

ENCUESTA. MONITOREO PROGRAMA QUÍMICOS PELIGROSOS.

FECHA:		HOSPITAL O ESTABLECIMIENTO:
ENCUESTADOR:		
ENCUESTADO (SERVICIO Y TAREA):		
PREGUNTA	SÍ/NO	DETALLE RESPUESTA
1. ¿Conoce si su servicio utiliza químicos peligrosos o preocupantes para el ambiente o la salud?	Sí	
	No	
2. ¿Podría identificar al menos tres sustancias químicas peligrosas que se usan habitualmente en hospitales? Nombrarlas.	Sí	
	No	
2.1. ¿Conoce la peligrosidad o efectos sobre la salud o el ambiente de esas sustancias identificadas?	Sí	Explicar si la respuesta a la pregunta 2 es Sí.
	No	
3. En caso de un accidente con un líquido peligroso, ¿sabe cómo actuar?	Sí	En caso afirmativo, explique cómo procedería.
	No	
4. ¿Considera que necesita mayor información o capacitación sobre químicos peligrosos?	Sí	En ambos casos especifique si asistió a alguna capacitación en el tema y cuál.
	No	
5. ¿Conoce algún químico peligroso utilizado por su establecimiento que podría ser reemplazado por otro menos peligroso?	Sí	En caso afirmativo, especifique cuál o cuáles.
	No	
6. ¿LE INTERESARÍA RECIBIR MÁS INFORMACIÓN SOBRE EL TRABAJO DEL GRUPO DE QUÍMICOS?	Sí	En caso afirmativo especificar el tema.
	No	