

**DOCUMENTACIÓN A ENTREGAR EN EL SERVICIO DE RECURSOS HUMANOS**

- Ficha cumplimentada datos personales
- Fotocopia DNI
- Fotocopia número Seguridad Social
- Fotografía tamaño carné
- Fotocopia del título y, en su caso también de la especialidad. El día de la incorporación se presentará el original para su compulsión.
- Fotocopia del carné de colegiado.
- Fotocopia número cuenta bancaria
- Certificado de Haberes. (Trienios y Nivel de Carrera Profesional)

**DATOS PERSONALES**

APELLIDOS:

NOMBRE:

NIF:

SEXO:

FECHA NACIMIENTO:

NACIONALIDAD:

NÚMERO SEGURIDAD SOCIAL:

DOMICILIO:

CP:

LOCALIDAD:

PROVINCIA:

TELÉFONO MÓVIL:

TELÉFONO FIJO:

CORREO ELECTRÓNICO:

Nº DE CUENTA BANCARIA:

**DATOS LABORALES**

CATEGORIA PROFESIONAL:

SERVICIO/ UNIDAD:

De conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, usted queda informado de la incorporación de sus datos a los ficheros de datos personales existentes en el Hospital Universitario Infanta Cristina y al tratamiento de los mismos para la finalidad de contratación. El responsable de dichos ficheros es: Hospital Universitario Infanta Cristina, con domicilio en la Avenida del 9 de junio, 2 - 28981 Parla Madrid.

Usted podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en el Departamento de Recursos Humanos del Hospital Universitario Infanta Cristina, pudiendo utilizar cualquiera de los canales de comunicación, bien sea dirigiéndose personalmente a sus oficinas o mediante comunicación escrita.

Fecha y Firma:

Fdo.: \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA DE DATOS PERSONALES****Datos para la consulta**

NIF/NIE		Nombre	
1º Apellido		2º Apellido	
Nombre del padre		Nombre de la madre	
Fecha de nacimiento		País Nacimiento	
Municipio Nacimiento		Provincia Nacimiento	
Nacionalidad			

D./Dña..... autoriza a la Comunidad de Madrid a realizar en la página oficial ICDA (Servicio de interconexión e intercambio de datos entre administraciones de la Comunidad de Madrid):

- La consulta de sus datos personales al Registro de Delitos Sexuales para poder acceder y ejercer profesiones, oficios y actividades que impliquen contacto habitual com menores, de conformidad con lo establecido en el artículo 13.5 de la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica al Menor.
- La consulta de sus datos académicos para poder confirmar su titulación académica.

En Parla, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Fdo.:

**SOLICITUD DE RETENCIÓN IRPF****1. DATOS DEL TRABAJADOR**

Nombre y Apellidos	DNI
Categoría/Puesto	Servicio

**2. DATOS DE RETENCIÓN (IRPF)**

SOLICITO QUE, A PARTIR DE LA FECHA INDICADA, ME SEA APLICADA EN LA NÓMINA UNA RETENCIÓN DEL      %.

☐ Marque esta casilla si usted desea mantener dicha retención en sucesivos contratos, en caso de que su contrato sea de carácter temporal.

Fecha: \_\_\_\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_



# Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas Retenciones sobre rendimientos del trabajo

## Comunicación de datos al pagador (artículo 88 del Reglamento del IRPF)

Modelo

145

Si prefiere no comunicar a la empresa o entidad pagadora alguno de los datos a que se refiere este modelo, la retención que se le practique podría resultar superior a la procedente. En tal caso, podrá recuperar la diferencia, si procede, al presentar su declaración del IRPF correspondiente al ejercicio de que se trate.

**Atención:** la inclusión de datos falsos, incompletos o inexactos en esta comunicación, así como la falta de comunicación de variaciones en los mismos que, de haber sido conocidas por el pagador, hubieran determinado una retención superior, constituye infracción tributaria sancionable con multa del 35 al 150 por 100 de las cantidades que se hubieran dejado de retener por esta causa. (Artículo 205 de la Ley 58/2003, de 17 de diciembre, General Tributaria).

### 1. Datos del perceptor que efectúa la comunicación

NIF	Apellidos y Nombre	Año de nacimiento
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Situación familiar:**

- Soltero/a, viudo/a, divorciado/a o separado/a legalmente con hijos solteros menores de 18 años o incapacitados judicialmente y sometidos a patria potestad prorrogada o rehabilitada que conviven exclusivamente con Vd., sin convivir también con el otro progenitor, siempre que proceda consignar al menos un hijo o descendiente en el apartado 2 de este documento. ☐
- Casado/a y no separado/a legalmente cuyo cónyuge no obtiene rentas superiores a 1.500 euros anuales, excluidas las exentas ..... ☐

NIF del cónyuge (si ha marcado la casilla 2, deberá consignar en esta casilla el NIF de su cónyuge) .....

- Situación familiar distinta de las dos anteriores (solteros sin hijos, casados cuyo cónyuge obtiene rentas superiores a 1.500 euros anuales, ..., etc.) ..... ☐

(Marque también esta casilla si no desea manifestar su situación familiar).

**Discapacidad** (grado de discapacidad reconocido) Igual o superior al 33% e inferior al 65% ..... ☐ Además, tengo acreditada la necesidad de ayuda de terceras personas o movilidad reducida ..... ☐ Igual o superior al 65% ..... ☐

**Movilidad geográfica:** Si anteriormente estaba Vd. en situación de desempleo e inscrito en la oficina de empleo y la aceptación del puesto de trabajo actual ha exigido el traslado de su residencia habitual a un nuevo municipio, indique la fecha de dicho traslado .....

**Obtención de rendimientos con período de generación superior a 2 años durante los 5 períodos impositivos anteriores:**  
Marque esta casilla si, en el plazo comprendido en los 5 períodos impositivos anteriores al ejercicio al que corresponde la presente comunicación, ha percibido rendimientos del trabajo con período de generación superior a 2 años, a los que, a efectos del cálculo del tipo de retención le haya sido aplicada la reducción por irregularidad contemplada en el artículo 18.2 de la Ley del Impuesto y, sin embargo, posteriormente usted no haya aplicado la citada reducción en su correspondiente autoliquidación del Impuesto sobre la Renta ..... ☐

### 2. Hijos y otros descendientes menores de 25 años, o mayores de dicha edad si son discapacitados, que conviven con el perceptor

Datos de los hijos o descendientes menores de 25 años (o mayores de dicha edad si son discapacitados) que conviven con Vd. y que no tienen rentas anuales superiores a 8.000 euros.

Hijos o descendientes con discapacidad (grado de discapacidad reconocido)						Cómputo por entero de hijos o descendientes
Si alguno de los hijos o descendientes tiene reconocido un grado de discapacidad igual o superior al 33 por 100, marque con una "X" la/s casilla/s que corresponda/n a su situación.						En caso de hijos que convivan únicamente con Vd., sin convivir también con el otro progenitor (padre o madre), o de nietos que convivan únicamente con Vd., sin convivir también con ningún otro de sus abuelos, indíquelo marcando con una "X" esta casilla.
Año de nacimiento	Año de adopción o acogimiento (1)	Grado igual o superior al 33% e inferior al 65%	Además, tiene acreditada la necesidad de ayuda de terceras personas o movilidad reducida	Grado igual o superior al 65%		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Atención:** Si tiene más de cuatro hijos o descendientes, adjunte otro ejemplar con los datos del quinto y sucesivos.

(1) Solamente en el caso de hijos adoptados o de menores acogidos. Tratándose de hijos adoptados que previamente hubieran estado acogidos, indique únicamente el año del acogimiento.

### 3. Ascendientes mayores de 65 años, o menores de dicha edad si son discapacitados, que conviven con el perceptor

Datos de los ascendientes mayores de 65 años (o menores de dicha edad si son discapacitados) que conviven con Vd. durante, al menos, la mitad del año y que no tienen rentas anuales superiores a 8.000 euros.

Ascendientes con discapacidad (grado de discapacidad reconocido)				Convivencia con otros descendientes
Si alguno de los ascendientes tiene reconocido un grado de discapacidad igual o superior al 33 por 100, marque con una "X" la/s casilla/s que corresponda/n a su situación.				Si alguno de los ascendientes convive también, al menos durante la mitad del año, con otros descendientes del mismo grado que Vd., indique en esta casilla el número total de descendientes con los que convive, incluido Vd. (Si los ascendientes sólo conviven con Vd., no rellene esta casilla).
Año de nacimiento	Grado igual o superior al 33% e inferior al 65%	Además, tiene acreditada la necesidad de ayuda de terceras personas o movilidad reducida	Grado igual o superior al 65%	
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 4. Pensiones compensatorias en favor del cónyuge y anualidades por alimentos en favor de los hijos, fijadas ambas por decisión judicial

**Pensión compensatoria en favor del cónyuge.** Importe anual que está Vd. obligado a satisfacer por resolución judicial .....

**Anualidades por alimentos en favor de los hijos.** Importe anual que está Vd. obligado a satisfacer por resolución judicial .....

### 5. Pagos por la adquisición o rehabilitación de la vivienda habitual utilizando financiación ajena, con derecho a deducción en el IRPF

**Importante:** sólo podrán cumplimentar este apartado los contribuyentes que hayan adquirido su vivienda habitual, o hayan satisfecho cantidades por obras de rehabilitación de la misma, antes del 1 de enero de 2013.

Si está Vd. efectuando pagos por préstamos destinados a la adquisición o rehabilitación de su vivienda habitual por los que vaya a tener derecho a deducción por inversión en vivienda habitual en el IRPF y la cuantía total de sus retribuciones íntegras en concepto de rendimientos del trabajo procedentes de todos sus pagadores es inferior a 33.007,20 euros anuales, marque con una "X" esta casilla ..... ☐

### 6. Fecha y firma de la comunicación

Manifiesto ser contribuyente del IRPF y declaro que son ciertos los datos arriba indicados, presentando ante la empresa o entidad pagadora la presente comunicación de mi situación personal y familiar, o de su variación, a los efectos previstos en el artículo 88 del Reglamento del IRPF.

En \_\_\_\_\_, día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma del perceptor: \_\_\_\_\_

Fdo.: D / D.ª \_\_\_\_\_

### 7. Acuse de recibo

La empresa o entidad: \_\_\_\_\_

acusar recibo de la presente comunicación y documentación.

