

PAUTA DE OBSERVACIÓN

BAÑOS EXTERIOR MÓDULOS/CELDAS IMPUTADOS/AS Y CONDENADOS/AS

Aplicar las pautas a baños al exterior de la celda, al interior de módulos y cualquier otro que se aprecie. Si hay otro baño en el módulo, aplicar pauta de baño exterior del módulo/celda. Por ejemplo casos en que el inodoro está en la celda y afuera están las duchas, o casos en que hay dos baños en el módulo, o hay uno al interior del módulo y otro fuera.

NOMBRE DE LA UNIDAD PENAL	FECHA:
NOMBRE DEL OBSERVADOR/A:	

1. DATOS BAÑO OBSERVADO		
INDIQUE LA UBICACIÓN DEL BAÑO		
TIPO POBLACIÓN QUE ACCEDE AL BAÑO. MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDA:		
<input type="checkbox"/> Imputados/as	<input type="checkbox"/> Módulo APAC (evangélico)	<input type="checkbox"/> Módulo Católico
<input type="checkbox"/> Condenados/as	<input type="checkbox"/> Módulo Delitos ley de drogas	<input type="checkbox"/> Módulo CET (trabajadores/as)
	<input type="checkbox"/> Módulo Juvenil	<input type="checkbox"/> Módulo CTA (Tratamiento de adicciones)
<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Módulo LGBT	<input type="checkbox"/> Módulo Extranjeros/as
<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Módulo Adultos mayores	<input type="checkbox"/> Otro tipo de módulo (¿Cuál?)

1. BAÑO: INFRAESTRUCTURA E HIGIENE	Observaciones (solo si es necesario)								
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">Número de duchas</td> <td style="width: 15%; text-align: center;"><input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></td> <td style="width: 33%;">Número de inodoros</td> <td style="width: 15%; text-align: center;"><input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Número de lavamanos lavatorios</td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></td> <td>Número de tazas turcas</td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></td> </tr> </table>	Número de duchas	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	Número de inodoros	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	Número de lavamanos lavatorios	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	Número de tazas turcas	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	
Número de duchas	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	Número de inodoros	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>						
Número de lavamanos lavatorios	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	Número de tazas turcas	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>						
¿Hay acceso libre a baño durante el encierro?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A								
¿Hay inodoro, urinario y/o taza turca funcionando y en buen estado?	<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Algunos <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> N/A								
¿El inodoro está tapado o estancado?	<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Algunos <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> N/A								
¿Hay puerta, cortina u otro elemento que separe el inodoro/taza turca del resto del baño?	<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Algunos <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> N/A								
¿Hay ducha funcionando y en buen estado?	<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Algunos <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> N/A								
¿Hay puerta, cortina u otro elemento que separe la ducha del resto del baño?	<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Algunos <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> N/A								
¿Hay lavatorio/lavamanos funcionando y en buen estado?	<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Algunos <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> N/A								
¿Hay papel higiénico en el baño?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A								
¿Hay jabón en el baño?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A								
¿Hay artículos de aseo personal (ej.: cepillo de dientes, desodorante, etc.)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A								
¿Hay agua caliente en baño?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A								

¿Están las paredes limpias?	<input type="checkbox"/> Todas	<input type="checkbox"/> Algunas	<input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay signos de humedad en paredes u otras superficies (ej.: hongos y/o agua)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A		
¿Hay basura y/o papeles en el suelo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A		
¿Hay alcantarillas tapadas o desbordadas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A		
¿Hay agua de alcantarillado en el lugar?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A		
¿Hay agua disponible las 24 horas del día?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A		
¿Hay barrera/s físicas entre baño y celda (reja, pared, puerta, etc.) de manera que se pueda acceder las libremente?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A		

OBSERVACIONES:

PAUTA DE OBSERVACIÓN BRIGADA ESPECIAL CONTRA INCENDIOS

NOMBRE DE LA UNIDAD PENAL: NOMBRE DEL OBSERVADOR/A:	FECHA:
--	---------------

1. ESTRUCTURA DE LA BRIGADA ESPECIAL CONTRA INCENDIOS	Observaciones (solo si es necesario)																																
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; padding: 2px;">¿Hay Brigada especial contra incendios en la unidad penal?</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Sí</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> No</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> N/A</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">¿El lugar donde se ubica es de fácil acceso?</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Sí</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> No</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> N/A</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">¿El lugar está bajo techo?</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Sí</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> No</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> N/A</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">¿El piso está pavimentado?</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Sí</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> No</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> N/A</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">¿Hay signos de humedad en paredes u otras superficies?</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Sí</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> No</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> N/A</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">¿Hay basura y/o papeles en el suelo del lugar?</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Sí</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> No</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> N/A</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">¿Hay cámara/s de televigilancia?</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Sí</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> No</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> N/A</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">¿Las cámaras/s de televigilancia cubren todo el sector o dejan puntos sin cobertura (puntos ciegos)?</td> <td colspan="3" style="padding: 2px;"> <input type="checkbox"/> Cubren todo el sector <input type="checkbox"/> Dejan espacios sin cobertura </td> </tr> </table>	¿Hay Brigada especial contra incendios en la unidad penal?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	¿El lugar donde se ubica es de fácil acceso?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	¿El lugar está bajo techo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	¿El piso está pavimentado?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	¿Hay signos de humedad en paredes u otras superficies?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	¿Hay basura y/o papeles en el suelo del lugar?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	¿Hay cámara/s de televigilancia?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	¿Las cámaras/s de televigilancia cubren todo el sector o dejan puntos sin cobertura (puntos ciegos)?	<input type="checkbox"/> Cubren todo el sector <input type="checkbox"/> Dejan espacios sin cobertura			
¿Hay Brigada especial contra incendios en la unidad penal?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A																														
¿El lugar donde se ubica es de fácil acceso?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A																														
¿El lugar está bajo techo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A																														
¿El piso está pavimentado?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A																														
¿Hay signos de humedad en paredes u otras superficies?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A																														
¿Hay basura y/o papeles en el suelo del lugar?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A																														
¿Hay cámara/s de televigilancia?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A																														
¿Las cámaras/s de televigilancia cubren todo el sector o dejan puntos sin cobertura (puntos ciegos)?	<input type="checkbox"/> Cubren todo el sector <input type="checkbox"/> Dejan espacios sin cobertura																																

2. IMPLEMENTACIÓN DE LA BRIGADA ESPECIAL CONTRA INCENDIOS	
Enumere los principales elementos observados (extintores, motobombas, etc)	Cantidad
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	

OBSERVACIONES:

