


| | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------|-----------------|------------------|--------------|
|  | Fecha de edición | 2021 | Autor | SISS |
| | Fecha revisión | Septiembre 2022 | Próxima revisión | Octubre 2024 |
| | Versión | 2 | | |

PROTOCOLO DE REQUISITOS MÍNIMOS EXIGIBLES UNIDADES DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA U.11

U.11 Nutrición y dietética: unidad asistencial que, bajo la responsabilidad de un facultativo, se encarga de la adecuada nutrición de los pacientes ingresados y de los que precisan continuar el tratamiento tras el ingreso.

Nota: Por parte del servicio de autorización y acreditación de centros de la Consejería de Salud se acordó que esta actividad también se podía realizar en el medio extrahospitalario.

CENTRO:

NICA:

INSPECTOR ACTUANTE:

FECHA DE LA VISITA:

REPRESENTANTE DEL CENTRO PRESENTE EN LA VISITA:

Nombre:

En calidad de:

Director técnico asistencial del centro, Nombre y titulación:

TIPO DE SOLICITUD ADMINISTRATIVA DE ACTIVIDAD.

| | | | |
|--------------------------------------|--|---------------------------------------------|--|
| Autorización de funcionamiento (AF). | | Renovación (R) | |
| Modificación oferta asistencial | | Modificación por alteraciones estructurales | |
| Actividad programada (AP). | | | |

ÍNDICE

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 1.- DERECHOS Y GARANTÍAS DE LOS PACIENTES. | 3 |
| 1.1.- DERECHO A LA INTIMIDAD. | 3 |
| 1.2.- DERECHO A LA INFORMACIÓN (ASISTENCIAL Y NO ASISTENCIAL) Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA. | 3 |
| 1.3.- DERECHO A LA TOMA DE DECISIONES AUTÓNOMAS (CONSENTIMIENTO INFORMADO) | 5 |
| 1.4.- DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS PERSONALES Y DE LA INFORMACIÓN CLÍNICA. | 6 |
| 1.5.- DERECHO DE PARTICIPACIÓN DE LA CIUDADANÍA. | 7 |
| 1.6.- DERECHO A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. | 8 |
| 2.- SEGURIDAD DEL PACIENTE. | 8 |
| 2.1.- IDENTIFICACIÓN INEQUÍVOCA DE LA PERSONA. | 8 |
| 2.2.- SEGURIDAD EN EL USO DE INFRAESTRUCTURAS Y EQUIPAMIENTO. | 8 |
| 3.- ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO. | 9 |
| 4.- PLAN ASISTENCIAL | 9 |
| 5.- EQUIPAMIENTO. | 10 |
| 6.- PERSONAL SANITARIO. | 10 |
| RELACIÓN DE DOCUMENTOS QUE DEBEN ESTAR DISPONIBLES DURANTE LA VISITA DE INSPECCIÓN. | 12 |
| VERSIÓN DEL PROTOCOLO | 12 |

1.- DERECHOS Y GARANTÍAS DE LOS PACIENTES.

En los Centros Sanitarios se debe garantizar el desarrollo efectivo de los derechos fundamentales de las personas que son atendidas, desde el primer contacto con el mismo, durante todo el recorrido del proceso asistencial, hasta su finalización. Derechos fundamentales como la intimidad, la confidencialidad, la información, la toma de decisiones, la negativa al tratamiento, etc. los cuales cuentan con una extensa base jurídica para su desarrollo, se constituyen como un eje básico de las relaciones clínico-asistenciales.

1.1.- DERECHO A LA INTIMIDAD.

