SCI 206: Plan Médico

1. Nombre del Incidente:	**2. Periodo Operacional (Fecha - Hora):**	
	De:	A:

3. Puestos de atención médica en el incidente

Nombre	Ubicación	Número(s)/Frecuencia de contacto	¿Paramédicos?	
			Sí	No
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐

4. Transportación (indicar si es aérea o terrestre)

Servicios de ambulancia	Ubicación	Número(s)/Frecuencia de contacto	Nivel de Servicio	
			SVB	SVA
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐

5. Hospitales

Nombre del Hospital	Dirección, coordenadas (Helipuerto)	Numero(s) /Frec. de Contacto	Tiempo de traslado		Centro de trauma	Centro de Quemaduras		Helipuerto	
			Aire	Tierra		Sí	No	Sí	No
					☐ Sí Nivel:	☐	☐	☐	☐
					☐ Sí Nivel:	☐	☐	☐	☐
					☐ Sí Nivel:	☐	☐	☐	☐
					☐ Sí Nivel:	☐	☐	☐	☐
					☐ Sí Nivel:	☐	☐	☐	☐

6. Procedimientos especiales para emergencias médicas

☐ Marque si se utilizan recursos de aviación para rescate. Coordinarse con Operaciones Aéreas

7. Preparado por:	Nombre:	Firma:	
	Posición: Líder de la Unidad Médica		
8. Aprobado por:	Nombre:	Firma:	
	Posición: Oficial de Seguridad		
SCI 206 Página __	**9. Fecha/hora de preparación:**	Fecha:	Hora:

SCI 206

PLAN MÉDICO

Propósito: Provee información acerca de estaciones de auxilio médico, servicios de traslado, hospitales y procedimientos de emergencia médicos.

Preparación: El formato SCI 206 es preparado por el **"Líder de la Unidad Médica"** y es revisado y aprobado por el **"Oficial de Seguridad"** para asegurar la coordinación en el SCI. Si se utilizan recursos aéreos para actividades de rescate, debe coordinarse con la **"Rama de Operaciones Aéreas"**.

Notas: El **SCI 206**, es parte del PAI y es entregado a todos los participantes. Algunos datos pueden incluirse en el formato **SCI 204**.

Si se requieren más páginas del presente formato, puede usarse una hoja de dicho bloque (vacía) y repaginarse de acuerdo a los requerimientos. Los formatos originales deben entregarse a la **"Unidad de Documentación"**.

No. De bloque	Título del bloque	Instrucciones
1	**Nombre del Incidente**	Nombre oficial que se asignó al incidente
2	**Periodo Operacional** Fecha y Hora	Periodo para el cual se preparó el PAI actual, se deberá colocar la fecha inicial y final de dicho periodo (dd/mm/aa), separada de la hora en formato militar (24 horas) *Ejemplo*: **De:** 01/02/22 0800 horas **A:** 01/02/22 1800 horas
3	**Puestos de atención médica en el incidente**	Coloque la siguiente información para cada puesto de atención médica en el incidente
	Nombre	Ingrese el nombre del puesto médico
	Ubicación	Indique la ubicación del puesto médico (ej. Área de Espera, Campamento, etc.)
	Número(s)/Frecuencia de contacto	Coloque la frecuencia y número(s) de contacto del puesto de atención médica
	¿Paramédicos? Si/No	Indique (Sí o No) si hay paramédicos en el puesto señalado
4	**Transportación** (indicar si es aérea o terrestre)	Ingrese la siguiente información de los servicios de ambulancia disponible para el incidente
	Servicios de ambulancia	Coloque el nombre del servicio de ambulancia
	Ubicación	Ingrese la ubicación o dirección del servicio de ambulancia
	Número(s)/Frecuencia de contacto	Indique la frecuencia o número(s) de contacto del servicio de ambulancia
	Nivel de Servicio	Indique el nivel de servicio disponible en cada ambulancia, ya sea SVB (Soporte Vital Básico) o SVA (Soporte Vital Avanzado. El SVB: Incluye equipo y personal para realizar maniobras de atención básica (RCP) que no requieren especialistas sanitarios.

No. De bloque	Título del bloque	Instrucciones
4 (sigue)	**Transportación** (indicar si es aérea o terrestre)	Ingrese la siguiente información de los servicios de ambulancia disponible para el incidente
	Nivel de Servicio	El SVA, incluye equipo y personal calificado para realizar maniobras avanzadas, como desfibrilación manual, medicación y procedimientos invasivos para estabilizar al paciente durante el traslado a un Centro Médico.
5	**Hospitales**	Llene los siguientes campos para los hospitales que podrán brindar servicio durante el incidente
	Nombre del Hospital	Coloque el nombre del hospital e indique cualquier aeronave de evacuación médica predestinada, por nombre y frecuencia.
	Dirección, coordenadas (Helipuerto)	Ingrese la dirección física del hospital y las coordenadas (Latitud y Longitud) si las instalaciones del centro médico cuentan con Helipuerto
	Numero(s) /Frec. de Contacto	Ingrese la frecuencia de comunicación y/o número(s) de contacto para el hospital
	Tiempo de traslado Aire, Tierra	Indique el tiempo de traslado por aire y tierra, desde el incidente hasta el hospital
	Centro de trauma Sí, Nivel:	Si el hospital tiene un centro de traumatología, marque la casilla e indique el nivel (I, II, III), o SE (sin especificar)***
	Centro de Quemaduras Sí, No	Indique (Sí o No) si el hospital cuenta con un centro de atención para lesiones por quemaduras
	Helipuerto Sí, No	Indique si el hospital cuenta con Helipuerto en sus instalaciones
6	**Procedimientos especiales para emergencias médicas**	Anote cualquier instrucción especial, incluyendo a) a quien contactar; b) con quien serán contactados; y c) quien maneja un incidente dentro de otro por rescates, accidentes, etc. Incluya cómo reportar emergencias médicas
7	**Preparado por** Nombre, Posición y Firma	Nombre, posición (ver ***Preparación***) del personal a quien compete la preparación del formato, seguido de su firma
8	**Aprobado por** Nombre, Posición y Firma	Nombre, posición (ver ***Preparación***) del personal a quien compete y aprueba la preparación y distribución del formato, seguido de su firma