PAUTA DE OBSERVACIÓN IGLESIA/CAPILLA ECUMÉNICA/LUGAR DE RITOS

NOMBRE DE LA UNIDAD PENAL: NOMBRE DEL OBSERVADOR/A:	FECHA:
--	---------------

1. ESTRUCTURA DE IGLESIA/CAPILLA ECUMÉNICA/LUGAR DE RITOS	Observaciones (solo si es necesario)
¿Hay un lugar exclusivo para la realización de ceremonias religiosas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
SI EL LUGAR NO ES EXCLUSIVO: ¿Qué lugar se utiliza para la realización de ceremonias religiosas? <input type="checkbox"/> Comedor <input type="checkbox"/> Gimnasio <input type="checkbox"/> Sala multiuso <input type="checkbox"/> Módulos <input type="checkbox"/> Celdas <input type="checkbox"/> Otro (¿Cuál?)	
¿Qué credo puede realizar actividades en este lugar? <input type="checkbox"/> Católico <input type="checkbox"/> Evangélico <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Otro (¿Cuál?)	
¿El lugar está bajo techo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿El lugar está a la intemperie? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿El piso está pavimentado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay sillas suficientes en el lugar para todos/as los/as internos/as? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay mesas suficientes en el patio para todos/as los/as internos/as? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay calefacción en el lugar? <input type="checkbox"/> Sí Indique tipo de calefacción <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay signos de humedad en paredes u otras superficies? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay basura y/o papeles en el suelo? del lugar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay agua estancada en el suelo del lugar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay cámara/s de televigilancia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Las cámaras/s de televigilancia cubren todo el sector o dejan puntos sin cobertura (puntos ciegos)? <input type="checkbox"/> Cubren todo el sector <input type="checkbox"/> Dejan espacios sin cobertura	

2. PREVENCIÓN DE RIESGOS EN IGLESIA/CAPILLA ECUMÉNICA/LUGAR DE RITOS		Observaciones (solo si es necesario)
¿Hay extintores funcionando y no vencidos? ¿Cuántos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Están a una altura accesible para quien lo deba utilizar?	<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Algunos <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay señalética de ubicación de extintores?	<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Algunos <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay una red húmeda funcionando?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay señalética de ubicación de red húmeda?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay una red seca funcionando?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay señalética de ubicación de red seca?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay señaléticas de escape/evacuación en paredes?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿El/los pasillos tienen un ancho que pueda pasar una silla de ruedas/camilla?	<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Algunos <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> N/A	

OBSERVACIONES:

PAUTA DE OBSERVACIÓN CELDAS DE CASTIGO Y AISLAMIENTO

En caso de haber los dos tipos de celdas: de castigo y aislamiento diferenciadamente, rellenar una pauta para castigo y otra para aislamiento
 Aplicar tantas pautas como celdas de castigo que existan (máximo 3 por unidad penal)
 Si están desocupadas, se aplica la pauta.

NOMBRE DE LA UNIDAD PENAL: NOMBRE DEL OBSERVADOR/A:	FECHA:
--	---------------

1. DATOS CELDA		Observaciones (solo si es necesario)
Tipo de celda (Según uso)	<input type="checkbox"/> Castigo <input type="checkbox"/> Aislamiento <input type="checkbox"/> Ambas	
Número de celdas <input style="width: 40px; height: 25px;" type="text"/>	Número de camas por celda <input style="width: 40px; height: 25px;" type="text"/>	Número de personas durmiendo en celda <input style="width: 40px; height: 25px;" type="text"/>
Tamaño de cada celda _____ X _____ metros aprox.		

2. CELDAS DE CASTIGO/AISLAMIENTO: INFRAESTRUCTURA E HIGIENE		Observaciones (solo si es necesario)
¿Las ventanas de la celda tienen vidrios?	<input type="checkbox"/> Todas <input type="checkbox"/> Algunas <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> N/A	
¿Las ventanas de las celdas tienen cartones o plásticos en lugar de vidrios?	<input type="checkbox"/> Todas <input type="checkbox"/> Algunas <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> N/A	
¿Las ventanas tienen vidrios o marcos rotos?	<input type="checkbox"/> Todas <input type="checkbox"/> Algunas <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay iluminación natural suficiente (que se pueda leer)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay iluminación artificial suficiente (que se pueda leer)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay instalaciones eléctricas (enchufes, otros) funcionando?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay enchufes artesanales, cables colgando u otras instalaciones eléctricas peligrosas en la celda?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay circulación de aire fresco en la celda?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay signos de humedad en paredes u otras superficies (ej.: hongos y/o agua)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay basura y/o papeles dentro de la celda?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay insectos en la celda?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay comida en mal estado/en descomposición en la celda?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay desechos biológicos en la celda (heces, orina, otros)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay recipientes para depositar orina o heces (bolsas, botellas u otros) al interior de la celda?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	

¿Hay agua de alcantarilla en la celda?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay artículos de limpieza de la celda (ej.: escoba, cloro, trapos, etc.)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay artículos de aseo personal (ej.: cepillo de dientes, desodorante, etc.)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay calefacción en la celda?	<input type="checkbox"/> Sí Indique tipo de calefacción		<input type="checkbox"/> N/A	
	<input type="checkbox"/> No			

3. CAMA DE LAS CELDAS DE CASTIGO/AISLAMIENTO			Observaciones (solo si es necesario)	
¿Hay una camas para cada persona?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay ropa de cama suficiente (sábanas y frazadas) en cada cama?	<input type="checkbox"/> Todas	<input type="checkbox"/> Algunas	<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay colchones ignífugos en cada cama?	<input type="checkbox"/> Todas	<input type="checkbox"/> Algunas	<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay colchones en el suelo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	
¿Cuál es el estado del/los colchón/es?	<input type="checkbox"/> Bueno	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Malo	

4. BAÑO AL INTERIOR DE CELDA DE AISLAMIENTO/CASTIGO			Observaciones (solo si es necesario)	
¿Hay inodoro, urinario y/o taza turca funcionando y en buen estado al interior de la celda?	<input type="checkbox"/> Todos	<input type="checkbox"/> Algunos	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> N/A	
¿El inodoro está tapado o estancado?	<input type="checkbox"/> Todos	<input type="checkbox"/> Algunos	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay puerta, cortina u otro elemento que separe el inodoro/taza turca del resto de la celda?	<input type="checkbox"/> Todos	<input type="checkbox"/> Algunos	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay lavatorio/lavamanos funcionando y en buen estado?	<input type="checkbox"/> Todos	<input type="checkbox"/> Algunos	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay agua caliente en el baño de la celda?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay papel higiénico?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay jabón?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	
¿Están las paredes limpias?	<input type="checkbox"/> Todos	<input type="checkbox"/> Algunos	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay signos de humedad en paredes u otras superficies (ej.: hongos y/o agua)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay basura y/o papeles en el suelo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay alcantarillas tapadas o desbordadas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay agua de alcantarillado en el lugar?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay agua disponible las 24 horas del día?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	

5. ESPACIOS COMUNES AL INTERIOR DEL MÓDULO CELDAS DE CASTIGO/AISLAMIENTO		Observaciones (solo si es necesario)
¿Hay baño que incluya ducha, lavatorio, inodoro y/o taza turca disponible en buen estado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay patio en el módulo?	<input type="checkbox"/> Sí Aplicar pauta patio que está más adelante bajo este mismo título de celdas de aislamiento/castigo <input type="checkbox"/> No Indicar qué espacio se utiliza como patio	
¿Hay certificación de desinfecciones para eliminar plagas en lugar visible?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay cámara/s de televigilancia en el lugar?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Las cámaras/s de televigilancia cubren todo el sector o dejan puntos sin cobertura (puntos ciegos)?	<input type="checkbox"/> Cubren todo el sector <input type="checkbox"/> Dejan espacios sin cobertura	