En el Centro se garantiza el **derecho a la intimidad y privacidad de las personas**, tanto para facilitar la información como para la prestación de la atención sanitaria.

| | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| U.11. DG.01 | | |
| El Centro dispone de espacios y de recursos que permitan la protección de la intimidad y de la privacidad de la persona (visual y auditiva), que serán de dimensiones suficientes según la naturaleza del Centro y su volumen de actividad. | | |
| Para afirmarlo deberá: | | |

SI NO

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| • Cuenta con un área de recepción y/o espera de usuarios. Dispone de capacidad y acondicionamiento adecuado al uso para el que son destinadas. | | |
| • Dispone de consulta o despacho profesional y área de exploración que permiten llevar a cabo la atención sanitaria garantizando la intimidad de la persona. Estos espacios pueden ser independientes o integrados. En el caso de estar integrados, existen medidas estructurales que garanticen la separación funcional entre ambos. | | |

OBSERVACIONES:

SI NO

| | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| U.11. DG.02 | | |
| La distribución de los locales del centro y la ubicación de su equipamiento coincide con los planos a escala aportados en el expediente. | | |
| OBSERVACIONES: | | |

1.2.- DERECHO A LA INFORMACIÓN (ASISTENCIAL Y NO ASISTENCIAL) Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA.

Los Centros sanitarios y los profesionales que intervienen en la actividad asistencial están obligados no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los **deberes de información y de documentación clínica**, y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente.

U.11. DG.03
El Centro Sanitario difunde **información sobre su funcionamiento** (servicios y unidades asistenciales disponibles, cartera de servicios, cuadro de profesionales, horarios, ubicación, requisitos de acceso, etc.) así como otra información que considera de interés, ya sea en soporte papel o electrónico.
Para afirmarlo deberá:

SI NO

| | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> Cumplir la normativa de aplicación en materia de Publicidad (Real Decreto 1907/1.996, art. 5 del Decreto 69/2008). La publicidad debe ser acorde con el contenido de la autorización sanitaria. | | |
| <ul style="list-style-type: none"> La publicidad se puede considerar como engañosa. | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Se realiza publicidad y promoción comercial de productos, actividades o servicios con pretendida finalidad sanitaria. | | |
| <ul style="list-style-type: none"> En lugar destacado del área de recepción y/o espera de usuarios, figura una relación completa del personal sanitario del centro, con expresión de la titulación profesional que ostenta. | | |
| OBSERVACIÓN: | | |

U.11. DG.04
La **identificación de los profesionales** debe permitir a los usuarios conocer al profesional que le atiende y al profesional de referencia en cada momento del proceso asistencial, así como identificar la categoría profesional y funciones desarrolladas.
Para afirmarlo:

SI NO NA

| | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> La totalidad de los profesionales del Centro Sanitario, que facilitan información y/o prestan la asistencia, llevan identificación personal visible. | | | |
| OBSERVACIÓN: El NA sólo se aplica en consultas unipersonales. | | | |

U.11. DG.05
El Centro garantiza el **derecho a la información clínica** del paciente, información que como regla general será verbal, dejando **siempre constancia en la historia clínica** de la información obtenida en todos sus procesos asistenciales.
Para afirmarlo deberá:

SI NO

| | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> Que quede constancia escrita o en soporte técnico de su proceso, guardando la información en su historia clínica. | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Recibir un informe de alta¹ al finalizar su proceso asistencial. | | |
| OBSERVACIÓN: | | |

¹ El Informe de alta tendrá estos contenidos mínimos: datos de la persona, un resumen de su historial clínico, la actividad asistencial prestada, el diagnóstico y las recomendaciones terapéuticas.

1.3.- DERECHO A LA TOMA DE DECISIONES AUTÓNOMAS (CONSENTIMIENTO INFORMADO)

Los profesionales deben respetar el derecho de la **participación de las personas** en las tomas de decisiones sanitarias que les afecten. Asimismo, deben ofrecer una **información suficiente y adecuada** para que el paciente pueda ejercer su **derecho al consentimiento** sobre dichas decisiones.

U.11. DG.06

El Centro promueve que sus profesionales faciliten una **información veraz, pertinente, suficiente, comprensible y adecuada a las necesidades** de la persona, sobre las actuaciones a realizar, ya sean para el diagnóstico como para el tratamiento y de las alternativas posibles, de forma que le permita participar en la decisión y elegir libremente con conocimiento. Se realiza con el paciente, un **proceso válido de información y obtención del consentimiento o rechazo** previo a la toma de decisiones clínicas.