En \_\_\_\_\_, día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma autorizada y sello de la empresa o entidad pagadora: \_\_\_\_\_

Fdo.: D / D.ª \_\_\_\_\_

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 11 de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, el perceptor tendrá derecho a ser informado previamente de la existencia de un fichero o tratamiento de datos de carácter personal, de la finalidad de la recogida de éstos y de los destinatarios de la información, de la identidad y dirección del responsable del tratamiento o, en su caso, de su representante, así como de la posibilidad de ejercitar sus derechos de acceso, rectificación o cancelación de los mismos.

**Ejemplar para la empresa o entidad pagadora**

# Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas Retenciones sobre rendimientos del trabajo

## Comunicación de datos al pagador (artículo 88 del Reglamento del IRPF)

Modelo

145

Si prefiere no comunicar a la empresa o entidad pagadora alguno de los datos a que se refiere este modelo, la retención que se le practique podría resultar superior a la procedente. En tal caso, podrá recuperar la diferencia, si procede, al presentar su declaración del IRPF correspondiente al ejercicio de que se trate.

**Atención:** la inclusión de datos falsos, incompletos o inexactos en esta comunicación, así como la falta de comunicación de variaciones en los mismos que, de haber sido conocidas por el pagador, hubieran determinado una retención superior, constituye infracción tributaria sancionable con multa del 35 al 150 por 100 de las cantidades que se hubieran dejado de retener por esta causa. (Artículo 205 de la Ley 58/2003, de 17 de diciembre, General Tributaria).

### 1. Datos del perceptor que efectúa la comunicación

NIF	Apellidos y Nombre	Año de nacimiento
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Situación familiar:**

- Soltero/a, viudo/a, divorciado/a o separado/a legalmente con hijos solteros menores de 18 años o incapacitados judicialmente y sometidos a patria potestad prorrogada o rehabilitada que conviven exclusivamente con Vd., sin convivir también con el otro progenitor, siempre que proceda consignar al menos un hijo o descendiente en el apartado 2 de este documento. ☐
- Casado/a y no separado/a legalmente cuyo cónyuge no obtiene rentas superiores a 1.500 euros anuales, excluidas las exentas ..... ☐

NIF del cónyuge (si ha marcado la casilla 2, deberá consignar en esta casilla el NIF de su cónyuge) .....

- Situación familiar distinta de las dos anteriores (solteros sin hijos, casados cuyo cónyuge obtiene rentas superiores a 1.500 euros anuales, ..., etc.) ..... ☐

(Marque también esta casilla si no desea manifestar su situación familiar).

**Discapacidad** (grado de discapacidad reconocido) Igual o superior al 33% e inferior al 65% ..... ☐ Además, tengo acreditada la necesidad de ayuda de terceras personas o movilidad reducida ..... ☐ Igual o superior al 65% ..... ☐

**Movilidad geográfica:** Si anteriormente estaba Vd. en situación de desempleo e inscrito en la oficina de empleo y la aceptación del puesto de trabajo actual ha exigido el traslado de su residencia habitual a un nuevo municipio, indique la fecha de dicho traslado .....

**Obtención de rendimientos con período de generación superior a 2 años durante los 5 períodos impositivos anteriores:**

Marque esta casilla si, en el plazo comprendido en los 5 períodos impositivos anteriores al ejercicio al que corresponde la presente comunicación, ha percibido rendimientos del trabajo con período de generación superior a 2 años, a los que, a efectos del cálculo del tipo de retención le haya sido aplicada la reducción por irregularidad contemplada en el artículo 18.2 de la Ley del Impuesto y, sin embargo, posteriormente usted no haya aplicado la citada reducción en su correspondiente autoliquidación del Impuesto sobre la Renta ..... ☐

### 2. Hijos y otros descendientes menores de 25 años, o mayores de dicha edad si son discapacitados, que conviven con el perceptor

Datos de los hijos o descendientes menores de 25 años (o mayores de dicha edad si son discapacitados) que conviven con Vd. y que no tienen rentas anuales superiores a 8.000 euros.

Hijos o descendientes con discapacidad (grado de discapacidad reconocido)						Cómputo por entero de hijos o descendientes
Si alguno de los hijos o descendientes tiene reconocido un grado de discapacidad igual o superior al 33 por 100, marque con una "X" la/s casilla/s que corresponda/n a su situación.						En caso de hijos que convivan únicamente con Vd., sin convivir también con el otro progenitor (padre o madre), o de nietos que convivan únicamente con Vd., sin convivir también con ningún otro de sus abuelos, indíquelo marcando con una "X" esta casilla.
Año de nacimiento	Año de adopción o acogimiento (1)	Grado igual o superior al 33% e inferior al 65%	Además, tiene acreditada la necesidad de ayuda de terceras personas o movilidad reducida	Grado igual o superior al 65%		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Atención:** Si tiene más de cuatro hijos o descendientes, adjunte otro ejemplar con los datos del quinto y sucesivos.

(1) Solamente en el caso de hijos adoptados o de menores acogidos. Tratándose de hijos adoptados que previamente hubieran estado acogidos, indique únicamente el año del acogimiento.

### 3. Ascendientes mayores de 65 años, o menores de dicha edad si son discapacitados, que conviven con el perceptor

Datos de los ascendientes mayores de 65 años (o menores de dicha edad si son discapacitados) que conviven con Vd. durante, al menos, la mitad del año y que no tienen rentas anuales superiores a 8.000 euros.

Ascendientes con discapacidad (grado de discapacidad reconocido)				Convivencia con otros descendientes
Si alguno de los ascendientes tiene reconocido un grado de discapacidad igual o superior al 33 por 100, marque con una "X" la/s casilla/s que corresponda/n a su situación.				Si alguno de los ascendientes convive también, al menos durante la mitad del año, con otros descendientes del mismo grado que Vd., indique en esta casilla el número total de descendientes con los que convive, incluido Vd. (Si los ascendientes sólo conviven con Vd., no rellene esta casilla).
Año de nacimiento	Grado igual o superior al 33% e inferior al 65%	Además, tiene acreditada la necesidad de ayuda de terceras personas o movilidad reducida	Grado igual o superior al 65%	
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 4. Pensiones compensatorias en favor del cónyuge y anualidades por alimentos en favor de los hijos, fijadas ambas por decisión judicial

**Pensión compensatoria en favor del cónyuge.** Importe anual que está Vd. obligado a satisfacer por resolución judicial .....

**Anualidades por alimentos en favor de los hijos.** Importe anual que está Vd. obligado a satisfacer por resolución judicial .....

### 5. Pagos por la adquisición o rehabilitación de la vivienda habitual utilizando financiación ajena, con derecho a deducción en el IRPF

**Importante:** sólo podrán cumplimentar este apartado los contribuyentes que hayan adquirido su vivienda habitual, o hayan satisfecho cantidades por obras de rehabilitación de la misma, antes del 1 de enero de 2013.

Si está Vd. efectuando pagos por préstamos destinados a la adquisición o rehabilitación de su vivienda habitual por los que vaya a tener derecho a deducción por inversión en vivienda habitual en el IRPF y la cuantía total de sus retribuciones íntegras en concepto de rendimientos del trabajo procedentes de todos sus pagadores es inferior a 33.007,20 euros anuales, marque con una "X" esta casilla ..... ☐

### 6. Fecha y firma de la comunicación

Manifiesto ser contribuyente del IRPF y declaro que son ciertos los datos arriba indicados, presentando ante la empresa o entidad pagadora la presente comunicación de mi situación personal y familiar, o de su variación, a los efectos previstos en el artículo 88 del Reglamento del IRPF.

En \_\_\_\_\_, día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma del perceptor: \_\_\_\_\_

Fdo.: D / D.ª \_\_\_\_\_

### 7. Acuse de recibo

La empresa o entidad: \_\_\_\_\_

acusar recibo de la presente comunicación y documentación.

En \_\_\_\_\_, día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma autorizada y sello de la empresa o entidad pagadora: \_\_\_\_\_

Fdo.: D / D.ª \_\_\_\_\_

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 11 de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, el perceptor tendrá derecho a ser informado previamente de la existencia de un fichero o tratamiento de datos de carácter personal, de la finalidad de la recogida de éstos y de los destinatarios de la información, de la identidad y dirección del responsable del tratamiento o, en su caso, de su representante, así como de la posibilidad de ejercitar sus derechos de acceso, rectificación o cancelación de los mismos.

**Ejemplar para el perceptor**

## **POLÍTICA GENERAL DE GESTIÓN DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA CRISTINA**

El **HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA CRISTINA**, en Parla, es un centro de la red pública de hospitales de la Comunidad de Madrid que presta asistencia sanitaria a la zona sur de la región. Nuestro propósito, “Innovamos para tu salud y bienestar, cuidamos inspirando tu confianza”, refleja nuestro compromiso con la excelencia asistencial, la innovación continua y la calidad en el servicio.

La Gerencia del **HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA CRISTINA** se compromete a implementar, difundir y garantizar el cumplimiento de esta Política General de Gestión, promoviendo la participación activa de los profesionales, pacientes, proveedores, colaboradores y a la sociedad en su conjunto.

Como parte de nuestra estrategia de gestión responsable y sostenible, el **HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA CRISTINA** esta adherido a la Red de Hospitales Sin Humo y pertenece a la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN), reafirmando nuestro compromiso con la promoción de entornos saludables y humanizados.

Nuestra Política General de Gestión se basa en los principios y valores adquiridos a través de nuestra experiencia y sobre cinco pilares básicos:

### **Relativos al SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN**

Se fundamenta en:

- La satisfacción de las necesidades reales de los grupos de interés y en especial de los pacientes y familiares. Cumpliendo el máximo grado de sus expectativas sobre Calidad, Servicio e Innovación. Considerando la seguridad como un aspecto relevante de nuestra actuación. Creando las condiciones adecuadas para al desarrollo personal, de sus colaboradores y la sociedad en su conjunto, procurando con todo ello alcanzar los Objetivos que proponga el Servicio Madrileño de Salud.
- Cumplir estrictamente con los requisitos legales y regulaciones aplicables al sector, ambientales, y otros que el **HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA CRISTINA** suscriba.
- Velar porque los principios sean asumidos por los profesionales que trabajan en el **HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA CRISTINA** y que se incorporen como pautas de conducta habitual con una actitud abierta y positiva hacia la mejora continua y permanente del Sistema de Gestión Integrado en todas sus perspectivas y apostando por la calidad total como medio para alcanzar estos objetivos.
- Asegurar un compromiso manifiesto de la Gerencia del **HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA CRISTINA** para la difusión, consolidación y cumplimiento de la presente Política.
- Mantener la Política General de Gestión de nuestro centro sanitario actualizada, a efectos de asegurar su vigencia y nivel de eficacia.

