2  | 9.2 Superficie mínima de 7,50 m <sup>2</sup> , con un lado mínimo de 2,50 m (2,4 y 7,2) | 1  | 2  |
| 9.3 Garantiza condiciones de confort y privacidad del paciente        | 1  | 2  | 9.4 Buena ventilación e iluminación   | 1  | 2  |
| 9.5 Lavabo o accesibilidad al mismo                                   | 1  | 2  | 9.6 Escritorio y sillas (ambos)   | 1  | 2  |
| 9.7 Camilla   | 1  | 2  | 9.8 Balanza   | 1  | 2  |
| 9.9 Negatoscopio  | 1  | 2  | 9.10 Tensiómetro  | 1  | 2  |
| 9.11 Recipiente de residuos (con tapa)                                | 1  | 2  | 9.12 Accesibilidad a carro de suministro y curaciones s/especialidad                    | 1  | 2  |
| 9.13 Tomacorrientes   | 1  | 2  | 9.14 Accesibilidad a luz focalizada   | 1  | 2  |

|   |                            |   |
|---|----------------------------|---|
| 10. ¿Cuenta con consultorio de pediatría individualizado?<br>Observaciones: | <b>Si</b> 1<br><b>No</b> 2 | 10 a. ¿Cuántos consultorios dispone? (Indique cantidad) |
|---|----------------------------|---|

#### Disponibilidad de recursos / insumos

|   | Si | No |  | Si | No |
|---|----|----|--|----|----|
| 10.1 Garantiza condiciones de confort y privacidad del paciente | 1  | 2  | 10.2 Buena ventilación e iluminación                   | 1  | 2  |
| 10.3 Lavabo o accesibilidad al mismo                            | 1  | 2  | 10.4 Escritorio y sillas (ambos)                       | 1  | 2  |
| 10.5 Camilla  | 1  | 2  | 10.6 Camilla pediátrica                                | 1  | 2  |
| 10.7 Negatoscopio   | 1  | 2  | 10.8 Tensiómetro                                       | 1  | 2  |
| 10.9 Recipiente de residuos (con tapa)                          | 1  | 2  | 10.10 Accesibilidad a carro de suministro y curaciones | 1  | 2  |
| 10.11 Tomacorrientes  | 1  | 2  | 10.12 Accesibilidad a luz focalizada                   | 1  | 2  |
| 10.13 Balanza lactante  | 1  | 2  | 10.14 Balanza de pie pediátrica con altímetro          | 1  | 2  |
| 10.15 Pediómetro  | 1  | 2  | 10.16 Cinta métrica                                    | 1  | 2  |
| 10.17 Otoscopio   | 1  | 2  | 10.18 Oftalmoscopio                                    | 1  | 2  |

10.19 Fuente de Calor

|   |   |
|---|---|
| 1 | 2 |
|---|---|

10.20 Estetoscopio

|  |           |   |                           |   |  |
|--|-----------|---|---------------------------|---|--|
| <b>11. ¿Cuenta con consultorio de tocoginecología individualizado?</b> | <b>Si</b> | 1 | Pasará a Pregunta Nº 12.- | 11 a. ¿Cuántos consultorios dispone? (Indique cantidad) |  |
|  | <b>No</b> | 2 |                           |   |  |