Para afirmarlo deberá:

| | SI | NO | NA |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|----|
| <ul style="list-style-type: none"> Disponer de formularios de Consentimiento Informado por escrito¹ (Cle) sólo para las actuaciones sanitarias que establece la Ley 41/2002 básica de autonomía del paciente: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y en general para aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente, siendo específico para cada una de estas actuaciones sanitarias. | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> La estructura de contenidos² de los formularios de Consentimiento Informado por escrito atiende a los preceptos establecidos en la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica de autonomía del paciente (art. 8.3 y 10) | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Entregar al paciente una copia del formulario de Cle, quedando archivado el original en su Historia Clínica. | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Dejar registrado en la Historia Clínica o en el formulario de Cle la negativa al tratamiento, en caso de rechazo por el paciente. | | | |

OBSERVACIONES:

¹ Se solicitará el CI en la "Nutrición Artificial" que comprende Nutrición Parenteral y Nutrición Enteral y cuando se aplican los métodos de evaluación de la composición corporal (Bioimpedancia, infrarrojos, DEXA...).

² La estructura de contenidos establecidos incluye: nombre del procedimiento, parte destinada a la información clínica, identificación del paciente o su representante, identificación de los profesionales que intervienen en el proceso de información y/o consentimiento, riesgos generalizados y específicos personalizados, contraindicaciones y alternativas, parte destinada al consentimiento, para el rechazo de la intervención y para la **revocación del consentimiento**,

firma del paciente o de representante, firma del facultativo y fecha y lugar de firma del formulario. (Orden de 8 de julio de 2009, BOJA núm.152 de 6 de agosto).

1.4.- DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS PERSONALES Y DE LA INFORMACIÓN CLÍNICA.

El Centro garantiza la **confidencialidad de la información y la protección de los datos personales de los pacientes**, haciendo un uso adecuado de los mismos, especialmente los contenidos en la documentación e Historia Clínica. Asimismo, adoptarán las medidas oportunas para garantizar los **derechos de conservación, mantenimiento y custodia**, y elaborarán normas y procedimientos/protocolos que garanticen el **acceso legal a los datos** de los pacientes y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización amparada por la Ley.

U.11. DG.07
 El Centro **evita actuaciones que vulneren la confidencialidad** de las personas que son atendidas, especialmente la publicación de información personal no autorizada por los pacientes.
 Para afirmarlo deberá:

| | SI | NO |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> No exponer listados de pacientes en superficies (paredes, paneles, puertas, etc.) del área de recepción y/o espera u otras. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <ul style="list-style-type: none"> No difundir actos clínicos fotografiados y/o filmados que permitan la identificación de la persona sin su previo consentimiento expreso. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OBSERVACIÓN: | | |

U.11. DG.08
 El Centro tiene la **obligación de archivar la documentación y la historia clínica** de sus pacientes, cualquiera que sea el soporte (papel, audiovisual, informático o de otro tipo) de manera que queden garantizadas su seguridad, su correcta conservación y mantenimiento, y la recuperación de la información, a efectos de garantizar la trazabilidad.
 Para afirmarlo deberá:

| | SI | NO |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> Disponer de procedimiento protocolizado de gestión de la historia y adoptar las medidas técnicas y organizativas adecuadas para archivar y proteger la historia clínica, que permitan la localización de la misma, la trazabilidad y evitar su destrucción o su pérdida accidental (Ley 41/2002, de 14 de noviembre). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <ul style="list-style-type: none"> Disponer de un sistema de archivo seguro (espacio adecuado, de equipos y material de archivo, persona responsable) para la documentación e historia clínica. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OBSERVACIÓN: | | |

U.11. DG.09
 El Centro establece **métodos que posibilitan el acceso a la información e historia clínica** por los profesionales en el ejercicio de sus funciones y garantizando que no sea accesible a ninguna persona ajena al proceso de atención. Asimismo, el Centro garantiza el derecho de acceso de los pacientes a la información e historia clínica, y a obtener copia de los documentos y datos que figuran en ella, cumpliendo con las normas establecidas en la Ley 41/2002.
 Para afirmarlo:

| | SI | NO | NA |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|----|
| <ul style="list-style-type: none"> Disponer de un procedimiento/protocolo de protección de la confidencialidad que regule y garantice la observancia de estos derechos de uso y acceso a la información e historia clínica y a obtener copia de los documentos y datos que figuren en ella, tanto en lo relacionado con los profesionales como con los pacientes y familiares/representantes. | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Cuando se utilicen equipos informáticos para recoger y almacenar datos de salud de los pacientes cuentan con accesos restringidos. | | | |
| OBSERVACIÓN: | | | |

1.5.- DERECHO DE PARTICIPACIÓN DE LA CIUDADANÍA.

