|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| http://instituciones.msp.gob.ec/dps/snem/images/stories/logo_msp.jpg | **ECUADOR – TERREMOTO - 2016** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE EMT** |  | **#ID CLASIFICACION GLOBAL OMS** | SI APLICA |
| **NIVEL EMT** |  | **FECHA Y HORA DE OFRECIMIENTO** | **dd / mm / yyyy HH:MM** |

[ ] Estamos de acuerdo en cumplir los principios rectores y estándares de los EMT <http://www.who.int/hac/global_health_cluster/fmt_guidelines_september2013.pdf>

|  |
| --- |
| **USO OFICIAL INTERNO MPS** |
| **ESTADO ACEPTACIÓN:** | [ ] Aprobado | [ ] Pendiente | Razón: |
| [ ] Asignado | [ ] Rechazado | Razón: |
| **VERIFICACIÓN EMT** | [ ] Clasificado OMS | [ ] Aeropuerto | [ ] Lugar de despliegue |
| **LUGAR ASIGNADO:** |  |  | **FECHA DESPLIEGUE:****ESTADIA (DIAS):** | **dd / mm / yyyy** |
| *Localizacion* | *GPS Coordenadas* |
| **COMENTARIOS:** |  |

|  |
| --- |
| **INFORMACION EMT** |
| **ORGANIZACIÓN** |
| **TIPO ORGANIZACIÓN:** | [ ] ONG NACIONAL [ ] ONG INT [ ] GUBERNAMENTAL [ ] MILITAR [ ] OTRO: |
| **PAIS:**  | **NUMERO EMTs: ##** DE **## (TOTAL EMT DESPLEGADOS)** |
| **TIEMPO (DIAS) O FECHA ESTIMADA DE LLEGADA:** | **TIEMPO (DIAS) O FECHA ESTIMADA PARA ESTAR OPERATIVO** |
| **PUNTO FOCAL ORGANIZACIÓN (EN SEDE)** |
| **TITULO/NOMBRE** | **CARGO:** |
| **DIRECCION:**  |
| **EMAIL:** | **TELEFONO:** |
| **PUNTO FOCAL EMT (EN TERRENO)** |
| **TITULO/NOMBRE:** | **CARGO:** |
| **EMAIL PUNTO FOCAL** | **EMAIL EMT:** |
| **TELEFONO LOCAL:** | **TELEFONO SATELITAL:** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **CAPACIDAD ASISTENCIAL EMT** | **NOMBRE EMT/ID CLASIFICACION GLOBAL OMS** |

|  |
| --- |
| **TIPO EMT** |
| [ ] Tipo 1 Movil [ ] Tipo 1 Fijo [ ] Tipo 2 [ ] Tipo 3 [ ] Celula Especializada *(Especificar)*:Trae su EMT algún tipo de instalaciones (tiendas, contenedores, etc)?[ ] No [ ] SI Especificar Tipo: Número: Superficie aproximada del EMT: |

|  |
| --- |
| **APOYO LOGISTICO** |
| **Necesita apoyo logístico del país?**[ ] **No** [ ] **SI Especificar** (si precisa transporte especifique tipo y volumen y peso de la carga). |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Capacidad de consultas ambulatorias (pacientes/dia): |  | Otras capacidades:[ ] Anestesia General[ ] Cuidados Intensivos[ ] Radiologia[ ] Ultrasonido[ ] Laboratorio[ ] Transfusion de sangre[ ] Farmacia[ ] Rehabilitación |
| Capacidad de hospitalización (número camas): |  |
| Número mesas quirúrgicas: |  |
| Capacidad quirúrgica (procedimientos mayores y menores/dia): |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **ESPECIFICAR SERVICIOS CLINICOS** | **ESPECIFICAR CAPACIDADES SALUD PUBLICA** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **DETALLES DEL EMT** | **NOMBRE EMT/ID CLASIFICACION GLOBAL OMS** |

[ ] Estamos de acuerdo en cumplir los principios rectores y estándares de los EMT <http://www.who.int/hac/global_health_cluster/fmt_guidelines_september2013.pdf>

**ESTATUS CLASIFICACION GLOBAL OMS**

☐No aplica ☐Solicitado ☐En proceso de clasificación ☐Clasificado ☐ID:

**EXPERIENCIA EN DESPLIEGUES PREVIOS (SOLO CINCO ULTIMOS)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **AÑO** | **PAIS** | **EVENTO** | **TIPO EMT** | **DURACION MISION (DIAS)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**EXPERIENCIA PREVIA O EXISTENTE EN EL PAIS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ORGANIZACION** | **LUGAR** | **RELACION** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **ESPECIFICAR TIPO Y NUMERO DE PROFESIONALES DEL EMT** | **ESPECIFICAR TIPO Y NUMERO DE PERSONAL LOCAL QUE PUEDE INTEGRARSE EN EL EMT** |

|  |  |
| --- | --- |
| **CHECKLIST DE DOCUMENTOS**☐Licencia profesional☐Reporte experiencia profesional o CV resumido☐Pasaporte☐Visados (si aplica)☐Documentos aduaneros☐Otros requeridos por las autoridades | **INDICAR NOMBRE Y EMAIL DE LA PERSONA QUE HA RELLENADO EL DOCUMENTO** |