| Disponibilidad de recursos / insumos                              |    |    |  |    |    |
|---|----|----|--|----|----|
|   | Si | No |  | Si | No |
| 11,1 Garantiza condiciones de confort y privacidad de la paciente | 1  | 2  | 11,2 Buena ventilación e iluminación   | 1  | 2  |
| 11,3 Lavabo o accesibilidad al mismo                              | 1  | 2  | 11,4 Accesibilidad a sanitario con privacidad  | 1  | 2  |
| 11,5 Camilla  | 1  | 2  | 11,6 Camilla de examen ginecológico, lámpara, taburete y escale                      | 1  | 2  |
| 11,7 Neqatoscopio   | 1  | 2  | 11,8 Tensiómetro   | 1  | 2  |
| 11,9 Balanza  | 1  | 2  | 11,1 Recipiente de residuos (con tapa)   | 1  | 2  |
| 11,11 Tomacorrientes  | 1  | 2  | 11,12 Accesibilidad a luz focalizada   | 1  | 2  |
| 11,13 Escritorio y sillas (ambos)                                 | 1  | 2  | 11,14 Caja para colocación de DIU  | 1  | 2  |
| 11,15 Cinta métrica inextensible, gestograma de pared             | 1  | 2  | 11,16 Estetoscopio de Pinard /Detector de latidos fetales                            | 1  | 2  |
| 11,17 Accesibilidad a carro de suministro y curaciones            | 1  | 2  | 11,18 Descartadores de objetos punzantes   | 1  | 2  |
| 11,19 Cinta métrica inextensible, gestograma de pared             | 1  | 2  | 11,20 Estetoscopio de Pinard/Detector de latidos fetales                             | 1  | 2  |
| 11,21 Espéculos vaginales de tamaños variados                     | 1  | 2  | 11,22 Acceso a Colposcopio e insumos para colposcopia                                | 1  | 2  |
| 11,23 Historia Clínica Perinatal Base o Carnet perinatal          | 1  | 2  | 11,24 Tablas de valores normales de altura uterina y ganancia de peso en el embarazo | 1  | 2  |

## 12 ÁREAS DE APOYO

|   |           |   |                             |  |
|---|-----------|---|-----------------------------|--|
| <b>12.1 ¿Cuenta con Secretaría/Recepción?</b> | <b>Si</b> | 1 | Pasará a Pregunta Nº 12.2.- |  |
|   | <b>No</b> | 2 |                             |  |

| Disponibilidad de recursos / insumos  |    |    |  |    |    |
|---|----|----|--|----|----|
|   | Si | No |  | Si | No |
| 1. La superficie mínima es de 4 m2 con un lado mínimo de 2m                         | 1  | 2  | 2. El espacio es adecuado al número de consultorios que asiste | 1  | 2  |
| 3. Equipamiento mínimo : Sillas - Mesa mostrador o equivalente - Papelero - armario | 1  | 2  | 4. Espacio para silla de ruedas                                | 1  | 2  |

|                                     |           |   |                             |  |
|-------------------------------------|-----------|---|-----------------------------|--|
| <b>12.2 ¿Cuenta con Sanitarios?</b> | <b>Si</b> | 1 | Pasará a Pregunta Nº 12.3.- |  |
|                                     | <b>No</b> | 2 |                             |  |

| Disponibilidad de recursos / insumos   |    |    |  |    |    |
|--|----|----|--|----|----|
|  | Si | No |  | Si | No |
| 1. Sanitarios para el personal   | 1  | 2  | 2. Sanitarios para el público  | 1  | 2  |
| 3. Al menos uno de los sanitarios permite el paso cómodo de sillas de ruedas y está adaptado para discapacitados | 1  | 2  | 4. Los sanitarios cuentan con lavabo - inodoro o mingitorios para varones y accesorios | 1  | 2  |

|  |           |   |                             |  |
|--|-----------|---|-----------------------------|--|
| <b>12.3 ¿Cuenta con estación de enfermería periférico?</b> | <b>Si</b> | 1 | Pasará a Pregunta Nº 12.4.- |  |
|  | <b>No</b> | 2 |                             |  |

| Disponibilidad de recursos / insumos |    |    |  |    |    |
|--------------------------------------|----|----|--|----|----|
|                                      | Si | No |  | Si | No |
| 1. Mesa con piletta                  | 1  | 2  | 2. Nebulizador   | 1  | 2  |
| 3. Armario para drogas               | 1  | 2  | 4. Aspirador   | 1  | 2  |
| 5. Accesorio para soporte de suero   | 1  | 2  | 6. Heladera  | 1  | 2  |
| 7. Toallero                          | 1  | 2  | 8. Soporte para bolsas de residuos (comunes y patológicos) | 1  | 2  |
| 9. Carro para curaciones             | 1  | 2  |  |    |    |