6. BAÑO AL EXTERIOR DE LA CELDA DE AISLAMIENTO/CASTIGO: INFRAESTRUCTURA E HIGIENE		Observaciones (solo si es necesario)
¿Hay disponible un baño al exterior de la celda de aislamiento/castigo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
Número de duchas <input type="text"/>	Número de inodoros <input type="text"/>	
Número de lavamanos lavatorios <input type="text"/>	Número de tazas turcas <input type="text"/>	
¿Hay acceso libre a baño durante el encierro?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay inodoro, urinario y/o taza turca funcionando y en buen estado?	<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Algunos <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> N/A	
¿El inodoro está tapado o estancado?	<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Algunos <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay puerta, cortina u otro que separe el inodoro/taza turca del resto del baño?	<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Algunos <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay ducha funcionando y en buen estado?	<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Algunos <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay puerta, cortina u otro elemento que separe la ducha del resto del baño?	<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Algunos <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay lavatorio/lavamanos funcionando y en buen estado?	<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Algunos <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay papel higiénico en el baño?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay jabón en el baño?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay agua caliente en baño?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Están las paredes limpias?	<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Algunos <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay signos de humedad en paredes u otras superficies (ej.: hongos y/o agua)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay basura y/o papeles en el suelo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay alcantarillas tapadas o desbordadas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay agua de alcantarillado en el lugar?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	

¿Hay agua las 24 horas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay barrera/s físicas entre baño y celda (reja, puerta, etc.)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	

7. PATIO EN EL SECTOR DE AISLAMIENTO/CASTIGO: INFRAESTRUCTURA E HIGIENE				Observaciones (solo si es necesario)
¿Hay un techo en el patio que permita evitar condiciones climáticas como lluvia o sol fuerte?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	
El techo cubre el patio:	<input type="checkbox"/> Totalmente <input type="checkbox"/> Menos de la mitad <input type="checkbox"/> Más de la mitad			
¿El piso está pavimentado?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	
El patio está pavimentado:	<input type="checkbox"/> Totalmente <input type="checkbox"/> Más de la mitad <input type="checkbox"/> Menos de la mitad			
¿Hay equipamiento como arcos de fútbol, básquetbol y/o mesas de ping-pong, etc.?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay sillas y mesas suficientes en el patio para todos/as los/as internos/as?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay teléfonos públicos en buen estado?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay teléfonos públicos en lugar de libre acceso para internos/as?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Indique problema de acceso <input type="checkbox"/> N/A			
¿Hay signos de humedad en paredes u otras superficies?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay basura y/o papeles en el suelo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay agua estancada en el suelo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay cámara/s de televigilancia?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	
¿Las cámaras/s de televigilancia cubren todo el sector o dejan puntos sin cobertura (puntos ciegos)?	<input type="checkbox"/> Cubren todo el sector <input type="checkbox"/> Dejan espacios sin cobertura			

8. PREVENCIÓN DE RIESGOS AL INTERIOR DEL MÓDULO CELDAS DE CASTIGO/AISLAMIENTO				Observaciones (solo si es necesario)
¿Hay extintores funcionando y no vencidos? ¿Cuántos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	
¿Están a una altura accesible para quien lo deba utilizar?	<input type="checkbox"/> Todos	<input type="checkbox"/> Algunos	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay señalética de ubicación de extintores?	<input type="checkbox"/> Todos	<input type="checkbox"/> Algunos	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay una red húmeda funcionando?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay señalética de ubicación de red húmeda?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay una red seca funcionando?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay señalética de ubicación de red seca?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay señaléticas de escape/evacuación en paredes?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	

¿El/los pasillos tienen un ancho que pueda pasar una silla de ruedas/camilla?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay demarcación de zona de seguridad en patio?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	

OBSERVACIONES:

PAUTA DE OBSERVACIÓN COCINA

Aplicar una pauta por cada cocina para internos/as de la unidad penal

NOMBRE DE LA UNIDAD PENAL: NOMBRE DEL OBSERVADOR/A:	FECHA:
--	---------------

1. ESTRUCTURA DE LA COCINA	Observaciones (solo si es necesario)
<input type="checkbox"/> Tiene bodega exclusiva para frutas/verduras <input type="checkbox"/> Tiene sector exclusivo para refrigeradores/congeladores <input type="checkbox"/> Tiene bodega exclusiva para alimentos no perecibles	
¿Hay circulación de aire fresco?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
¿Hay extractor de aire funcionando? (campana)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
¿Los refrigeradores están funcionando en buen estado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
¿Hay certificación de desinfecciones a la vista?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
¿Hay insectos, roedores o signos de la presencia de éstos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
¿Hay comida en mal estado/en descomposición?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
¿Hay restos orgánicos en el sector?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
¿Hay presencia de agua de alcantarillado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
¿Hay implementos para cocinar (ollas, sartenes, etc.)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
¿Hay cocina, mesones y artefactos apropiados para cocinar?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
¿Hay bandejas/platos para toda la población penal?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Indique qué utilizan para comer <input type="checkbox"/> N/A
¿Hay cubiertos para toda la población penal?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Indique qué utilizan para comer <input type="checkbox"/> N/A
¿Hay cámara/s de televigilancia?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
¿Las cámaras/s de televigilancia cubren todo el sector o dejan puntos sin cobertura (puntos ciegos)?	<input type="checkbox"/> Cubren todo el sector <input type="checkbox"/> Dejan espacios sin cobertura

2. TRABAJADORES/AS DE LA COCINA		Observaciones (solo si es necesario)
¿Los/las trabajadores/as de la cocina utilizan delantal?	<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Algunos <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> N/A	
¿Los/las trabajadores/as de la cocina utilizan malla para el pelo?	<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Algunos <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> N/A	
¿Los/las trabajadores/as de la cocina utilizan guantes?	<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Algunos <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> N/A	

3. PREVENCIÓN DE RIESGOS EN LA COCINA		Observaciones (solo si es necesario)
¿Hay extintores funcionando y no vencidos? ¿Cuántos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Están a una altura accesible para quien lo deba utilizar?	<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Algunos <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay extintores adecuados a los materiales de la cocina?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay señalética de ubicación de extintores?	<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Algunos <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay una red húmeda funcionando?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay señalética de ubicación de red húmeda?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay una red seca funcionando?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay señalética de ubicación de red seca?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay señaléticas de escape/evacuación en paredes?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿El/los pasillos tienen un ancho que pueda pasar una silla de ruedas/camilla?	<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Algunos <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> N/A	

OBSERVACIONES:

PAUTA DE OBSERVACIÓN COMEDOR

Aplicar una pauta por cada comedor existente (central y/o módulos)

NOMBRE DE LA UNIDAD PENAL: NOMBRE DEL OBSERVADOR/A:	FECHA:
--	---------------

1. DATOS COMEDOR OBSERVADO		
NOMBRE DEL MÓDULO AL QUE PERTENECE EL COMEDOR:		
TIPO POBLACIÓN QUE HABITA EL MÓDULO AL QUE PERTENECE EL COMEDOR. MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDA:		
<input type="checkbox"/> Imputados/as	<input type="checkbox"/> Comedor central	<input type="checkbox"/> Módulo mujeres con hijos o embarazadas
<input type="checkbox"/> Condenados/as	<input type="checkbox"/> Módulo APAC (evangélico)	<input type="checkbox"/> Módulo Católico
<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Módulo Delitos ley de drogas	<input type="checkbox"/> Módulo CET (trabajadores/as)
<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Módulo Juvenil	<input type="checkbox"/> Módulo CTA (Tratamiento de adicciones)
	<input type="checkbox"/> Módulo LGBT	<input type="checkbox"/> Módulo Extranjeros/as
	<input type="checkbox"/> Módulo Adultos mayores	<input type="checkbox"/> Otro tipo de módulo (¿Cuál?)

