|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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** |