## 12.4 OTRAS DISPONIBILIDADES

|   |           |   |   |           |   |
|---|-----------|---|---|-----------|---|
| 1. ¿Cuenta con depósitos de limpieza?         | <b>Si</b> | 1 | 2. ¿Cuenta con depósitos de residuos patológicos? | <b>Si</b> | 1 |
|   | <b>No</b> | 2 |   | <b>No</b> | 2 |
| 3. ¿Cuenta con depósitos de residuos comunes? | 1         | 2 |   |           |   |

## VI. CONSULTORIO DE ODONTOLOGÍA

|   |           |   |                          |   |  |
|---|-----------|---|--------------------------|---|--|
| <b>13. ¿Hay servicios de Odontología en el establecimiento?</b> | <b>Si</b> | 1 | Pasará a Pregunta Nº 14- | 13 a. ¿Cuántos consultorios dispone? (Indique cantidad) |  |
|   | <b>No</b> | 2 |                          |   |  |

| Disponibilidad de equipamiento específico |    |    |  |    |    |
|---|----|----|--|----|----|
|   | Si | No |  | Si | No |
| 1. Material e instrumental odontológico   | 1  | 2  | 2. Mueble para almacenar materiales e instrumental odontológico. | 1  | 2  |
| 3. Sillón                                 | 1  | 2  | 4. Compresor.  | 1  | 2  |
| 5. Módulo                                 | 1  | 2  | 6. Neqatoscopio.   | 1  | 2  |
| 7. Banquetas                              | 1  | 2  | 8. Fuente de Oxígeno   | 1  | 2  |
| 9. Luz focalizada                         | 1  | 2  | 10. Aparato de Rx  | 1  | 2  |
| 11. Una mesa rodante por equipo.          | 1  | 2  | 12. Equipo de Revelado   | 1  | 2  |

## VII. LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS

|   |           |   |                          |
|---|-----------|---|--------------------------|
| <b>14. ¿Hay servicios de laboratorio en el establecimiento?</b> | <b>Si</b> | 1 |                          |
|   | <b>No</b> | 2 | Pasará a Pregunta Nº 15- |

|   |  |
|---|--|
| 14 a. ¿Cuántos boxes dispone?<br>(Indique cantidad) |  |
|---|--|

### 14.1. PLANTA FÍSICA

|  | Si | No |  | Si | No |
|--|----|----|--|----|----|
| <b>14.1.1. ÁREA NO TÉCNICA</b>                             |    |    | <b>14.1.2. ÁREA TÉCNICA</b>  |    |    |
| 1. Recepción   | 1  | 2  | 1. Lugar físico adecuado donde se desarrollan las tareas analíticas. | 1  | 2  |
| 2. Sala de espera  | 1  | 2  | 2. Condiciones de seguridad para el personal                         | 1  | 2  |
| 3. Asientos suficientes al número de boxes.                | 1  | 2  | 3. Cuenta con áreas separadas para actividades incompatibles         | 1  | 2  |
| 4. Los locales para toma de muestras tienen acceso directo | 1  | 2  | 4. Posee pileta de acero inoxidable para el lavado del material      | 1  | 2  |
| 5. Cuenta con camilla.                                     | 1  | 2  | 5. Cuenta con ventilación e iluminación adecuada                     | 1  | 2  |

### 14.2. EQUIPAMIENTO

|  | Si | No |   | Si | No |
|--|----|----|---|----|----|
| 1. Reactivos necesarios para la realización de las prácticas mínimas | 1  | 2  | Microscopio binocular con luz incorporada, campo claro,                                 | 1  | 2  |
| 3. Heladeras - Freezer   | 1  | 2  | 2. con revólver para objetivos 10x, 40x y 100x (inmersión en aceite) y Oculares de 10x. | 1  | 2  |
| 5. Espectrofotómetro o equivalente                                   | 1  | 2  | 4. Lavadores  | 1  | 2  |
| 7. Balanzas  | 1  | 2  | 6. Fotómetros de llama - ion selectivo  | 1  | 2  |
| 9. Agitadores  | 1  | 2  | 8. Reloj  | 1  | 2  |
| 11. Baños Termostatizados  | 1  | 2  | 10. Computadora   | 1  | 2  |
| 13. Centrífugas  | 1  | 2  | 12. Equipos para electroforesis   | 1  | 2  |
| 15. Estufas  | 1  | 2  | 14. Pipetas automáticas   | 1  | 2  |
| 17. Microcentrífuga  | 1  | 2  | 16. Material de vidrio y descartable adecuado a la labor.                               | 1  | 2  |