### **Relativos a la GESTIÓN DE LA CALIDAD**

Se fundamenta en:

- Establecer unos objetivos de calidad coherentes con las estrategias del **HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA CRISTINA** y revisables periódicamente.
- Crear las condiciones adecuadas en los diferentes ámbitos del Hospital para facilitar la expresión de nuevas ideas para el desarrollo de procesos de mejora.
- Potenciar el desarrollo profesional de las personas del **HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA CRISTINA** como principal motor de innovación y conocimiento de nuestro Hospital en los servicios que presta.
- Estimular la participación de los profesionales en actividades de evaluación y mejora.
- Poder demostrar nuestra capacidad para la prestación de un servicio que satisfaga las exigencias y requisitos de las personas que acudan a nuestro centro.
- Aumentar el nivel de satisfacción de todos los pacientes receptores de nuestros servicios, contribuyendo de esta manera a la mejora del servicio global proporcionado a los pacientes de nuestro Hospital.

### **Relativos a la GESTIÓN DE RIESGOS DEL PACIENTE**

Se fundamenta en:

- Crear, inculcar y mantener una sistemática de identificación de riesgos sanitarios y no sanitarios, realizando un análisis y evaluación de éstos, planificando e implantando acciones para su monitorización y gestión.
- Usar la Gestión de Riesgos en el Paciente como una herramienta preventiva y correctiva.
- Facilitar la notificación interna de los incidentes y de los eventos adversos, manteniendo la confidencialidad de éstas.

- Asegurar el carácter no punitivo del Sistema de Gestión de Riesgos del Paciente y velar porque prevalezca un ambiente informativo que ayude a identificar mejoras en los procesos de actuación, no en los profesionales.
- Determinar indicadores óptimos para un análisis objetivo y real de la eficacia del Sistema de Gestión de Riesgos del Paciente, garantizando la revisión y mejora del mismo en términos igualmente objetivos.
- Impulsar la formación y la implicación en lo que a gestión de riesgos se refiere a todas las personas del **HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA CRISTINA**, como vía para lograr la mejora continua desde las labores de cada profesional.
- Colaborar con los organismos oficiales encargados de la supervisión de procesos para la aplicación de normas y criterios de riesgos.
- Establecer métodos, medios y criterios de operación para controlar y mitigar los riesgos del paciente en nuestro Hospital.

### **Relativos a la SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN**

Se fundamenta en:

- Constituir la seguridad de la información como una herramienta que permita identificar y minimizar los riesgos y amenazas a los cuales se expone la información del Hospital.
- Identificar, clasificar y establecer los mecanismos de protección necesarios para todos los activos pertenecientes al **HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA CRISTINA** frente a amenazas, internas o externas, deliberadas o accidentales, con el fin de asegurar el cumplimiento de la confidencialidad, integridad, disponibilidad, legalidad y confiabilidad de la información.
- Definir e implantar controles para proteger la información contra violaciones de autenticidad, accesos no autorizados y pérdida de integridad, que garanticen la disponibilidad de los servicios ofrecidos por el **HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA CRISTINA**.
- Adquirir un compromiso de responsabilidad por parte de todas las personas internas y externas de proteger la información a la cual accedan y procesen, para evitar su pérdida, alteración, destrucción o uso indebido.
- Instar al uso, única y exclusivamente, de software autorizado, que haya sido adquirido legalmente por el Hospital o por otras administraciones que nos autoricen su uso.
- Transmitir la responsabilidad de todas las personas internas y externas de informar de los Incidentes de seguridad, eventos sospechosos o mal uso de los recursos que pudieran identificarse.

### **Relativos a la GESTIÓN AMBIENTAL**

Se fundamenta en:

- Establecer métodos, medios y criterios de operación para controlar y mitigar los impactos medioambientales derivados de nuestras actividades.
- Estimular el ahorro de los recursos naturales, y la prevención y control de la contaminación, tanto en el funcionamiento normal del **HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA CRISTINA**, como en casos de incidencias, accidentes y situaciones de emergencias.
- Informar y formar a los trabajadores sobre los aspectos ambientales ligados a nuestra actividad y sus funciones, promoviendo un mayor grado de sensibilidad, responsabilidad y conciencia sobre la necesidad de proteger y preservar el entorno.
- Promover un entorno de trabajo saludable para todas las personas derivado de nuestro compromiso con la Red de Hospitales Sin Humo.

Adicionalmente, el **HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA CRISTINA** cuenta con políticas específicas y un conjunto de estándares y procedimientos que soportan esta Política General de Gestión. Esta política se revisará periódicamente para garantizar su vigencia y adecuación a los cambios del entorno, así como para mantener su alineación con las mejores prácticas y estándares de calidad reconocidos.

Firmado digitalmente por: SANTANO MAGARIÑO ALMUDENA  
Fecha: 2025.04.02 11:17

**SERVICIO DE PREVENCIÓN**

Desde el Servicio de Prevención le damos la bienvenida al Hospital Universitario Infanta Cristina. Como sin duda conoce, el personal de nuestro Hospital, debe hacerse un reconocimiento médico inicial, específico para cada puesto de trabajo en aplicación de la Ley General de Sanidad y de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales.

Para ello deberá solicitar cita con nosotros en la Agenda abierta de Salud Laboral (Primera consulta), a través de los puntos habituales de citación. El día asignado deberá acudir a consulta de Salud Laboral ubicada en 2ª planta soporte médico 2. El reconocimiento consiste en abrir historia clínico-laboral y valorar el estado de salud para el desempeño de su actividad. Es aconsejable aportar información sobre problemas de salud que considere relevantes, historia vacunal, pruebas de mantoux previamente efectuadas, etc.

Estamos a su disposición para ampliar cualquier información en el teléfono:

91 191 31 66

Atentamente



Fdo.: Dra. Mª Ángeles Sánchez Uriz  
Jefe de Sección  
Servicio de Prevención

Recibí:

NOMBRE Y APELLIDOS		DNI	TELF. MOVIL
Email			
PUESTO / SERVICIO			

FECHA Y FIRMA:

*Bienvenido/a al Hospital Universitario Infanta Cristina:*

En nombre del Servicio de Prevención les adjuntamos instrucciones sobre el comportamiento en caso de Exposición Accidental a Material Biológico y hoja de Notificación de Accidente en caso de suceso que acontezca durante la jornada laboral, sea de tipo biológico o no.

Se recuerda el uso de los guantes y mascarillas como equipos de protección frente a agentes biológicos (a través de vía aérea o por contacto) en aquellos procedimientos que en su trabajo habitual lo requieran.

Asimismo, deben citarse con el servicio de Salud Laboral (Primera Consulta de Enfermería), para ello utilizarán cualquier punto administrativo del Hospital. En dicha consulta deberán aportar su cartilla vacunal o informes varios de inmunizaciones previas (vacunas), o en caso necesario cualquier información que sea preciso para abrir la Historia Clínico-Laboral.

Existe a su disposición, en la carpeta Z del escritorio del Hospital Universitario Infanta Cristina, información sobre Prevención de Riesgos Laborales, así como el modelo de notificación de Accidente y el de Registro de Situaciones Potencialmente Conflictivas con los Ciudadanos.

Muchas gracias.



## **ACCIDENTE CON RIESGO BIOLÓGICO**

### **1.- ACTUACIÓN INMEDIATA TRAS EL ACCIDENTE CON MATERIAL BIOLÓGICO**

#### **SALPICADURA EN PIEL INTACTA:**

- LAVADO CON AGUA Y JABÓN.

#### **SALPICADURA EN PIEL NO INTACTA O HERIDA (CORTE, PINCHAZO)**

- Dejar sangrar 2-3 MINUTOS, bajo agua corriente.
- Agua y jabón.
- ANTISÉPTICO (POVIDONA YODADA, CLORHEXIDINA (se lleva siempre al lugar de la asistencia)
- Si no se dispone de agua corriente: Solución alcohólica para limpieza de manos (se lleva siempre al lugar de la asistencia)
- Colocar apósito impermeable y guante nuevo.

#### **EN CASO DE MUCOSAS (oral, nasal o bucal):**

- Lavado con AGUA O SUERO sin restregar 15 minutos.

### **2.- COMUNICACIÓN DEL ACCIDENTE**

- Inmediatamente al Supervisor o Jefe inmediato.
- Ponerse en contacto a la máxima brevedad con servicio de prevención, teléfono 413166 (8 a 15 horas).
- Si no está el enfermero/ a de Salud Laboral, se avisará al Servicio de Prevención en sus oficinas centrales en el Hospital Universitario Infanta Leonor de Vallecas:
  - 91 191 80 13 o 618 344 392, todos los días laborables (8 a 15 horas).
  - Fax 91 191 90 95.
  - [prevencion.hvll@salud.madrid.org](mailto:prevencion.hvll@salud.madrid.org)
  - [prevencion.hinfantaleonor@gmail.com](mailto:prevencion.hinfantaleonor@gmail.com)

En otro horario (a partir de las 15 horas y en festivos), avisar al Médico de Guardia de Medicina Interna (planta).

El primer día laborable al accidente, llevar al Departamento de Recursos Humanos el modelo de comunicación de accidente laboral (con/ sin baja).

D./Dña.....con DNI.....,  
he sido contratado por el Hospital Universitario Infanta Cristina con la categoría  
de.....con teléfono de contacto número ..... y  
he recibido información sobre Prevención de Riesgos Laborales.

En Parla, a ..... de ..... de 202\_\_\_\_\_

Fdo.:

**DOCUMENTO DE RECONOCIMIENTO DE INFORMACIÓN**

Entre los principales objetivos del Hospital Universitario Infanta Cristina se encuentra la participación activa en proyectos de prevención de enfermedades. Como parte integrante de este objetivo se encuentra la lucha anti-tabáquica, de la que el Hospital Universitario Infanta Cristina es un claro exponente.