2. ESTRUCTURA COMEDOR			Observaciones (solo si es necesario)
¿Hay un lugar de uso exclusivo como comedor?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A
SI EL COMEDOR NO ES EXCLUSIVO: ¿Qué lugar se utiliza como comedor?	<input type="checkbox"/> Celda <input type="checkbox"/> Pasillo <input type="checkbox"/> Módulos <input type="checkbox"/> Otro (¿Cuál?)		
¿El comedor está a la aire libre?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A
¿El comedor es un espacio cerrado?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A
¿El piso está pavimentado?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A
¿Hay sillas suficientes en el comedor para todos/as los/as internos/as?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A
¿Hay mesas suficientes en el comedor para todos/as los/as internos/as?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A
¿Hay calefacción en el comedor?	<input type="checkbox"/> Sí Indique tipo de calefacción <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A		
¿Hay signos de humedad en paredes u otras superficies?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A
¿Hay basura y/o papeles en el suelo del comedor?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A
¿Hay agua estancada en el suelo del comedor?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A
¿Hay cámara/s de televigilancia?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A

¿Las cámaras/s de televigilancia cubren todo el sector o dejan puntos sin cobertura (puntos ciegos)?	<input type="checkbox"/> Cubren todo el sector <input type="checkbox"/> Dejan espacios sin cobertura	
--	---	--

3. PREVENCIÓN DE RIESGOS EN COMEDOR		Observaciones (solo si es necesario)
¿Hay extintores funcionando y no vencidos? ¿Cuántos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Están a una altura accesible para quien lo deba utilizar?	<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Algunos <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay señalética de ubicación de extintores?	<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Algunos <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay una red húmeda funcionando?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay señalética de ubicación de red húmeda?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay una red seca funcionando?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay señalética de ubicación de red seca?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay señaléticas de escape/evacuación en paredes?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿El/los pasillos tienen un ancho que pueda pasar una silla de ruedas/camilla?	<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Algunos <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> N/A	

OBSERVACIONES:

2. BAÑO DE LA ENFERMERÍA: INFRAESTRUCTURA E HIGIENE		Observaciones (solo si es necesario)
Número de duchas	<input type="text"/>	Número de inodoros
Número de lavamanos lavatorios	<input type="text"/>	Número de tazas turcas
¿Hay inodoro, urinario y/o taza turca funcionando y en buen estado?	<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Algunos <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> N/A	
¿El inodoro está tapado o estancado?	<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Algunos <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay puerta, cortina u otro que separe el inodoro/taza turca del resto del baño?	<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Algunos <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay ducha funcionando y en buen estado?	<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Algunos <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay puerta, cortina u otro que separe la ducha del resto del baño?	<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Algunos <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay lavatorio/lavamanos funcionando y en buen estado?	<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Algunos <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay papel higiénico en el baño?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay jabón en el baño?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay agua caliente en baño?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Están las paredes limpias?	<input type="checkbox"/> Todas <input type="checkbox"/> Algunas <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay signos de humedad en paredes u otras superficies (ej.: hongos y/o agua)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay basura y/o papeles en el suelo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay alcantarillas tapadas o desbordadas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay agua de alcantarillado en el lugar?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	

3. PREVENCIÓN DE RIESGOS EN ENFERMERÍA		Observaciones (solo si es necesario)
¿Hay extintores funcionando y no vencidos? ¿Cuántos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Están a una altura accesible para quien lo deba utilizar?	<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Algunos <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay señalética de ubicación de extintores?	<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Algunos <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay una red húmeda funcionando?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay señalética de ubicación de red húmeda?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay una red seca funcionando?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay señalética de ubicación de red seca?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay señaléticas de escape/evacuación en paredes?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿El/los pasillos tienen un ancho que pueda pasar una silla de ruedas/camilla?	<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Algunos <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> N/A	

OBSERVACIONES:

PAUTA DE OBSERVACIÓN ENTRADA Y REVISIÓN DE VISITAS

NOMBRE DE LA UNIDAD PENAL:		FECHA:
NOMBRE DEL OBSERVADOR/A:		

1. ESTRUCTURA DEL SECTOR DE REVISIÓN DE VISITAS			Observaciones (solo si es necesario)
¿Cuántas salas de revisión hay disponibles?	Cantidad de salas de revisión para mujeres <input style="width: 50px; height: 25px;" type="text"/>		Cantidad de salas de revisión para hombres <input style="width: 50px; height: 25px;" type="text"/>
¿Hay paletas detectoras de metales?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A		
¿Las paletas detectoras de metales están en buen estado y funcionando?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A		
¿Hay arcos detectores?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A		
¿Los arcos detectores están en buen estado y funcionando?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A		
¿Hay sillas detectoras (silla Boss)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A		
¿Las sillas detectoras (silla Boss) están en buen estado y funcionando?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A		
¿Hay scanner de revisión de encomiendas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A		
¿El scanner de revisión de encomiendas está en buen estado y funcionando?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A		
¿Hay cámara/s de televigilancia?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A		
¿Las cámaras/s de televigilancia cubren todo el sector o dejan puntos sin cobertura (puntos ciegos)?	<input type="checkbox"/> Cubren todo el sector <input type="checkbox"/> Dejan espacios sin cobertura		
¿Los funcionarios hombres revisan solo a personas de su mismo sexo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A		
¿Las funcionarias mujeres revisan solo a personas de su mismo sexo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A		

2. PREVENCIÓN DE RIESGOS EN SECTOR DE REVISIÓN DE VISITAS			Observaciones (solo si es necesario)
¿Hay extintores funcionando y no vencidos? ¿Cuántos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A		
¿Están a una altura accesible para quien lo deba utilizar?	<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Algunos <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> N/A		
¿Hay señalética de ubicación de extintores?	<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Algunos <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> N/A		
¿Hay una red húmeda funcionando?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A		
¿Hay señalética de ubicación de red húmeda?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A		
¿Hay una red seca funcionando?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A		
¿Hay señalética de ubicación de red seca?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A		

¿Hay señaléticas de escape/evacuación en paredes?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿El/los pasillos tienen un ancho que pueda pasar una silla de ruedas/camilla?	<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Algunos <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> N/A	

OBSERVACIONES:

PAUTA DE OBSERVACIÓN ESCUELA

Aplicar una pauta por escuela. Aplicar otra pauta si la escuela tiene un anexo en otro lugar de la cárcel.