### 14.3. MARCO DE FUNCIONAMIENTO

|  | Si | No |   | Si | No |
|--|----|----|---|----|----|
| <b>14.3.1. ADMISIÓN DE PACIENTES Y MUESTRAS</b>                                      |    |    | <b>14.3.2. REGISTROS Y ARCHIVOS</b>                       |    |    |
| 1. Dispone de instrucciones escritas para el paciente en los casos que sea apropiado | 1  | 2  | 1. Registro de ingresos de pacientes                      | 1  | 2  |
| 2. Posee instrucciones escritas sobre la recolección de muestras                     | 1  | 2  | 2. Registro seguro de resultados                          | 1  | 2  |
|  |    |    | 3. ¿Sistema de Archivo en forma segura de los resultados? | 1  | 2  |

### 14.4. EXTRACCIÓN DE MATERIAL BIOLÓGICO

|                                     | Si | No |   | Si | No |
|-------------------------------------|----|----|---|----|----|
| 1. Cuenta con material descartable: |    |    | 2. Se elimina los materiales de acuerdo a normas vigentes   | 1  | 2  |
| a. ¿Agujas?                         | 1  | 2  | 3. Cuenta con elementos de protección del personal  | 1  | 2  |
| b. ¿Jeringa?                        | 1  | 2  | 4. Posee normas vigentes escritas sobre seguridad y bioseguridad. Manejo y tratamiento de material biológico. | 1  | 2  |
| c. ¿Baja Lenguas?                   | 1  | 2  |   |    |    |
| d. Hisopos                          | 1  | 2  |   |    |    |

## VIII. DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES

|   |           |   |                      |
|---|-----------|---|----------------------|
| <b>15. ¿Realizan diagnósticos por imágenes en el establecimiento?</b> | <b>Si</b> | 1 |                      |
|   | <b>No</b> | 2 | FIN DEL CUESTIONARIO |

|   |  |
|---|--|
| 15 a. ¿Cuántas salas dispone?<br>(Indique cantidad) |  |
|---|--|

|   | Si | No |  | Si | No |
|---|----|----|--|----|----|
| <b>15.1. ¿En establecimiento se realizan:</b> |    |    | <b>15.2. REQUERIMIENTOS BÁSICOS</b>  |    |    |
| 1. ¿Radiologías?                              | 1  | 2  | 1. Sala de examen con dimensiones acordes al equipamiento instalado, con baño y vestidor adjunto?  | 1  | 2  |
| 2. ¿Ecografías?                               | 1  | 2  | 2. ¿Cobertura apropiada de muros y aberturas para impedir el paso de rayos?  | 1  | 2  |
| 3. Otros? ¿Cuál?                              | 1  | 2  | ¿Cuenta con delantal plomado de 0.5 mpb de espesor equivalente para uso obligatorio por parte del paciente y los trabajadores?               | 1  | 2  |
| ¿Cuál?  | 1  | 2  | 4. ¿Los equipos cumplen los controles técnicos, de seguridad y de calidad exigidos por el área técnica de la autoridad sanitaria pertinente? | 1  | 2  |
| ¿Cuál?  | 1  | 2  |  |    |    |

## IX. OBSERVACIONES

**Nota:** Este campo es opcional; sólo completar en caso de necesitar observar una pregunta que no cuenta con dicho campo.

| Nº Pregunta | Observaciones |
|-------------|---------------|
|             |               |

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|