El Hospital Universitario Infanta Cristina forma parte de la Red Europea de Hospitales Sin Humo, proyecto común que nace de la unión de una gran cantidad de hospitales que han podido advertir las consecuencias nocivas que el tabaco produce en las personas que lo consumen, así como en las que les rodean.

Este centro, de acuerdo con la Ley 42/2010, de 30 de diciembre, por la que se modifica la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco, no permite que se fume ni en las instalaciones, ni en el recinto hospitalario (tanto exterior como subterráneo), por lo que todas aquellas personas que quieran fumar deberán hacerlo tras las vallas de entrada al recinto hospitalario y sin uniformidad. En caso contrario, el Hospital se verá obligado a avisar del incumplimiento para que se proceda a interponer la sanción administrativa que corresponda, sin perjuicio de las medidas disciplinarias que igualmente puedan recaer.

Para mayor cumplimiento de este objetivo, se ha creado el Comité de Disciplina Interna, integrado por la Gerencia y varios miembros directivos, que entre sus funciones tendrá las de proponer sanciones disciplinarias contra todos aquellos profesionales, internos residentes o estudiantes que, incumpliendo la legalidad vigente y la normativa del centro, sean encontrados fumando dentro del recinto hospitalario.

Para todos aquellos profesionales, internos residentes o estudiantes que fumen y quieran dejar el hábito, se ha puesto en marcha una consulta médica de terapia específica para la deshabituación tabáquica, que estará atendida por profesionales del propio hospital dispuestos a poner todo de su parte para lograr el mayor número de éxitos.

En caso de duda o sugerencia, le ruego se ponga en contacto con nosotros. Igualmente, en caso de querer unirse a los programas de deshabituación tabáquica diríjase al punto de citación más cercano y pida cita para la "Consulta de Deshabituación Tabáquica para profesionales, internos residentes o estudiantes del Hospital"

D. / Dña. \_\_\_\_\_,  
con DNI número \_\_\_\_\_, declara haber leído y entendido el presente documento y, para que así conste a los efectos oportunos, lo firma en Parla, a ..... De ..... de 202\_.

Fdo.: \_\_\_\_\_



## COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y DEBER DE SECRETO

### I. Confidencialidad

1. El firmante se compromete de manera expresa a no difundir, transmitir, revelar a terceras personas, ni hacer uso posterior y ajeno al presente proyecto de cualquier información confidencial y exclusiva que pertenezca al Servicio Madrileño de Salud y Dirección General de Salud Digital, a la que tenga acceso como consecuencia de las relaciones que se generen con el mismo.
2. Que, a título enunciativo y no limitativo, tendrá la consideración de “*Información Confidencial y exclusiva*”, la relativa a los pacientes, personal, proveedores, operaciones, instalaciones, estados financieros, previsiones, procedimientos, métodos, “*know-how*”, activos, compromisos, contratos, cláusulas, asesoría jurídica, sistemas informáticos, así como cualquier clase de información producida, generada o relacionada con el Servicio Madrileño de Salud y Dirección General de Salud Digital.
3. Queda prohibida la salida de información propiedad de Servicio Madrileño de Salud y Dirección General de Salud Digital obtenida de sus sistemas de información o de otras fuentes, por cualquier medio físico o telemático, salvo autorización por escrito del Responsable del Tratamiento.
4. Una vez extinguida la relación con el Servicio Madrileño de Salud y Dirección General de Salud Digital, los datos personales pertenecientes al mismo que pueda tener bajo su control el abajo firmante, deberá destruirlos o devolverlos, por el método acordado, así como cualquier otro soporte o documento en el que conste algún dato de carácter personal.
5. Que en el caso de que la información resulte revelada o divulgada o utilizada, ya sea de forma dolosa o negligente, se emprenderán las acciones civiles o penales correspondientes.

### II. Políticas de seguridad

1. El abajo firmante se compromete a cumplir la política de seguridad de la información en el ámbito de la Administración Electrónica y de los sistemas de información de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, establecida en la *Orden 491/2013, de 27 de junio, por la que se aprueba la política de seguridad de la información en el ámbito de la Administración Electrónica y de los sistemas de información de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid*, y todas las políticas, normas y procedimientos que emanen de la citada política, así como las que se determinen en materia de seguridad para el tratamiento de datos personales. Para su conocimiento, se le proporcionará acceso a la normativa que le sea de aplicación.
2. El acceso lógico a los Sistemas de Información y Comunicaciones del Servicio Madrileño de Salud y Dirección General de Salud Digital se hará con la autorización correspondiente, en la forma que se indique y con las medidas de seguridad que se marquen en cada caso, no pudiendo acceder a datos reales sin la autorización por escrito del Responsable o Encargado del Tratamiento.
3. Ante cualquier duda que pueda incidir en la seguridad de los Sistemas de Información y Comunicaciones, deberá consultar con su enlace o Responsable en el Servicio Madrileño de Salud y Dirección General de Salud Digital. La función del

enlace será ofrecerle asesoramiento, atender cualquier tipo de consulta o necesidad, transmitir instrucciones, ponerle al corriente de sus cometidos, objetivos, entre otras.

### **III. Propiedad intelectual**

1. Queda estrictamente prohibido el uso de programas informáticos en los sistemas de información del Servicio Madrileño de Salud y Dirección General de Salud Digital sin la correspondiente licencia y/o autorización. Los programas informáticos propiedad del Servicio Madrileño de Salud y Dirección General de Salud Digital están protegidos por propiedad intelectual, y por tanto está estrictamente prohibida su reproducción, modificación, cesión o comunicación sin la debida autorización.

2. Queda estrictamente prohibido en los sistemas de información del Servicio Madrileño de Salud y Dirección General de Salud Digital el uso, reproducción, cesión, transformación o comunicación pública de cualquier otro tipo de obra o invención protegida por la propiedad intelectual sin la debida autorización.

### **IV. Derecho de información**

1. En cumplimiento de la normativa vigente en materia de protección de datos, se le informa de que los datos personales que se faciliten serán responsabilidad del Dirección General De Salud Digital como Responsable del Tratamiento, cuyo Delegado de Protección de Datos (DPD) es el Delegado de Protección de Datos de la Consejería de Digitalización con dirección en C/ Gran Vía 30, Código Postal: 28013, Madrid, y cuya finalidad es la contemplada en el presente documento.

2. La base jurídica que legitima el tratamiento es la ejecución de un contrato. Con esta finalidad sus datos serán conservados durante los años necesarios para cumplir con las obligaciones estipuladas en la normativa vigente aplicable. Asimismo, se le informa de que los datos no serán comunicados a terceros, salvo en aquellos casos obligados por Ley.

3. Podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento y portabilidad, en la medida que sean aplicables, a través de comunicación escrita al Responsable del Tratamiento, con domicilio en C/ Embajadores 181, Código Postal: 28045 Madrid, concretando su solicitud y acreditando debidamente su identidad. Asimismo, le informamos de la posibilidad de presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos.

Leído y entendido, el abajo firmante se compromete a cumplir lo arriba establecido.

Madrid, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

**ACCESO A LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN DEL CENTRO HOSPITALARIO**

A los efectos de cumplir con la Política de Seguridad de la Información del Hospital Universitario Infanta Cristina, a continuación, se citan las normas de seguridad que afectan al desarrollo de sus funciones respecto al tratamiento de la información para toda persona que acceda a los sistemas de información del centro hospitalario, en adelante el *usuario*.

El usuario, accederá a la información contenida en los sistemas y documentos del Hospital Universitario Infanta Cristina, entre los que se encuentran datos personales relativos a la salud de las personas, especialmente protegidos por la legislación vigente.

En el acceso a dicha información, el usuario declara conocer y se compromete a respetar todas las normas y medidas de seguridad aplicables, así como el *"Documento de Seguridad"*, la *"Política de Seguridad"* y el *"Código de Buenas Prácticas para el Usuario de Sistemas Informáticos"* de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, aprobado por orden 1943/2005 del Consejero, todos ellos disponibles en el servidor del Hospital Universitario Infanta Cristina (Z:), donde se establecen las funciones y obligaciones del personal.

Asimismo, el usuario se compromete a:

- Limitar su acceso a la información y operaciones que sean imprescindibles para la finalidad de ejerer las funciones profesionales correspondientes al puesto asignado.
- Dicho acceso deberá restringirse a la información que sea estrictamente necesaria para la finalidad descrita y sólo durante el tiempo preciso.
- Mantener el más estricto secreto acerca de la información accedida, incluso una vez finalizadas las acciones que motivaron el acceso o su vinculación con el Hospital Universitario Infanta Cristina y/o la Consejería.
- No imprimir ni realizar exportaciones copias, volcados, fotocopias, fotografías o algún otro medio que pueda reproducir la información accedida en ningún soporte o medio (incluido el disco de los ordenadores) ni a otros documentos o ficheros, independientemente del tipo de soporte (físico o lógico).
- No divulgar en ningún medio externo la información a la que pudiera tener acceso por sus tareas en el Hospital Universitario Infanta Cristina.
- No acceder a la información correspondiente a las siguientes personas, salvo que se obtenga el consentimiento expreso del titular de los datos correspondientes:
  - Personas con cualquier tipo de relación (afectiva, familiar, laboral o de cualquier otro tipo) con el usuario.
  - Personas de interés público o conocidas públicamente.
- Comunicar a la mayor brevedad, de conformidad con el procedimiento establecido al efecto, cualquier incidencia que pueda afectar a la seguridad de la información.
- Solicitar la cancelación de su acceso tan pronto como éste deje de ser preciso para la finalidad que lo motiva o cuando se tengan dudas razonables que indiquen que la confidencialidad de su clave de acceso pueda haberse visto comprometida.

El usuario declara conocer y aceptar el hecho de que su acceso al sistema será monitorizado de conformidad con el artículo 103 del Real Decreto 1720/2007 y confirma que entiende y acepta los anteriores requisitos y que se compromete a cumplirlos.

Nombre y Apellidos:	DNI:
Firma:	Fecha:

**DOCUMENTO DE SOLICITUD DE TARJETA IDENTIFICATIVA Y DE ACCESO A LOS  
APARCAMIENTOS DE SUPERFICIE HABILITADOS PARA EL PERSONAL**

D./Dña. \_\_\_\_\_, con DNI \_\_\_\_\_,  
y categoría de \_\_\_\_\_  
Solicita:

- ☐ La Tarjeta identificativa
- ☐ La confección de la tarjeta de acceso a los aparcamientos de superficie habilitados para el personal del Hospital Universitario Infanta Cristina.