En los Centros sanitarios, los usuarios tienen derecho a la información sobre **guías/fórmulas de participación, sugerencias, quejas y reclamaciones**. Tener en cuenta la opinión de los pacientes constituye un importante instrumento para mejorar. Las opiniones expresadas en quejas, reclamaciones, sugerencias y/o encuestas de satisfacción, son una fuente imprescindible para recoger una valiosa información, que posibilita adoptar medidas de mejora, evitar errores y en resumen, aumentar la calidad asistencial y la satisfacción de los usuarios.

U.11. DG.10
 El Centro establece **procedimientos y sistemas** para garantizar el efectivo desarrollo de estos preceptos.
 Para afirmarlo deberá:

| | SI | NO |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| <ul style="list-style-type: none"> Disponer de hoja de quejas y reclamaciones de las personas usuarias de Andalucía, establecido en el Decreto 82/2022, de 17 de mayo. | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Tener establecido un procedimiento para la gestión de las reclamaciones que contempla circuitos, plazos, informes y responsables de los mismos; designa la persona en que recae la responsabilidad del análisis y respuesta de las reclamaciones realizadas y establece un mecanismo de implantación de acciones de mejora o correctivas en su caso y la difusión de estas a los profesionales del Centro. | | |
| OBSERVACIÓN: | | |

1.6.- DERECHO A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

El Centro y sus profesionales deben garantizar que el paciente esté libre de daño durante su estancia en el Centro y en el proceso de atención sanitaria, incorporando medidas y prácticas relacionadas con la **seguridad del paciente**.

| | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|----|
| U.11. DG.11 El Centro sanitario es un Centro libre de humo de tabaco . El Centro garantiza la protección a sus usuarios del efecto dañino del tabaco durante su estancia en el mismo, cumpliendo con la normativa en vigor y ejerciendo un papel de modelo para la ciudadanía ante el consumo de tabaco. Para afirmarlo deberá: | | | |
| | SI | NO | NA |
| <ul style="list-style-type: none"> Disponer de carteles que prohíban el consumo de tabaco en el Centro, establecidos por la normativa antitabaco vigente. | | | |
| OBSERVACIÓN: | | | |

2.- SEGURIDAD DEL PACIENTE.

El Centro debe garantizar la seguridad del paciente desarrollando actuaciones que la incrementen, con el propósito de eliminar el daño evitable del paciente durante su atención.

2.1.- IDENTIFICACIÓN INEQUÍVOCA DE LA PERSONA.

El Centro garantiza una segura identificación de los pacientes antes de ser atendidos.

| | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| | SI | NO |
| U.11. SP.01 | | |
| <ul style="list-style-type: none"> El Centro aplica medidas para la identificación inequívoca de la persona (dos códigos identificativos diferentes: nombre y apellidos, fecha de nacimiento y/o DNI) en la recepción y/o contacto con el paciente. | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Dispone de un sistema de registro de pacientes, en el que deben constar estos datos, además de su filiación, fecha, hora y profesional sanitario que le atendió, permitiendo garantizar la trazabilidad de la atención prestada. | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Deja constancia de estos datos identificativos en toda documentación (solicitudes de pruebas complementarias, informes, etc.) y/o historia clínica del paciente. | | |
| OBSERVACIÓN: | | |

2.2.- SEGURIDAD EN EL USO DE INFRAESTRUCTURAS Y EQUIPAMIENTO.