NOMBRE DE LA UNIDAD PENAL: NOMBRE DEL OBSERVADOR/A:	FECHA:
--	---------------

1. DATOS ESCUELA	Observaciones (solo si es necesario)
Nombre y sección o módulo en que está la Escuela	
¿Hay escuela en la unidad penal?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
SI NO HAY ESCUELA PENAL: ¿En qué lugar se realizan las clases del programa educacional?	<input type="checkbox"/> Celdas <input type="checkbox"/> Sala multiuso <input type="checkbox"/> Otro (¿Cuál?) <input type="checkbox"/> No hay programa educacional
Cantidad de salas de uso exclusivo para la escuela <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	Cantidad de baños <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
¿Hay sala de computación?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
¿Los computadores de la sala de computación están en buen estado y funcionando?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
¿Hay biblioteca?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A

2. ESTRUCTURA DE LA ESCUELA	Observaciones (solo si es necesario)
¿Las ventanas de la escuela tienen vidrios?	<input type="checkbox"/> Todas <input type="checkbox"/> Algunas <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> N/A
¿Las ventanas de la escuela tienen cartones o plásticos en lugar de vidrios?	<input type="checkbox"/> Todas <input type="checkbox"/> Algunas <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> N/A
¿Las ventanas tienen vidrios o marcos rotos?	<input type="checkbox"/> Todas <input type="checkbox"/> Algunas <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> N/A
¿Hay iluminación natural suficiente (que se pueda leer)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
¿Hay iluminación artificial suficiente (que se pueda leer)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
¿Hay instalaciones eléctricas (enchufes, otros) funcionando?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
¿Hay circulación de aire fresco?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
¿Cuál es el estado del piso?	<input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Malo
¿Cuál es el estado del techo?	<input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Malo
¿Hay sillas suficientes en el lugar para todos/as los/as estudiantes?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A

¿Cuál es el estado de las sillas?	<input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Malo	
¿Hay mesas suficientes en el lugar para todos/as los/as estudiantes?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Cuál es el estado de las mesas?	<input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Malo	
¿Hay calefacción en el lugar?	<input type="checkbox"/> Sí Indique tipo de calefacción <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay signos de humedad en paredes u otras superficies?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay basura y/o papeles en el suelo del lugar?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay cámara/s de televigilancia?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Las cámaras/s de televigilancia cubren todo el sector o dejan puntos sin cobertura (puntos ciegos)?	<input type="checkbox"/> Cubren todo el sector <input type="checkbox"/> Dejan espacios sin cobertura	

3. BAÑO DE LA ESCUELA: INFRAESTRUCTURA E HIGIENE		Observaciones (solo si es necesario)
<input type="checkbox"/> Baño de mujeres	Número de lavamanos lavatorios <input type="text"/>	Número de inodoros <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Baño de hombres		Número de tazas turcas <input type="text"/>
¿Hay inodoro, urinario y/o taza turca funcionando y en buen estado?	<input type="checkbox"/> Todas <input type="checkbox"/> Algunas <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> N/A	
¿El inodoro está tapado o estancado?	<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Algunos <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay puerta, cortina u otro que separe el inodoro/taza turca del resto del baño?	<input type="checkbox"/> Todas <input type="checkbox"/> Algunas <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay lavatorio/lavamanos funcionando y en buen estado?	<input type="checkbox"/> Todas <input type="checkbox"/> Algunas <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay papel higiénico en el baño?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay jabón en el baño?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay agua caliente en baño?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Están las paredes limpias?	<input type="checkbox"/> Todas <input type="checkbox"/> Algunas <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay signos de humedad en paredes u otras superficies (ej.: hongos y/o agua)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay basura y/o papeles en el suelo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay alcantarillas tapadas o desbordadas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay agua de alcantarillado en el piso del baño?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	

4. PREVENCIÓN DE RIESGOS EN ESCUELA		Observaciones (solo si es necesario)
¿Hay extintores funcionando y no vencidos? ¿Cuántos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Están a una altura accesible para quien lo deba utilizar?	<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Algunos <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay extintores adecuados a los materiales de la escuela?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay señalética de ubicación de extintores?	<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Algunos <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> N/A	

¿Hay una red húmeda funcionando?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay señalética de ubicación de red húmeda?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay una red seca funcionando?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay señalética de ubicación de red seca?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay señaléticas de escape/evacuación en paredes?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	
¿El/los pasillos tienen un ancho que pueda pasar una silla de ruedas/camilla?	<input type="checkbox"/> Todos	<input type="checkbox"/> Algunos	<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> N/A

OBSERVACIONES:

PAUTA DE OBSERVACIÓN MÓDULO MUJERES CON HIJOS O EMBARAZADAS

NOMBRE DE LA UNIDAD PENAL: NOMBRE DEL OBSERVADOR/A:	FECHA:
--	---------------

1. DATOS MÓDULO OBSERVADO
NOMBRE DEL MÓDULO:

2. CELDA: INFRAESTRUCTURA E HIGIENE	Observaciones (solo si es necesario)
<input type="checkbox"/> Celda individual Tamaño de la celda _____ X _____ metros aprox.	
<input type="checkbox"/> Celda colectiva Número de camas en celda <input style="width: 50px; height: 30px;" type="text"/> Número de mujeres durmiendo en celda <input style="width: 50px; height: 30px;" type="text"/>	
Número de cunas en celda <input style="width: 50px; height: 30px;" type="text"/> Número de bebés/niños/as durmiendo en celda <input style="width: 50px; height: 30px;" type="text"/>	
¿Las ventanas de la celda tienen vidrios?	<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Algunos <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> N/A
¿Las ventanas de las celdas tienen cartones o plásticos en lugar de vidrios?	<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Algunos <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> N/A
¿Las ventanas tienen vidrios o marcos rotos?	<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Algunos <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> N/A
¿Hay iluminación natural suficiente (que se pueda leer)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
¿Hay iluminación artificial suficiente (que se pueda leer)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
¿Hay instalaciones eléctricas (enchufes, otros) funcionando?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
¿Hay enchufes artesanales, cables colgando u otras instalaciones eléctricas peligrosas en la celda?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
¿Hay circulación de aire fresco en la celda?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
¿Hay signos de humedad en paredes u otras superficies (ej.: hongos y/o agua)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
¿Hay basura y/o papeles dentro de la celda?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
¿Hay insectos en la celda?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
¿Hay comida en mal estado/en descomposición en la celda?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
¿Hay desechos biológicos en la celda (heces, orina, otros)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
¿Hay agua de alcantarilla en la celda?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A

¿Hay artículos de limpieza de la celda (ej.: escoba, cloro, trapos, etc.)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay calefacción en la celda?	<input type="checkbox"/> Sí Indique tipo de calefacción <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	

3. CELDA: CAMA		Observaciones (solo si es necesario)
¿Hay una cama para cada mujer?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay colchones en cada cama?	<input type="checkbox"/> Todas <input type="checkbox"/> Algunas <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay colchones ignífugos en cada cama?	<input type="checkbox"/> Todas <input type="checkbox"/> Algunas <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay frazadas, mantas o cubrecamas para cada cama?	<input type="checkbox"/> Todas <input type="checkbox"/> Algunas <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay sábanas para cada cama?	<input type="checkbox"/> Todas <input type="checkbox"/> Algunas <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay camarotes inestables, improvisados, artesanales o hamacas en la celda?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay colchones en suelo de la celda (sin catre)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Cuál es el estado del/los colchón/es?	<input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Malo	