El/la solicitante manifiesta conocer que:

- Está terminantemente prohibida la copia y/o manipulación de la tarjeta, así como cualquier otra acción tendente a la modificación de datos que consten en la misma.
- El titular de la tarjeta es responsable del buen uso, pérdida, deterioro y manipulación de la misma, comprometiéndose a poner inmediatamente en conocimiento del Departamento de RRHH todo hecho, incidencia, pérdida, sustracción, deterioro o modificación que le acontezcan.
- En el momento en que deje de prestar servicios profesionales, cese en su rotación o finalice su periodo de prácticas en el Hospital Universitario Infanta Cristina, el titular devolverá la tarjeta al Servicio de RRHH.
- La no devolución de la tarjeta será de la exclusiva responsabilidad de su titular, haciéndose cargo de las consecuencias, penalizaciones o sanciones que de dicho incumplimiento puedan derivarse.
- En caso de incumplimiento de cualquiera de las anteriores indicaciones, se rescindirá inmediatamente el uso de la tarjeta de acceso a los aparcamientos de superficie habilitados para el personal, exigiéndose la devolución de la misma al Servicio de RRHH, sin perjuicio de las responsabilidades derivadas de cualquiera de las conductas infractoras.

A efectos de control de acceso y seguridad, el/la solicitante manifiesta que las matrículas de los vehículos con los que podrá acudir habitualmente al centro son las siguientes:

\_\_\_\_\_  
Vehículo 1

\_\_\_\_\_  
Vehículo 2

\_\_\_\_\_  
Vehículo 3

Fdo.: D./Dña.  
Fecha:

**ENTREGA DE TAQUILLA**

Por medio del presente documento, se le hace entrega a D./Dña....., con DNI nº....., del uso de la taquilla nº ..... y en caso de cambio por la taquilla nº..... y la correspondiente llave, siendo dichos elementos de uso exclusivo y propio de la persona a la que se le entrega, sin perjuicio de que la Administración decida la atribución del uso conjunto de dichas taquillas en caso de que la demanda de taquillas sea superior al número de unidades existentes u otras causas que se consideren bastantes por la Administración. El uso de tales elementos está limitado al periodo de tiempo en el que se presten servicios en el presente centro hospitalario, o hasta que el usuario decida rescindir el derecho de uso de tales elementos.

Está prohibido introducir en las taquillas cualquier tipo de sustancia prohibida, peligrosa, explosiva o que pueda causar daños o perjuicios al resto de usuarios del hospital, entre tales elementos, se prohíbe expresamente la introducción de elementos punzantes, navajas, cuchillos, así como cualquier tipo de droga y/o elementos nocivos para la salud de los usuarios del hospital. Igualmente, está expresamente prohibido el uso de cualquier elemento tendente a la apertura de la taquilla que no sea la llave que se entrega en este momento.

En caso de incumplimiento de cualquiera de las anteriores indicaciones, se rescindirán inmediatamente el uso de la taquilla y se exigirá la devolución de la correspondiente, sin perjuicio de las responsabilidades derivadas de cualquiera de las conductas infractoras.

El titular del uso se hace responsable del buen uso, destrucción, deterioro o pérdida tanto de la taquilla como de la llave.

Igualmente, se compromete a poner inmediatamente en conocimiento de la Administración todo aquel hecho, incidencia, sustracción, deterioro o modificación que acontezca a dicha taquilla y llave. En caso de pérdida de la llave se atenderá al procedimiento establecido en la Dirección de Recursos Humanos.

En el momento en el que deje de prestar sus servicios para el Hospital Infanta Cristina o decida rescindir su derecho de uso, deberá entregar la llave de taquilla a la Administración en las mismas condiciones en las que se le entregó, haciéndose responsable del deterioro, pérdida y/o modificación de la unidad y de todos sus elementos.

En todo caso, se deberá entregar la llave de taquilla en el momento de la recogida de la liquidación, saldo y finiquito.

Si no desea taquilla, por favor, marque una X aquí ☐

Fdo.: D./Dña.

Fecha:

## NOMBRAMIENTO EQUIPO DE PRIMERA INTERVENCIÓN, ALARMA Y EVACUACIÓN EPIAE

D./Dña. \_\_\_\_\_, con DNI  
\_\_\_\_\_, perteneciente al Hospital Universitario Infanta Cristina,

### DECLARA

- Estar informado de su nombramiento como EQUIPO DE PRIMERA INTERVENCIÓN, ALARMA Y EVACUACIÓN (EPIAE) y asumir el mismo y sus funciones.
- Haber recibido por parte del Hospital Universitario Infanta Cristina toda la información actualizada y detallada de las funciones que tiene como EQUIPO DE PRIMERA INTERVENCIÓN, ALARMA Y EVACUACIÓN (EPIAE) contenidas en el Plan de Autoprotección del Hospital Universitario Infanta Cristina del que forma parte.
- Conocer que esta información se encuentra a su disposición en la red del Hospital, en la siguiente ruta Z:\Directorio General\RRHH\Salud Laboral y Prevención de Riesgos Laborales\Plan de Autoprotección\Plan de Autoprotección\_diciembre 2020.
- Haber comprendido la información detallada en el párrafo anterior y el conocimiento del Plan de Autoprotección (Capítulo 6 y Anexo VI), el cual puede consultar en todo momento en la red del Hospital, en la ruta Z:\Directorio General\RRHH\Salud Laboral y Prevención de Riesgos Laborales\Plan de Autoprotección\Plan de Autoprotección\_diciembre 2020.

Y, para que así conste, se firma en Parla.

Por el HU INFANTA CRISTINA,

Firmado digitalmente por: GONZALEZ SANCHEZ MONICA  
Fecha: 2025.05.08 12:43

El profesional,

Fdo.: Mónica Gonzalez Sanchez  
Directora de Recursos Humanos

### ADVERTENCIA

Según la legislación vigente, todos los trabajadores están obligados a participar en el Plan de Autoprotección de su edificio de trabajo, obligación que es innata a todos os ciudadanos (Ley 2/1985, de 21 de enero, sobre Protección Civil) y a las medidas de prevención adoptadas por su propia seguridad y salud e el trabajo (Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales).

La organización de la emergencia no tiene por objeto sustituir a los Servicios Públicos (Bomberos, Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, etc.) sino realizar las acciones más inmediatas hasta que lleguen éstos.

Los pacientes y familiares que se han en el Hospital, se encuentran de por sí sensibilizados al estar en un lugar extraño y con la angustia de estar enfermo o acompañar a un ser querido que lo está; ello hace que el personal profesional del centro sepa transmitir de la forma más clara posible esa sensación de tranquilidad.



La autenticidad de este documento se puede comprobar en  
<https://gestion.comunidad.madrid/csv>  
mediante el siguiente código seguro de verificación: 0945558117552880019779



**EQUIPO DE PRIMERA INTERVENCIÓN, ALARMA Y EVACUACIÓN (EPIAE)**

Componentes	<b>Todo el personal del Hospital:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> ALARMA Y PRIMERA INTERVENCIÓN: 2 personas por área.</li> <li><input type="checkbox"/> EVACUACIÓN: 2 personas por área.</li> </ul>
Dependencia	Jefe de Intervención
<p>Todo el personal del hospital es componente del Equipo de Primera Intervención, Alarma y Evacuación, ya que cualquier trabajador del hospital puede ser el primer conocedor de una situación de emergencia y, por tanto, será el encargado, por su proximidad al siniestro, de realizar las primeras acciones. El personal que no esté interviniendo en la zona donde se ha producido el siniestro, actuará como alarma y evacuación.</p> <p>En las zonas donde existan pacientes, es preciso que se integre un facultativo, más que para realizar funciones propias de EPIAE, para atender e indicar las pautas a seguir con los pacientes. Las acciones relacionadas con los pacientes emanarán del médico.</p>	
<b>FUNCIONES GENERALES</b>	

- ☐ Estar informados del riesgo general y particular en cada una de las plantas o en los sectores.
- ☐ Señalar las anomalías que detecten y verificar que sean subsanadas.
- ☐ Conocer la existencia de los medios materiales disponibles.
- ☐ Estar capacitados para suprimir sin demora las causas que puedan provocar cualquier emergencia, mediante:
  - Transmisión de la alarma a las personas designadas en el Plan de Actuación ante Emergencias.
  - Actuación directa:
    - ◆ Corte de la corriente eléctrica.
    - ◆ Aislamiento de materiales inflamables.
    - ◆ Cierre de puertas y ventanas.
    - ◆ Etc.
- ☐ Combate de la emergencia desde que se descubre:
  - Dando la alarma.
  - Aplicando las consignas del Plan de Actuación ante Emergencias.
  - Actuando con los medios de intervención disponibles (EXTINTORES).
- ☐ Prestar primeros auxilios a las personas afectadas y colaborar en la evacuación cuando ello sea preciso.

**FUNCIONES ESPECÍFICAS**

- ☐ Conocer el Plan de Actuación ante Emergencias y las consignas de actuación.
- ☐ Participar en los simulacros de emergencia y en las prácticas de lucha contra el fuego.
- ☐ Conocer el manejo de los extintores portátiles.
- ☐ Colaborar en la vigilancia del cumplimiento de las medidas de prevención de incendios.
- ☐ Avisar de la existencia de defectos en los equipos y sistemas de protección y de su señalización.
- ☐ Conocer perfectamente el sector que le ha sido asignado, con las zonas en donde el fuego puede ser más probable y las que pueden ser más peligrosas.
- ☐ Saber qué personal, hospitalizados y visitas, estará bajo su tutela en caso de emergencia.
- ☐ Conocer perfectamente los caminos de evacuación.
- ☐ Comprobar que estos caminos están libres de obstáculos, en especial las puertas de salida de emergencia.
- ☐ Vigilar que la señalización de salidas de emergencia está correctamente ubicada, dando a conocer al Jefe de Intervención las posibles modificaciones que a su juicio deban introducirse.

