

INFORME DE INSPECCIÓN DE SEGURIDAD VITAL

Núm. de ID de RSU.: _____ Núm. de ID de QC: _____

Nombre: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Dirección (Núm., Calle, Ciudad, Estado, C.P.): _____

Teléfono: _____ Agencia de Licenciación y/o Certificación: _____

Nueva solicitud Cambio de dirección Renovación Petición especial
 Instalación de desarrollo: Autorizada por HCBS Relevos Programa diurno Terapia

Condiciones y Limpieza Generales (R6-18-702):	SÍ	NO	Comentarios del Inspector	Fecha corregida
1. El interior y el exterior están en buenas condiciones y sin daño que representa un peligro				
2. Las áreas recreativas y el equipo terapéutico están en buen estado				
3. La instalación está limpia hasta el punto que la condición no representa ningún peligro				
4. Se saca la basura de la instalación y la propiedad al menos una vez cada semana				
5. La instalación ni las áreas recreativas afuera tienen ninguna infestación de insectos ni roedores				
Resguardo contra peligros (R6-18-703)	SÍ	NO	Comentarios del Inspector	Fecha corregida
1. La instalación tiene un sistema para cerrar bajo llave sustancias muy tóxicas.				
2. La instalación tiene un sistema para resguardar productos para limpieza Especifique el sistema de resguarde				
3. Las armas son resguardadas bajo llave No hay armas en la instalación				
4. Las armas de fuego son resguardadas bajo llave en un contenedor indestructible No hay armas de fuego en la instalación				
5. Las armas de fuego tienen el gatillo bloqueado o se hicieron inoperable No hay armas de fuego en la instalación El número de armas de fuego identificadas en la propiedad: _____				
6. Las municiones son resguardadas bajo llave, aparte de las armas de fuego No hay municiones en la instalación				
7. Las bañeras, las regaderas y las rampas tienen superficies antideslizantes				
8. El pasamanos y las barras están bien sujetos e inmóviles NA				
9. El rodapié está intacto alrededor de la base de la instalación, si es una casa móvil NA				
10. Los animales no representan ningún peligro debido a su comportamiento o enfermedad, etc NA				
11. Hay evidencia disponible de la vacunación corriente contra rabia para cada perro NA Vacunas: _____				

Vea la página 4 para leer la declaración de EOE/ADA

Almacenamiento de Medicamentos (R6-18-704):	SÍ	NO	Comentarios del Inspector	Fecha corregida
1. Los medicamentos de receta y sin receta en la instalación son almacenados bajo llave en un recipiente de almacenamiento asegurado				
2. Los medicamentos que deben estar disponibles de inmediato o estar al alcance según un plan de caso individual están protegidos NA				
3. Los medicamentos que deben refrigerarse son almacenados bajo llave, sin impedir acceso a la comida refrigerada NA				
Electrodomésticos Seguros (R6-18-705):	SÍ	NO	Comentarios del Inspector	Fecha corregida
1. Los electrodomésticos para refrigerar y cocinar la comida funcionan y son seguros Temperatura del refrigerador: _____ °F				
2. La instalación tiene iluminación suficiente para llevar a cabo actividades normales en las recamaras, áreas de convivencia/programas				
3. La instalación tiene calefacción, refrigeración y ventilación adecuada en recamaras y áreas de convivencia/programas Temperatura interior: _____ °F				
4. La instalación tiene un teléfono que funciona				
5. La secadora tiene ventilación segura con una manguera de ventilación no inflamable NA				
6. Cada calentador portátil cumple con las siguientes normas NA Es eléctrico, aprobado por UL y equipado con un interruptor de apagado antivuelco Tiene una cubierta protectora para el elemento de calificación Está colocado por lo menos 3 pies de distancia de un objeto inflamable cuando está en uso No se usa en las recamaras ni como la fuente primaria de calificación en la instalación				
7. Cada piso que tiene un aparato calentador o que quema combustibles tiene un detector de monóxido de carbón NA				
Seguridad Eléctrica (R6-18-706):	SÍ	NO	Comentarios del Inspector	Fecha corregida
1. La electricidad y el alambreado parece seguro				
2. Los enchufes tienen bombillas o cubiertos seguros para impedir descarga eléctrica				
3. Los tableros y enchufes eléctricos del interior y exterior están cubiertos, y sin cables expuestos				
4. Los enchufes no están sobrecargados				
5. Los cables eléctricos están en buenas condiciones; no se usan cables rotos o raídos				
6. Los cables de extensión no se usan de manera permanente				
7. Los electrodomésticos de tamaño mediano están conectados a enchufes o regletas a tierra				
8. Los electrodomésticos grandes están conectados directamente a enchufes a tierra				