4. CELDA: CUNAS		Observaciones (solo si es necesario)
¿Hay una cama para cada niño/a?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay colchones en cada cuna?	<input type="checkbox"/> Todas <input type="checkbox"/> Algunas <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay colchones ignífugos en cada cuna?	<input type="checkbox"/> Todas <input type="checkbox"/> Algunas <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay frazadas, mantas o cubrecamas para cada cuna?	<input type="checkbox"/> Todas <input type="checkbox"/> Algunas <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay sábanas para cada cuna?	<input type="checkbox"/> Todas <input type="checkbox"/> Algunas <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay cunas en suelo de la celda?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay colchones en suelo de la celda (sin cuna)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Cuál es el estado del/los colchón/es?	<input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Malo	

5. CELDA: ARTEFACTOS		Observaciones (solo si es necesario)
¿Hay muebles (estantes, repisas) para guardar pertenencias personales de las mujeres?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay muebles (estantes, repisas) para guardar pertenencias personales de los/as hijos/as?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay hervidores artesanales en la celda?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay televisor/es?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay radio/s?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay libros, diarios y/o revistas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay recipientes para almacenar agua para beber en la celda? (botellas, otro tipo de envase)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	

¿Hay juguetes para los niños/as?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	
----------------------------------	-----------------------------	-----------------------------	------------------------------	--

6. BAÑO CELDA/MÓDULO: INFRAESTRUCTURA E HIGIENE			Observaciones (solo si es necesario)
<input type="checkbox"/> Baño al interior de la celda	Número de duchas	<input type="text"/>	Número de inodoros <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Baño en el módulo	Número de lavamanos lavatorios	<input type="text"/>	Número de tazas turcas <input type="text"/>
¿Hay acceso libre a baño durante el encierro?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A
¿Hay inodoro, urinario y/o taza turca funcionando y en buen estado?	<input type="checkbox"/> Todos	<input type="checkbox"/> Algunos	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> N/A
¿El inodoro está tapado o estancado?	<input type="checkbox"/> Todos	<input type="checkbox"/> Algunos	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> N/A
¿Hay puerta, cortina u otro elemento que separe el inodoro/taza turca del resto del baño?	<input type="checkbox"/> Todos	<input type="checkbox"/> Algunos	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> N/A
¿Hay ducha funcionando y en buen estado?	<input type="checkbox"/> Todos	<input type="checkbox"/> Algunos	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> N/A
¿Hay puerta, cortina u otro que separe la ducha del resto del baño?	<input type="checkbox"/> Todos	<input type="checkbox"/> Algunos	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> N/A
¿Hay lavatorio/lavamanos funcionando y en buen estado?	<input type="checkbox"/> Todos	<input type="checkbox"/> Algunos	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> N/A
¿Hay papel higiénico para las mujeres en el baño?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A
¿Hay jabón para las mujeres en el baño?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A
¿Hay artículos de aseo personal para las mujeres en el baño (ej.: cepillo de dientes, desodorante, etc.)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A
¿Hay artículos de aseo para los niños/as? (shampoo, jabón, etc.)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A
¿Hay tinas especiales para bañar a las bebés y niños/as?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A
¿Hay agua caliente en baño?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A
¿Están las paredes limpias?	<input type="checkbox"/> Todos	<input type="checkbox"/> Algunos	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> N/A
¿Hay signos de humedad en paredes u otras superficies (ej.: hongos y/o agua)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A
¿Hay basura y/o papeles en el suelo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A
¿Hay alcantarillas tapadas o desbordadas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A
¿Hay agua de alcantarillado en el lugar?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A
¿Hay agua disponible las 24 horas del día?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A
¿Hay barrera/s físicas entre baño y celda (reja, pared, puerta, etc.)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A

7. ESPACIOS COMUNES AL INTERIOR DEL MÓDULO		Observaciones (solo si es necesario)
¿Hay teléfonos públicos en buen estado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay teléfonos públicos en un lugar de libre acceso para los internos/as?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Indique problema de acceso <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay certificación de desinfecciones para eliminar plagas en lugar visible?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay cámara/s de televigilancia?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Las cámaras/s de televigilancia cubren todo el sector o dejan puntos sin cobertura (puntos ciegos)?	<input type="checkbox"/> Cubren todo el sector <input type="checkbox"/> Dejan espacios sin cobertura	
¿Hay economato en el lugar?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay espacio de lavandería que permita lavar y secar ropa al exterior de la celda?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay un sector de juegos infantiles?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay un espacio donde las mujeres puedan calentar comida para sus hijos/as?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay patio en el módulo?	<input type="checkbox"/> Sí Aplicar pauta patio <input type="checkbox"/> NO Indicar qué espacio se utiliza como patio	
¿Hay un buzón sellado para realizar reclamos y peticiones o denuncias?	<input type="checkbox"/> Sí (indique tipo) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> buzón para reclamos y peticiones <input type="checkbox"/> buzón para denuncias
¿Hay formularios a la vista para realizar reclamos y peticiones, o denuncias?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	

8. PREVENCIÓN DE RIESGOS AL INTERIOR DEL MÓDULO		Observaciones (solo si es necesario)
¿Hay extintores funcionando y no vencidos? ¿Cuántos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Están a una altura accesible para quien lo deba utilizar?	<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Algunos <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay señalética de ubicación de extintores?	<input type="checkbox"/> Todas <input type="checkbox"/> Algunas <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay una red húmeda funcionando?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay señalética de ubicación de red húmeda?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay una red seca funcionando?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay señalética de ubicación de red seca?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay señaléticas de escape/evacuación en paredes?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿El/los pasillos tienen un ancho que pueda pasar una silla de ruedas/camilla?	<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Algunos <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> N/A	

OBSERVACIONES:

PAUTA DE OBSERVACIÓN MÓDULOS IMPUTADOS/AS Y CONDENADOS/AS

Aplicar las pautas a las celdas de hombres imputados, hombres condenados, tránsito, juveniles mujeres, juveniles hombres, mujeres imputadas, mujeres condenadas, APAC, y otras que existan.

Asegurarse de aplicar al menos una pauta por tipo de módulo.

Si hay otro baño en el módulo, aplicar pauta de baño exterior del módulo/celda. Por ejemplo casos en que el inodoro está en la celda y afuera están las duchas, o casos en que hay dos baños en el módulo, o hay uno al interior del módulo y otro fuera.

No aplicar a celdas de castigos ni de aislamiento ya que disponen de pauta especial.

No aplicar a Módulo de mujeres con hijos o embarazadas ya que dispone de pauta especial.

NOMBRE DE LA UNIDAD PENAL: NOMBRE DEL OBSERVADOR/A:	FECHA:
--	---------------

1. DATOS MÓDULO OBSERVADO		
NOMBRE DEL MÓDULO:		
TIPO POBLACIÓN QUE HABITA EL MÓDULO. MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDA:		
<input type="checkbox"/> Imputados/as	<input type="checkbox"/> Módulo APAC (evangélico)	<input type="checkbox"/> Módulo Católico
<input type="checkbox"/> Condenados/as	<input type="checkbox"/> Módulo Delitos ley de drogas	<input type="checkbox"/> Módulo CET (trabajadores/as)
	<input type="checkbox"/> Módulo Juvenil	<input type="checkbox"/> Módulo CTA (Tratamiento de adicciones)
<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Módulo LGBT	<input type="checkbox"/> Módulo Extranjeros/as
<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Módulo Adultos mayores	<input type="checkbox"/> Otro tipo de módulo (¿Cuál?)