ACTUACIÓN EN CASO DE INCENDIO	
Misión	<input type="checkbox"/> Dar la alarma. <input type="checkbox"/> Manejo de extintores. <input type="checkbox"/> Tranquilizar a los pacientes. <input type="checkbox"/> Conocimiento de las vías de evacuación y de los lugares de concentración del personal evacuado (Zona de Reunión). <input type="checkbox"/> Garantizar la transmisión de la alarma a todos los ocupantes. <input type="checkbox"/> Asegurar una evacuación total y ordenada de la planta o sector a su cargo. <input type="checkbox"/> Dar aviso de posibles ausencias detectadas después de la evacuación. <input type="checkbox"/> En caso de atender a un herido deben saber lo que NO hay que hacer con él. Ello siempre que el componente de este equipo no sea una persona con formación (médico, DUE, etc.) y sepa aplicar perfectamente los primeros auxilios.
Lugar de actuación	En el lugar del siniestro.

**No actúe nunca solo, hágalo siempre por parejas y con vía de escape próxima**

#### AL DESCUBRIR UN INCENDIO

##### Actuación de dos (2) de los componentes del EPIAE

- ☐ **Avisé**, mediante pulsador o por teléfono a **Central de Seguridad (91 191 38 81 / 695 68 58 11)**.
- ☐ Localice a otro miembro del **EPIAE**.
- ☐ Trasláden a las personas que pudieran encontrarse en el interior del local afectado a un lugar seguro.
- ☐ Actúen con el extintor adecuado a la clase de fuego.
- ☐ Extinguido el fuego, quédense uno de **RETEN**. Informe de ello a la **Central de Seguridad**.
- ☐ Si no logran extinguirlo, esperen, en lugar seguro, la llegada del **Equipo de Segunda Intervención (ESI)**.
- ☐ **Eviten la propagación del incendio** (cierre puertas y ventanas, retire productos que aviven el fuego).
- ☐ Presente el **ESI**, ayuden al resto de personal a evacuar a los ocupantes de la zona.
- ☐ Si hubiesen sido evacuados, diríjanse al sector colindante o a la Zona de Reunión exterior si se hubiese salido del edificio.

##### Actuación de otros 2 componentes del EPIAE: Evacuación

- ☐ Comprueben la accesibilidad de los caminos de evacuación, retiren cualquier posible obstáculo y decidan el camino a seguir en caso de que sea preciso evacuar la zona del edificio.
- ☐ Si la evolución del siniestro así lo aconseja, comuniquen a **Central de Seguridad (91 191 38 81 / 695 68 58 11)** la necesidad de evacuación. Transmitan, en caso de que el Jefe de Emergencia así lo indique, la orden de evacuación, indicando el camino a seguir.
- ☐ Comprueben que no queda nadie en la zona, cierre puertas para dejar claro que en ese recinto no queda nadie (coloque algún objeto: papelería, silla, etc.).
- ☐ En el exterior, diríjanse a la Zona de Reunión. Realicen el recuento de personas.
- ☐ Comuniquen a **Central de Seguridad (91 191 38 81 / 695 68 58 11)** las posibles ausencias que detecten.



### AL TENER NOTIFICACIÓN DE UN INCENDIO

#### Actuación de los componentes del EPIAE de la zona del siniestro

- ☐ Averigüe si ha sido avisado otro EPIAE y Central de Seguridad (**91 191 38 81 / 695 68 58 11**). Si Central de Seguridad no ha sido informada del siniestro, avise a la misma, a través del pulsador de alarma más próximo al lugar del siniestro o por teléfono.
- ☐ Acuda al lugar que le indiquen acompañado de otro EPIAE.
- ☐ Actúen siguiendo los pasos del punto 3 y siguientes del párrafo “Actuación de dos (2) de los componentes del EPIAE”, y 1 en adelante del párrafo “Actuación de otros componentes del EPIAE”.

### AL RECIBIR ORDEN DE EVACUACIÓN

#### Resto de los componentes de los EPIAEs del hospital

- ☐ Comprueben la accesibilidad de los caminos de evacuación, retiren cualquier posible obstáculo y decidan el camino a seguir en caso de que sea preciso evacuar la zona.
- ☐ Comprueben que no queda nadie en la zona, cierre puertas para dejar claro que en ese recinto no queda nadie (coloque algún objeto: papelera, silla, etc.).
- ☐ En el exterior, diríjense a la Zona de Reunión. Realicen el recuento de personas.
- ☐ Comunique a Central de Seguridad (**91 191 38 81 / 695 68 58 11**) que la zona ha quedado vacía y posibles ausencias.

ACTUACIÓN EN CASO DE AMENAZA DE BOMBA	
Misión	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Dar la alarma.</li> <li><input type="checkbox"/> Tranquilizar a los pacientes.</li> <li><input type="checkbox"/> Conocimiento de las vías de evacuación y de los lugares de concentración del personal evacuado (Zona de Reunión).</li> <li><input type="checkbox"/> Garantizar la transmisión de la alarma a todos los ocupantes.</li> <li><input type="checkbox"/> Asegurar una evacuación total y ordenada de la planta o sector a su cargo.</li> <li><input type="checkbox"/> Dar aviso de posibles ausencias detectadas después de la evacuación.</li> <li><input type="checkbox"/> En caso de atender a un herido deben saber lo que NO hay que hacer con él. Ello siempre que el componente de este equipo no sea una persona con formación (médico, DUE, etc.) y sepa aplicar perfectamente los primeros auxilios.</li> </ul>
Lugar de actuación	En el lugar del siniestro.

### AL RECIBIR UNA AMENAZA TELEFÓNICA

- ☐ No interrumpa al que llama.
- ☐ Si es posible pase la llamada a Central de Seguridad (**91 191 38 81 / 695 68 58 11**).
- ☐ Si no es posible y su terminal lo permite, anote el número de teléfono de la llamada entrante.
- ☐ Apunte el mensaje con el máximo detalle. *Ver anexo II Datos a recoger en el centro de comunicaciones en caso de amenaza de bomba.*
- ☐ Si es posible, pregúntele intenciones y qué es lo que debe hacer a continuación.
- ☐ Comunique lo sucedido a Central de Seguridad (**91 191 38 81 / 695 68 58 11**) y espere instrucciones.

#### Actuación de otros componentes del EPIAE

- ☐ Comprueben la accesibilidad de los caminos de evacuación, retiren cualquier posible obstáculo y decidan el camino a seguir en caso de que sea preciso evacuar la zona del edificio.
- ☐ Si la evolución del siniestro así lo aconseja, una vez el **Jefe de Emergencia (JE)** de la orden de evacuación, se indicará el camino a seguir.
- ☐ Comprueben que no queda nadie en la zona, cierre puertas para dejar claro que en ese recinto no queda nadie (coloque algún objeto: papelera, silla, etc.).
- ☐ En el exterior, diríjase a la Zona de Reunión. Realicen el recuento de personas.
- ☐ Comuniquen a **Central de Seguridad (91 191 38 81 / 695 68 58 11)** las posibles ausencias que detecten.

#### AL IDENTIFICAR UN PAQUETE SOSPECHOSO

##### **NI LO TOQUE NI LO MUEVA**

- ☐ Comunique lo sucedido a **Central de Seguridad (91 191 38 81 / 695 68 58 11)** y espere instrucciones.

#### AL RECIBIR ORDEN DE EVACUACIÓN

- ☐ Mantenga la calma, no grite.
- ☐ Antes de abandonar su zona compruebe si hay algo que no le pertenece o le parece sospechoso, **NI LO TOQUE NI LO MUEVA**, notifíquelo a **Central de Seguridad (91 191 38 81 / 695 68 58 11)**.
- ☐ Desconecte equipos eléctricos y de calor. Si es posible abra puertas y ventanas.
- ☐ Compruebe la accesibilidad de los caminos de evacuación, retire cualquier posible obstáculo.
- ☐ Compruebe que no queda nadie en la zona, y coloque algún objeto delante de la puerta para dejar claro que en ese recinto no queda nadie.
- ☐ En el exterior, diríjase a la Zona de Reunión y realice el recuento de personas.
- ☐ Comunique a **Central de Seguridad (91 191 38 81 / 695 68 58 11)** que la zona ha quedado vacía y posibles ausencias.

#### ACTUACIÓN EN CASO DE DERRUMBAMIENTO Y EXPLOSIONES

Misión	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Dar la alarma.</li> <li><input type="checkbox"/> Manejo de extintores.</li> <li><input type="checkbox"/> Tranquilizar a los pacientes.</li> <li><input type="checkbox"/> Conocimiento de las vías de evacuación y de los lugares de concentración del personal evacuado (Zona de Reunión).</li> <li><input type="checkbox"/> Garantizar la transmisión de la alarma a todos los ocupantes.</li> <li><input type="checkbox"/> Asegurar una evacuación total y ordenada de la planta o sector a su cargo.</li> <li><input type="checkbox"/> Dar aviso de posibles ausencias detectadas después de la evacuación.</li> <li><input type="checkbox"/> En caso de atender a un herido deben saber lo que NO hay que hacer con él. Ello siempre que el componente de este equipo no sea una persona con formación (médico, DUE, etc.) y sepa aplicar perfectamente los primeros auxilios.</li> </ul>
Lugar de actuación	En el lugar del siniestro.

#### AL PRODUCIRSE EL SINIESTRO

- ☐ Muévase pronto y con calma para salir del área.

- ☐ Permanezca lejos de ventanas y otras zonas que puedan romperse y caer sobre usted.
- ☐ Si están cayendo objetos, colóquese debajo de una mesa, puerta o rincón hasta que pare.
- ☐ Si hay un incendio, agáchese para evitar el humo y gases tóxicos.
- ☐ Abandonado el edificio, diríjase a la Zona de Reunión.

### ADVERTENCIA

**Nunca trate de rescatar a alguien que está dentro de un edificio derrumbado. Eso requiere equipos especiales y habilidades que sólo tienen los equipos de emergencia exteriores.**

### SI ESTÁ ATRAPADO POR ESCOMBROS

- ☐ Evite agitar el polvo.
- ☐ Cúbrase la boca con un trapo o con su ropa.
- ☐ Si dispone de teléfono móvil utilícelo, en caso contrario golpee una tubería o una pared para que los rescatadores puedan oírle.
- ☐ Grite sólo como último recurso (el gritar hace que usted inhale peligrosa cantidad de polvo).

