|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| CENTRO DE ATENCION |  | Fecha: | D/ | M/ | A/ |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre del Evaluador:** |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **A** | **RECURSOS Y SUMINISTROS** | **Se cumple** | **No se cumple** | **Observación** |
| 1 | ¿Se tiene formato de control de dietas actualizado? |  |  |  |
| 2 | ¿Se tiene registro con identificación del paciente en el control de dietas para consumir los alimentos? |  |  |  |
| 4 | ¿El funcionario indica al paciente el lavado de manos antes y después de consumir alimentos? |  |  |  |
| 5 | ¿Se le indica al paciente como desechar los alimentos que no se consumen? |  |  |  |
| 6 | ¿Se cumple con la presentación los utensilios para los alimentos (biodegradables)? |  |  |  |
| 7 | ¿Es adecuada la presentación del proveedor que atiende la alimentación? |  |  |  |
| 8 | ¿Se cumple con el proceso y manejo de residuos alimenticios por parte del funcionario? |  |  |  |
| 9 | ¿Existe protocolos y/o procedimientos para el servicio de dietas? |  |  |  |
| 10 | ¿Se evidencia oportunidad en los tiempos de entrega de las dietas alimenticias a hospitalizados? |  |  |  |
| 11 | ¿Existe supervisión de la manipulación de los alimentos a la hora de entrega que garanticen la seguridad y estado de las dietas? |  |  |  |
| 12 | ¿El contratista cuenta con los elementos adecuados que garanticen los alimentos en empaque cerrado y carros de transporte de los alimentos? |  |  |  |
| **B** | **USUARIOS HOSPITALIZADOS** |  |  |  |
| 1 | ¿El usuario realiza el lavado de manos antes y después de consumir alimentos? |  |  |  |
| 2 | ¿Sabe cómo se desechan en las canecas los alimentos que no se consumen? |  |  |  |
| 3 | ¿Es adecuada la presentación del personal de servicio que atiende su alimentación? |  |  |  |
| 4 | ¿Conoce sus derechos y deberes como usuario? |  |  |  |

|  |
| --- |
| OBSERVACIONES: |
|  |
|  |
|  |  |
| Nombre y firma del evaluador | Nombre y firma del director |