2. CELDA: INFRAESTRUCTURA E HIGIENE	Observaciones (solo si es necesario)
<input type="checkbox"/> Celda individual Tamaño de la celda _____ X _____ metros aprox.	
<input type="checkbox"/> Celda colectiva Número de camas en celda <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> N° de personas durmiendo en celda <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	
¿Las ventanas de la celda tienen vidrios?	<input type="checkbox"/> Todas <input type="checkbox"/> Algunas <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> N/A
¿Las ventanas de las celdas tienen cartones o plásticos en lugar de vidrios?	<input type="checkbox"/> Todas <input type="checkbox"/> Algunas <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> N/A
¿Las ventanas tienen vidrios o marcos rotos?	<input type="checkbox"/> Todas <input type="checkbox"/> Algunas <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> N/A
¿Hay iluminación natural suficiente (que se pueda leer)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
¿Hay iluminación artificial suficiente (que se pueda leer)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A

¿Hay instalaciones eléctricas (enchufes, otros) funcionando?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay enchufes artesanales, cables colgando u otras instalaciones eléctricas peligrosas en la celda?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay circulación de aire fresco en la celda?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay signos de humedad en paredes u otras superficies (ej.: hongos y/o agua)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay basura y/o papeles dentro de la celda?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay insectos en la celda?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay comida en mal estado/en descomposición en la celda?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay desechos biológicos en la celda (heces, orina, otros)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay agua de alcantarilla en la celda?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay artículos de limpieza de la celda (ej.: escoba, cloro, trapos, etc.)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay calefacción en la celda?	<input type="checkbox"/> Sí Indique tipo <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> N/A	

3. CELDA: CAMA			Observaciones (solo si es necesario)		
¿Hay una cama para cada persona?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A		
¿Hay colchones en cada cama?	<input type="checkbox"/> Todas	<input type="checkbox"/> Algunas	<input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> N/A	
¿Es ignífugo el colchón?	<input type="checkbox"/> Todas	<input type="checkbox"/> Algunas	<input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay frazadas, mantas o cubrecamas para cada cama?	<input type="checkbox"/> Todas	<input type="checkbox"/> Algunas	<input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay sábanas para cada cama?	<input type="checkbox"/> Todas	<input type="checkbox"/> Algunas	<input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay camarotes inestables, improvisados, artesanales o hamacas en la celda?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A		
¿Hay colchones en suelo de la celda (sin catre)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A		
¿Cuál es el estado del/los colchón/es?	<input type="checkbox"/> Bueno	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Malo		

4. CELDA: ARTEFACTOS			Observaciones (solo si es necesario)	
¿Hay muebles (estantes, repisas) para guardar pertenencias personales?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay hervidores artesanales en la celda?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay televisor/es?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay radio/s?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay libros, diarios y/o revistas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay recipientes para almacenar agua para beber en la celda? (botellas, otro tipo de envase)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay recipientes para depositar orina o heces (bolsas, botellas u otros)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	

5. BAÑO CELDA/MÓDULO: INFRAESTRUCTURA E HIGIENE (si hay otro baño en el módulo aplicar pauta de baño exterior celda/módulo)			Observaciones (solo si es necesario)
<input type="checkbox"/> Baño al interior de la celda	Número de duchas	<input type="text"/>	Número de inodoros <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Baño en el módulo	Número de lavamanos lavatorios	<input type="text"/>	Número de tazas turcas <input type="text"/>
¿Hay acceso libre a baño durante el encierro?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A		
¿Hay inodoro, urinario y/o taza turca funcionando y en buen estado?	<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Algunos <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> N/A		
¿El inodoro está tapado o estancado?	<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Algunos <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> N/A		
¿Hay puerta, cortina u otro elemento que separe el inodoro/taza turca del resto del baño?	<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Algunos <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> N/A		
¿Hay ducha funcionando y en buen estado?	<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Algunos <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> N/A		
¿Hay puerta, cortina u otro elemento que separe la ducha del resto del baño?	<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Algunos <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> N/A		
¿Hay lavatorio/lavamanos funcionando y en buen estado?	<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Algunos <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> N/A		
¿Hay papel higiénico en el baño?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A		
¿Hay jabón en el baño?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A		
¿Hay artículos de aseo personal (ej.: cepillo de dientes, desodorante, etc.)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A		
¿Hay agua caliente en baño?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A		
¿Están las paredes limpias?	<input type="checkbox"/> Todas <input type="checkbox"/> Algunas <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> N/A		
¿Hay signos de humedad en paredes u otras superficies (ej.: hongos y/o agua)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A		
¿Hay basura y/o papeles en el suelo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A		
¿Hay alcantarillas tapadas o desbordadas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A		
¿Hay agua de alcantarillado en el lugar?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A		
¿Hay agua disponible las 24 horas del día?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A		
¿Hay barrera/s físicas entre baño y celda (reja, pared, puerta, etc.), de manera que no exista un acceso libre?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A		

6. ESPACIOS COMUNES AL INTERIOR DEL MÓDULO			Observaciones (solo si es necesario)
¿Hay teléfonos públicos en buen estado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A		
¿Los teléfonos públicos están en un lugar de libre acceso para los internos/as?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Indique problema de acceso <input type="checkbox"/> N/A		
¿Hay certificación de desinfecciones para eliminar plagas en lugar visible?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A		
¿Hay cámara/s de televigilancia?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A		
¿Las cámaras/s de televigilancia cubren todo el sector o dejan puntos sin cobertura (puntos ciegos)?	<input type="checkbox"/> Cubren todo el sector <input type="checkbox"/> Dejan espacios sin cobertura		
¿Hay economato?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A		

¿Hay espacio de lavandería que permita lavar y secar ropa fuera de la celda?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay un buzón sellado para realizar reclamos y peticiones o denuncias?	<input type="checkbox"/> Sí (indique tipo) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> buzón para reclamos y peticiones <input type="checkbox"/> buzón para denuncias
¿Hay formularios a la vista para realizar reclamos, peticiones y denuncias?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay patio en el módulo?	<input type="checkbox"/> Sí Aplicar pauta patio <input type="checkbox"/> No Indicar qué espacio se utiliza como patio	

7. PREVENCIÓN DE RIESGOS AL INTERIOR DEL MÓDULO		Observaciones (solo si es necesario)
¿Hay extintores funcionando y no vencidos? ¿Cuántos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Están a una altura accesible para quien lo deba utilizar?	<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Algunos <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay señalética de ubicación de extintores?	<input type="checkbox"/> Todas <input type="checkbox"/> Algunas <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay una red húmeda funcionando?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay señalética de ubicación de red húmeda?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay una red seca funcionando?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay señalética de ubicación de red seca?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay señaléticas de escape/evacuación en paredes?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿El/los pasillos tienen un ancho que pueda pasar una silla de ruedas/camilla?	<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Algunos <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> N/A	

OBSERVACIONES:

PAUTA DE OBSERVACIÓN PATIO

Aplicar una pauta por cada patio observado en la unidad penal, incluyendo patios centrales, de módulos, canchas y gimnasio.