Núm. De Archivo.: _____

Plomería (R6-18-707):	SÍ	NO	Comentarios del Inspector	Fecha corregida
1. La instalación tiene una fuente continua y segura de agua potable				
2. La temperatura del agua caliente en las áreas de bañar no excede 120° F/49° C Temperatura del agua: _____ °F				
3. El sistema de alcantarillado funciona sin indicios visibles de tener fugas				
4. La instalación tiene al menos 1 sanitario, lavabo, bañera o regadera funcional para cada 10 residentes Núm. de sanitarios funcionales: _____ regaderas/bañeras: _____ lavabos: _____				
Prevención de incendios (R6-18-708):	SÍ	NO	Comentarios del Inspector	Fecha corregida
1. Resguardan los inflamables y combustibles más de 3' (1m) desde alguna fuente del calor				
2. Chimeneas y estufas de leña funcionales son protegidos por una pantalla para chimeneas NA				
3. La instalación tiene al menos de uno extintor funcional con la mínima clasificación de 2A, 10BC en cada piso				
4. La instalación tiene al menos un detector de humo funcional en cada piso				
5. La instalación tiene al menos un detector de humo funcional en cada recamara				
6. La instalación tiene un plan de evacuación lo que cumple los normas siguientes Identifique 2 caminos para evacuar de las recamaras usadas para el cuidado Identifique las ubicaciones de los extintores y equipo de evacuar Designa un lugar seguro para reunir a fuera de la instalación Se mantenga el plan en la instalación				
7. Salidas de la instalación no están bloqueados				
8. Recamaras usados para el cuidado deben tener una salida que se lleva directamente a fuera				
9. Cerraduras y barras en las ventanas de las recamaras usadas para el cuidado y en las puertas que se llevan a fuera tienen mecanismos de dispararse rápido				
10. Las instalaciones que proporcionan cuidado a 6 individuos o más, practican y documentan un simulacro de evacuación al menos cada 3 meses NA				
11. La dirección de la instalación es fijada y visible de la calle NA				
Albercas y Estaciones termales (jacuzzis) (R6-18-709):	SÍ	NO	Comentarios del Inspector	Fecha corregida
1. Se mantenga las albercas; no sean estancados, y la agua esté bastante clara para que podría ver hasta el fondo de la alberca				
2. Si tiene más de 4' (1.2m) de agua, debe tener un cayado de pastor y una boya con una cuerda fijada que son disponibles en el área de la alberca NA				

Albercas y Estaciones termales (jacuzzis) (R6-18-709):	SÍ	NO	Comentarios del Inspector	Fecha corregida
3. El cerrado o la cerca cumple con las siguientes normas NA				
El lado exterior de la cerca tiene al menos 5' (1.5m) de alto sin ningún punto apoyo para el pie ni mano				
Si es de malla de alambre, la malla debe medir menos de 1 ¾" (4.5cm) horizontalmente NA				
Las aberturas del cerrado deben medir menos de 4" (10cm)				
Las verjas tienen cierre automático, y abren hacia fuera de la alberca				
El picaporte de la verja está al menos 54" (137cm) encima de la tierra				
La verja está cerrado bajo llave				
4. Si la instalación compone parte del cerrado, se cumple con los siguientes estándares NA - Si la instalación compone parte del cerrado, se cumple con los siguientes estándares				
El cerrado no impide la salida segura de la facilidad				
Las puertas de la instalación no abren a dentro del cerrado de la alberca				
No hay ventanas en una recámara designada para un individuo recibiendo cuidado ubicada dentro del cerrado de la alberca				
Otras ventanas son aseguradas permanentemente hasta que no se pueda abrir las más de 4" (10cm)				

Esta inspección representa la condición de la instalación sólo en la fecha y hora de la inspección.

La instalación conformó completamente con todas las medidas de seguridad evaluadas por el Inspector de seguridad de vida de OLCR.

La instalación no conformó completamente con todas las medidas de seguridad.

Agencia de autorización debe verificar correcciones OLCR debe verificar correcciones

Fecha en que OLCR verifica la conformación completa: _____

Comentario del Inspector:

Nombre del Inspector (*Escriba en letra de molde*): _____

Firma del Inspector: _____

Yo reconozco que se me han sido repasadas conmigo las recomendaciones de esta inspección y me ha dado una copia.

Nombre del Proveedor (*Escriba en letra de molde*): _____

Firma del Proveedor: _____

Distribución: **ORIGINAL** –Inspector de OLCR; **COPIA** – Agencia de Licenciación/Certificación; **COPIA** – Proveedor

Programa y Empleador con Igualdad de Oportunidades • Servicios y ayudantes auxiliares para personas con discapacidades están disponibles a petición • Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, comuníquese con la oficina local; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1 • Available in English online or at the local office