El Centro establece las medidas necesarias y realiza actuaciones en sus instalaciones, infraestructuras y equipamiento a fin de garantizar la seguridad en su uso y mantenimiento.

| |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| U.11. SE.01 El Centro realiza un correcto mantenimiento de las condiciones higiénico sanitarias precisas en sus locales, instalaciones y equipos. Para afirmarlo: |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

SI NO

| | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ● Existe Protocolo de limpieza y desinfección de locales e instalaciones y del equipamiento general, y contrato de prestación del servicio (salvo que se acredite que se realiza con medios propios)¹. | | |
| OBSERVACIÓN: | | |
| ¹ El protocolo incluirá necesariamente la organización de la actividad, los métodos, los productos, el listado de instalaciones a limpiar y desinfectar, la periodicidad, sistema de registro de la actividad, las responsabilidades del personal, las indicaciones y las actuaciones en caso de vertidos o derrames, así como, normas y circuito para la eliminación de basuras y material sucio. | | |
| VERIFICACIÓN: | | |
| En centros en funcionamiento, existen registros actualizados de estas actividades periódicas de limpieza y desinfección de locales, y registros actualizados de las actividades periódicas de limpieza, desinfección y/o esterilización de los equipos sanitarios. | | |

3.- ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO.

SI NO

| | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| U.11. OF.01 El centro dispone del documento denominado " Cartera de Servicios " la cual se define como el conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos, entendiendo por tales cada uno de los métodos y recursos basados en el conocimiento y experimentación científica, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias. | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|

4.- PROCESO ASISTENCIAL

SI NO

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| U.11. PA.01 El centro conoce como notificar las enfermedades de declaración obligatoria , según lo establecido en el Decreto 66/1996 y sus órdenes de desarrollo. | | |
| OBSERVACIÓN: | | |

| | SI | NO | NA |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|----|
| U.11. PA.02 En caso de realizar prescripción de medicamentos, utiliza el modelo de receta privada establecido en el Real Decreto 1718/2010 de 17 de diciembre. | | | |
| OBSERVACIÓN: | | | |

5.- EQUIPAMIENTO.

| |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| U.11. E.01 El Centro garantiza disponer de los medios básicos para la valoración del estado nutricional y el estudio antropométrico del paciente. La dotación mínima al respecto deberá ser: |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| | SI | NO |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| ● Báscula (mínimo hasta 120 Kg con precisión mínimo 100g) | | |
| ● Tallímetro (entre 60 y 220 cm con precisión de 0,1 cm) | | |
| ● Cinta métrica (metálica, con sistema de retracción automática, anchura < 7 mm, al menos 3 cm al inicio sin numeración, longitud mínima: 1,5 m, medidas en cm, con graduación en mm, precisión 0,1 mm) | | |

6.- PERSONAL SANITARIO.

| | SI | NO |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| U.11. PS.01 ¿Coincide el personal del centro con el aportado en el expediente? | | |

En caso negativo relacionar el personal que no coincide y que tienen que dar de alta en el SICES.

| DNI | Apellidos y nombre | Titulación |
|-----|--------------------|------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Relacionar el personal que figure en SICES y que ya no presta sus servicios en el centro.

| DNI | Apellidos y nombre | Titulación |
|-----|--------------------|------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Se puede consultar el Registro Nacional de Dietistas-Nutricionistas en:

<https://www.consejodietistasnutricionistas.com/que-es-un-dietista-nutricionista/registro-nacional-de-dietistas-nutricionistas/>

RELACIÓN DE DOCUMENTOS QUE DEBEN ESTAR DISPONIBLES DURANTE LA VISITA DE INSPECCIÓN.

| | | |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 1. | Publicidad del centro. | DG.03 |
| 2. | Modelo de historia clínica. | DG.05 |
| 3. | Formularios de consentimientos informados (SP). | DG.06 |
| 4. | Procedimiento para archivar y proteger la historia clínica. | DG.08 |
| 5. | Procedimiento de protección de la confidencialidad y acceso a la historia clínica, si procede (SP). | DG.09 |
| 6. | Hojas de quejas y reclamaciones. | DG.10 |
| 7. | Protocolos de limpieza y desinfección de locales e instalaciones y del equipamiento general. | SE.01 |
| 8. | Cartera de servicios del centro. | OF.01 |

VERSIÓN DEL PROTOCOLO

| Versión | Fecha | Actualizaciones realizadas |
|----------------|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | Febrero 2021 | Confección del protocolo. |
| 2 | Septiembre 2022 | Se modifica en DG.10 la referencia a la normativa que regula las reclamaciones y se actualiza el logotipo de la Consejería |