### AL RECIBIR ORDEN DE EVACUACIÓN

- ☐ Compruebe la accesibilidad de los caminos de evacuación, retire cualquier posible obstáculo.
- ☐ Compruebe que no queda nadie en la zona, y coloque algún objeto delante de la puerta para dejar claro que en ese recinto no queda nadie.
- ☐ En el exterior, diríjase a la Zona de Reunión y realice el recuento de personas.
- ☐ Comunique a **Central de Seguridad (91 191 38 81 / 695 68 58 11)** que la zona ha quedado vacía y posibles ausencias.

ACTUACIÓN EN CASO DE INUNDACIÓN	
Misión	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Dar la alarma.</li> <li><input type="checkbox"/> Tranquilizar a los pacientes.</li> <li><input type="checkbox"/> Conocimiento de las vías de evacuación y de los lugares de concentración del personal evacuado (Zona de Reunión).</li> <li><input type="checkbox"/> Garantizar la transmisión de la alarma a todos los ocupantes.</li> <li><input type="checkbox"/> Asegurar una evacuación total y ordenada de la planta o sector a su cargo.</li> <li><input type="checkbox"/> Dar aviso de posibles ausencias detectadas después de la evacuación.</li> <li><input type="checkbox"/> En caso de atender a un herido deben saber lo que NO hay que hacer con él. Ello siempre que el componente de este equipo no sea una persona con formación (médico, DUE, etc.) y sepa aplicar perfectamente los primeros auxilios.</li> </ul>
Lugar de actuación	En el lugar del siniestro.

### INUNDACIÓN INTERNA

- ☐ Si la inundación es producida por escape de agua de un elemento de salida (grifo, manguera, etc.), cortar el escape cerrando la llave del elemento o la llave de paso si es accesible. Posteriormente comunicar el hecho a la **Central de Seguridad (91 191 38 81 / 695 68 58 11)**

11).

- ☐ Si la inundación es producida por rotura de una tubería, cortar el escape cerrando la llave de paso si es accesible. Posteriormente comunicar el hecho a la Central de Seguridad.
- ☐ En ambos casos, una vez controlada la inundación proceda a la recogida del agua.
- ☐ Si no es posible impedir la fuga, comunicarlo inmediatamente a la **Central de Seguridad (91 191 38 81 / 695 68 58 11)**.

### INUNDACIÓN EXTERNA

#### Al recibir la orden de evacuación con posibilidad de salir del edificio

- ☐ Comprueben la accesibilidad de los caminos de evacuación y retiren cualquier posible obstáculo.
- ☐ Comprueben que no queda nadie en la zona. Si es posible, coloquen algún objeto delante de la puerta para dejar claro que en ese recinto no queda nadie.
- ☐ Abandonada la zona cierre puertas y ventanas, y las acometidas de agua y electricidad.
- ☐ En el exterior, diríjense a la Zona de Reunión y realicen el recuento de personas.
- ☐ Comuniquen a la **Central de Seguridad (91 191 38 81 / 695 68 58 11)** que la zona ha quedado vacía y posibles ausencias.

#### Al recibir la orden de evacuación sin posibilidad de salir del edificio

- ☐ Cierre puertas y ventanas y espere noticias del **Jefe de Emergencia (JE)**.
- ☐ Escuche la información transmitida por radio. Siga las órdenes y consejos que reciba.
- ☐ Trasládense a plantas superiores.

### DATOS DE INTERÉS

**Nº TELÉFONO CENTRAL DE SEGURIDAD: (91 191 38 81 / 695 68 58 11)**

Punto de encuentro:

- Principal: Junto a la rotonda de acceso a la entrada principal del Hospital.
- Alternativo (en caso necesario): zona ajardinada junto a la valla perimetral a la altura de urgencias.

## **POLÍTICA AMBIENTAL**

El Hospital Universitario Infanta Cristina es consciente de la necesidad de respetar y proteger el medioambiente y de promover la cultura medioambiental como parte del compromiso adquirido con la población a la que presta servicio, para lo cual fundamente su política ambiental en los siguientes compromisos:

- 1.- **Proteger** el medioambiente y **disminuir el impacto ambiental** derivado de la actividad asistencial
- 2.- **Cumplir con los requisitos legales** medioambientales que sean de aplicación, así como otros requisitos y compromisos que el HUIC suscriba voluntariamente relacionados con su compromiso con el medioambiente
- 3.- **Integrar** los aspectos medioambientales **en los procesos de gestión** del hospital orientándolos a la sostenibilidad
- 4.- **Promover la utilización eficiente de los recursos** disponibles, la adecuada gestión de los residuos y el reciclado
- 5.- **Promover la formación, concienciación y sensibilización** ambiental de profesionales, pacientes, y grupos de interés
- 6.- **Divulgar** la política ambiental derivada del compromiso con el medioambiente entre los trabajadores, usuarios y otras partes interesadas

Todas las personas que trabajan en el Hospital Universitario Infanta Cristina asumen estos compromisos en sus respectivas áreas de trabajo, con el objetivo de contribuir a la creación y preservación de entornos sanitarios más saludables.

# HOSPITAL SOSTENIBLE



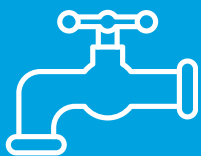
## EFICIENCIA ENERGÉTICA

### ELECTRICIDAD

- Apaga cualquier aparato eléctrico o fuente de iluminación que no esté siendo utilizado
- Los aparatos en modo de espera o “stand by” también consumen, un ejemplo son los cargadores de móviles
- No abras las ventanas con la climatización conectada
- Utiliza las escaleras en desplazamientos cortos: ahorrarás energía y es cardiosaludable

### ORDENADORES Y APARATOS

- Apaga siempre el PC al terminar la jornada laboral, o si te vas a ausentar por tiempo superior a 30 minutos (reuniones, comida, etc)
- Utiliza salvapantallas negro, es el que menos energía consume
- No imprimas correos electrónicos si no es necesario
- Imprime a doble cara siempre que sea posible



## AHORRO DE AGUA

### AGUA

- Cierra el grifo tras utilizarlo o mientras lo usas si no lo necesitas
- Notifica cualquier pérdida de agua. Unas gotas al día pueden representar muchos litros
- Utiliza el agua con medida, es un bien escaso
- Un minuto el grifo abierto suponen 12 litros de agua desperdiciados
- Evita que los grifos goteen. Puedes ahorrar hasta 30 litros de agua al día



## RESIDUOS

### RESIDUOS

- El papel usado puede utilizarse por el reverso a modo de anotaciones o “sucio”
- Deposita cada residuo en su envase: envases plásticos, briks, papel, cartón, pilas, etc.
- Evita y reduce el uso de plásticos en la medida de lo posible, es un material muy poco biodegradable
- Segrega bien los residuos sanitarios para proteger el medioambiente y tu salud. El impacto ambiental de los biosanitarios especiales es muy superior a los asimilables a urbanos



# CLASIFICACIÓN DE RESIDUOS SANITARIOS

## CLASE I RESIDUOS GENERALES

**RESIDUOS GENERALES.** No derivados de la actividad asistencial, como papeles, cartones, plásticos, material de oficina, materia orgánica procedente de jardinería, cocina, etc.



## CLASE II RESIDUOS ASIMILABLES A URBANOS

**RESIDUOS BIOSANITARIOS ASIMILABLES A URBANOS.** Consecuencia de la actividad sanitaria de **pacientes no infecciosos** (material de curas, gasas, vendajes, compresas de un único uso con restos de sangre, secreciones, excreciones, yesos, ropas, residuos procedentes curas y pequeñas intervenciones quirúrgicas).



## CLASE III RESIDUOS BIOSANITARIOS CORTANTES Y PUNZANTES

**RESIDUOS BIOSANITARIOS CORTANTES Y PUNZANTES.** Se etiquetan como residuos biosanitarios.

**Cualquier objeto cortante y/o punzante que se utilice en la actividad sanitaria** (Agujas hipodérmicas, hojas de bisturí, lancetas, tubos capilares, portaobjetos, cubreobjetos, pipetas Pasteur, artículos de cristal rotos si han estado en contacto con material biológico).



## CLASE III RESIDUOS BIOSANITARIOS ESPECIALES

**RESIDUOS BIOSANITARIOS ESPECIALES.**

- Residuos de pacientes con enfermedades altamente virulentas, infecciosas de transmisión oral-fecal y de transmisión por aerosoles.
- Equipos y filtros de diálisis de pacientes infecciosos (Hepatitis B, Hepatitis C, VIH) o pacientes no portadores que contengan más de 100ml de sangre.
- Cultivos contaminados con agentes infecciosos o productos biológicos derivados y material de desecho en contacto (placas de Petri, hemocultivos, instrumental contaminado, reservas de agentes infecciosos, vacunas vivas o atenuadas).
- Residuos de animales infecciosos. Cadáveres y residuos anatómicos, residuos de lechos de estabulación de animales de experimentación inoculados con agentes infecciosos.
- Cantidades importantes de líquidos corporales. Recipientes conteniendo más de 100ml. de líquidos corporales, muestras de sangre o hemoderivados.
- Residuos anatómicos humanos. Tejidos o partes del cuerpo de pequeña cantidad, incluidos productos de la concepción, no conservadas mediante formaldehído u otro producto químico.



## CLASE V RESIDUOS QUÍMICOS

**DISOLVENTES HALOGENADOS:**

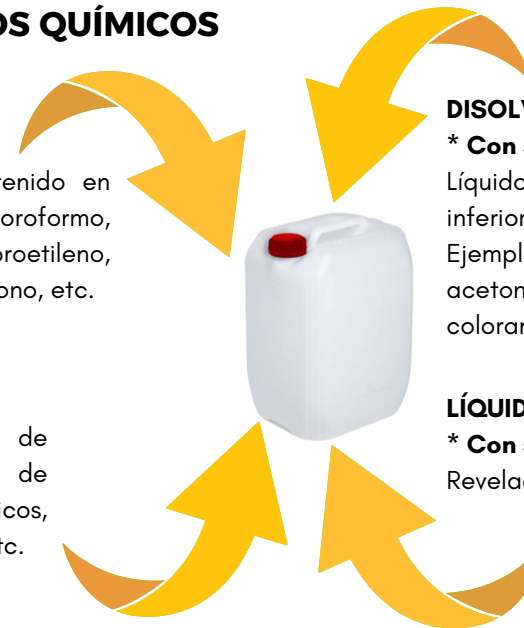
**\* Con su etiqueta específica**

Líquidos Orgánicos con un contenido en cloro superior al 1 %. Ejemplos: Cloroformo, cloruro de metileno, Tetracloroetileno, Dicloroetano, tetracloruro de carbono, etc.

**AGUAS DE LABORATORIO:**

**\* Con su etiqueta específica**

Soluciones de desecho de autoanalizadores: Mezclas de soluciones de reactivos químicos, disolventes orgánicos y acuosos, etc.



**DISOLVENTES NO HALOGENADOS:**

**\* Con su etiqueta específica**

Líquidos orgánicos inflamables con contenido en cloro inferior al 1 %. Ejemplos: Etanol, butanol, formol, tolueno, xilol, xileno, acetona, propanol, metanol, Soluciones alcohólicas de colorantes, mezclas acético-metanol, etc.

**LÍQUIDOS RADIOGRÁFICOS:**

**\* Con su etiqueta específica**

Revelador y fijador.

**REACTIVOS DE LABORATORIO:**

**\* Con su etiqueta específica**

Productos reactivos que no se deben mezclar con el resto de grupos. Se generan en limpiezas de laboratorios, almacén, etc. Deben mantenerse siempre en sus envases originales identificados y bien cerrados sin posibilidad de pérdida, antes de introducirlos en algún contenedor. Ejemplos: Reactivos químicos puros, reactivos caducados, etc.



**MEDICAMENTOS CADUCADOS:**

**\* Con su etiqueta específica**

Medicamentos caducados o que no vayan a usarse y sea necesario desprenderse de ellos.

Ejemplos: Pastillas, jarabes, cremas, etc



**ENVASES VACÍOS CONTAMINADOS:**

**\* Con su etiqueta específica**

Recipientes vacíos que hayan contenido sustancias peligrosas.



**PLACAS RADIOGRÁFICAS:**

**\* Con su etiqueta específica**

Placas y radiografías fuera de uso.



**RESTOS ANATÓMICOS EN FORMOL:**

Restos anatómicos conservados en formol.

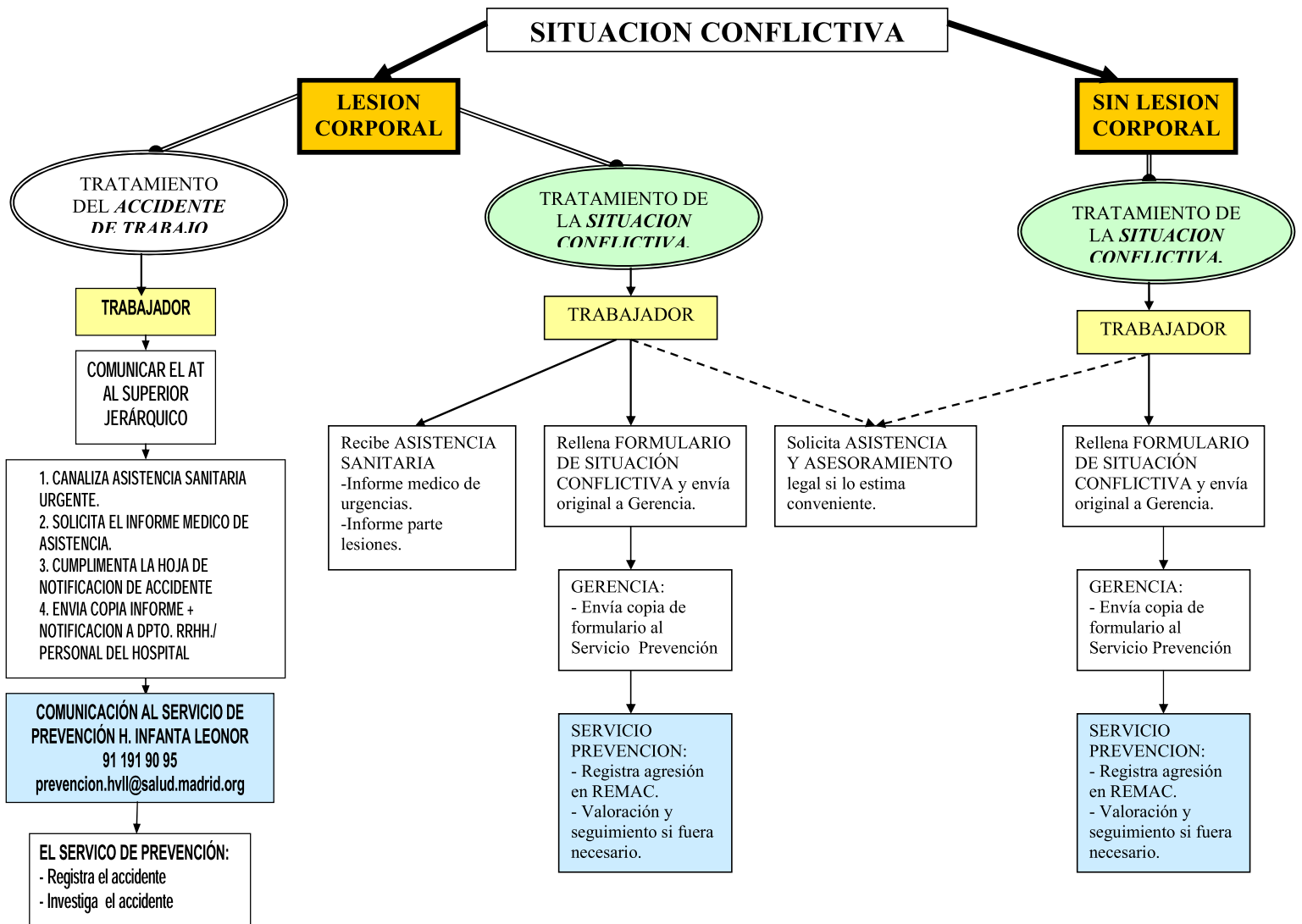


## CLASE VI RESIDUOS CITOTÓXICOS O CITOSTÁTICOS

**RESIDUOS CITOTÓXICOS**

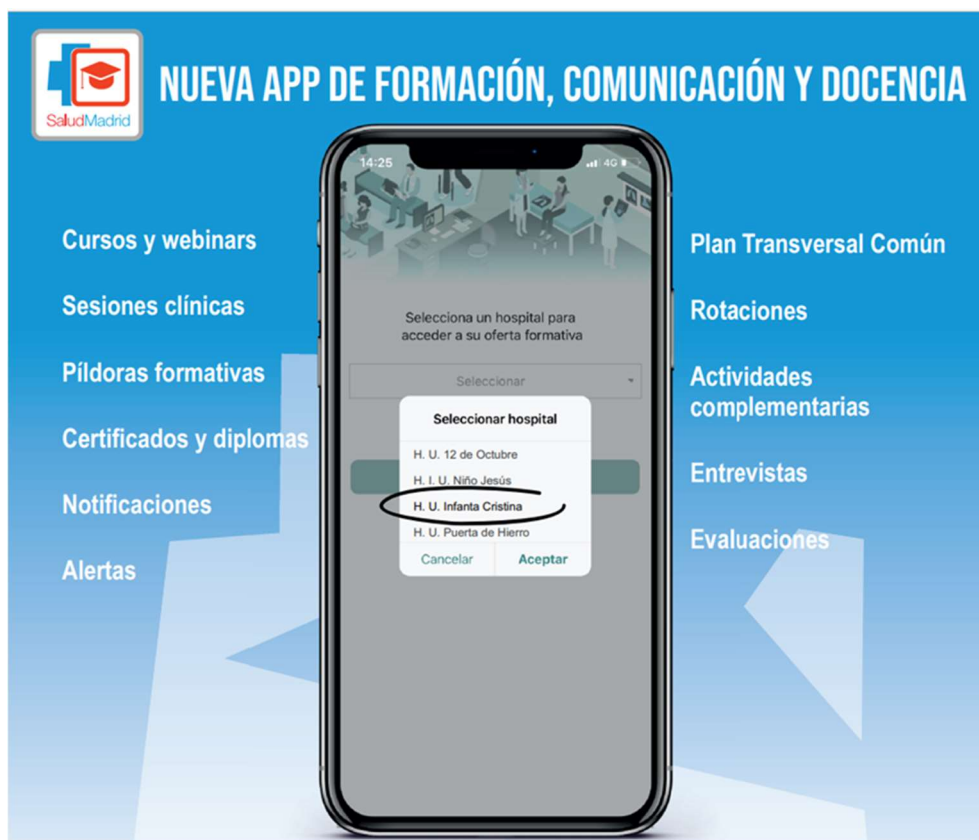
Restos de medicamentos citotóxicos no aptos para el uso terapéutico (viales caducados, jeringuillas con medicamentos), material cortante y/o punzante utilizado en la preparación o administración de estos medicamentos y material de un solo uso que haya estado en contacto con los medicamentos (Tubuladores, botellas de suero, viales vacíos, jeringuillas, etc.).







## ALTA EL LA APP DE FORMACIÓN SANIDAD MADRID



1. Descárgate la APP capturando el QR con la cámara de tu móvil o accediendo a App Store o Google play



**Es importante que permitas a la aplicación acceder a la cámara y recibir notificaciones.**

2. Selecciona H.U. Infanta Cristina en el menú desplegable

Crea una cuenta nueva si nunca has accedido a la aplicación en nuestro hospital y te la activaremos.

**¡Bienvenido!**

Como requisito imprescindible para completar tu incorporación, por favor, realiza el siguiente curso obligatorio que estará disponible en la APP de forma continuada. Es fundamental para tu seguridad dentro del hospital.

### **Plan de autoprotección\_ todos los trabajadores como EPIAE**

 **Curso**



Plan Autoprotección\_ todos los  
trabajadores como EPIAE.

Inscripción  
aprobada



Acceder al contenido

Objetivos

Contenidos

- Conocer el Plan de Autoprotección del Hospital Universitario Infanta Cristina.
- Saber actuar ante una emergencia

**INSTRUCCIONES PARA REALIZAR EL CURSO:**

1. Descarga el material y estúdialo, es importante para tu seguridad.
2. Una vez leído el material accede al contenido y realiza la evaluación.