No aplicar a celdas de castigos ni de aislamiento, ya que disponen de pauta especial.

NOMBRE DE LA UNIDAD PENAL: NOMBRE DEL OBSERVADOR/A:	FECHA:
--	---------------

1. TIPO DE PATIO OBSERVADO							
Indique tipo de patio observado:	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"><input type="checkbox"/> Patio central</td> <td style="width: 50%; border: none;"><input type="checkbox"/> Cancha</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Gimnasio</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Patio en módulo</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Otro (¿Cuál?)</td> <td style="border: none;"></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Patio central	<input type="checkbox"/> Cancha	<input type="checkbox"/> Gimnasio	<input type="checkbox"/> Patio en módulo	<input type="checkbox"/> Otro (¿Cuál?)	
<input type="checkbox"/> Patio central	<input type="checkbox"/> Cancha						
<input type="checkbox"/> Gimnasio	<input type="checkbox"/> Patio en módulo						
<input type="checkbox"/> Otro (¿Cuál?)							

2. DATOS MÓDULO DEL PATIO OBSERVADO													
NOMBRE DEL MÓDULO AL QUE PERTENECE EL PATIO:													
TIPO POBLACIÓN QUE HABITA EL MÓDULO AL QUE PERTENECE EL PATIO. MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDA:													
<input type="checkbox"/> Imputados/as <input type="checkbox"/> Condenados/as <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"><input type="checkbox"/> Módulo APAC (evangélico)</td> <td style="width: 50%; border: none;"><input type="checkbox"/> Módulo Católico</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Módulo Delitos ley de drogas</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Módulo CET (trabajadores/as)</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Módulo Juvenil</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Módulo CTA (Tratamiento de adicciones)</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Módulo LGBT</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Módulo Extranjeros/as</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Módulo Adultos mayores</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Otro tipo de módulo (¿Cuál?)</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Módulo mujeres con hijos o embarazadas</td> <td style="border: none;"></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Módulo APAC (evangélico)	<input type="checkbox"/> Módulo Católico	<input type="checkbox"/> Módulo Delitos ley de drogas	<input type="checkbox"/> Módulo CET (trabajadores/as)	<input type="checkbox"/> Módulo Juvenil	<input type="checkbox"/> Módulo CTA (Tratamiento de adicciones)	<input type="checkbox"/> Módulo LGBT	<input type="checkbox"/> Módulo Extranjeros/as	<input type="checkbox"/> Módulo Adultos mayores	<input type="checkbox"/> Otro tipo de módulo (¿Cuál?)	<input type="checkbox"/> Módulo mujeres con hijos o embarazadas	
<input type="checkbox"/> Módulo APAC (evangélico)	<input type="checkbox"/> Módulo Católico												
<input type="checkbox"/> Módulo Delitos ley de drogas	<input type="checkbox"/> Módulo CET (trabajadores/as)												
<input type="checkbox"/> Módulo Juvenil	<input type="checkbox"/> Módulo CTA (Tratamiento de adicciones)												
<input type="checkbox"/> Módulo LGBT	<input type="checkbox"/> Módulo Extranjeros/as												
<input type="checkbox"/> Módulo Adultos mayores	<input type="checkbox"/> Otro tipo de módulo (¿Cuál?)												
<input type="checkbox"/> Módulo mujeres con hijos o embarazadas													

3. PATIO: INFRAESTRUCTURA E HIGIENE		Observaciones (solo si es necesario)
¿Hay un techo en el patio que permita evitar condiciones climáticas como lluvia o sol fuerte?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
El techo cubre el patio:	<input type="checkbox"/> Totalmente <input type="checkbox"/> Más de la mitad <input type="checkbox"/> Menos de la mitad	
¿El piso está pavimentado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
El patio está pavimentado:	<input type="checkbox"/> Totalmente <input type="checkbox"/> Más de la mitad <input type="checkbox"/> Menos de la mitad	
¿Hay equipamiento como arcos de fútbol, básquetbol y/o mesas de ping-pong, etc.?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	

¿Hay sillas y mesas suficientes en el patio para todos/as los/as internos/as?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay teléfonos públicos en buen estado?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay teléfonos públicos en lugar de libre acceso para internos/as?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No Indique problema de acceso	<input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay signos de humedad en paredes u otras superficies?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay basura y/o papeles en el suelo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay agua estancada en el suelo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay cámara/s de televigilancia?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	
¿Las cámaras/s de televigilancia cubren todo el sector o dejan puntos sin cobertura (puntos ciegos)?	<input type="checkbox"/> Cubren todo el sector <input type="checkbox"/> Dejan espacios sin cobertura			

4. BAÑO EN EL PATIO: INFRAESTRUCTURA E HIGIENE				Observaciones (solo si es necesario)
<input type="checkbox"/> Hay Baño en patio	Número de duchas	<input type="text"/>	Número de inodoros	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> No hay Baño en patio	Número de lavamanos lavatorios	<input type="text"/>	Número de tazas turcas	<input type="text"/>
¿Hay inodoro, urinario y/o taza turca funcionando y en buen estado?	<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Algunos <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> N/A			
¿El inodoro está tapado o estancado?	<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Algunos <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> N/A			
¿Hay puerta, cortina u otro elemento que separe el inodoro/taza turca del resto del baño?	<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Algunos <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> N/A			
¿Hay ducha funcionando y en buen estado?	<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Algunos <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> N/A			
¿Hay puerta, cortina u otro elemento que separe la ducha del resto del baño?	<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Algunos <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> N/A			
¿Hay lavatorio/lavamanos funcionando y en buen estado?	<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Algunos <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> N/A			
¿Hay papel higiénico en el baño?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay jabón en el baño?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay agua caliente en baño?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	
¿Están las paredes limpias?	<input type="checkbox"/> Todas <input type="checkbox"/> Algunas <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> N/A			
¿Hay signos de humedad en paredes u otras superficies (ej.: hongos y/o agua)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay basura y/o papeles en el suelo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay alcantarillas tapadas o desbordadas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay agua de alcantarillado en el lugar?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay agua disponible las 24 horas del día?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	

5. PREVENCIÓN DE RIESGOS DEL PATIO			Observaciones (solo si es necesario)		
¿Hay extintores funcionando y no vencidos? ¿Cuántos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A		
¿Están a una altura accesible para quien lo deba utilizar?	<input type="checkbox"/> Todos	<input type="checkbox"/> Algunos	<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay señalética de ubicación de extintores?	<input type="checkbox"/> Todas	<input type="checkbox"/> Algunas	<input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay una red húmeda funcionando?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A		
¿Hay señalética de ubicación de red húmeda?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A		
¿Hay una red seca funcionando?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A		
¿Hay señalética de ubicación de red seca?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A		
¿Hay señaléticas de escape/evacuación en paredes?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A		
¿El/los pasillos tienen un ancho que pueda pasar una silla de ruedas/camilla?	<input type="checkbox"/> Todos	<input type="checkbox"/> Algunos	<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay demarcación de zona de seguridad en cancha/patio/gimnasio?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A		

OBSERVACIONES:

PAUTA DE OBSERVACIÓN SALA DE VISITAS

Aplicar una pauta por cada sala de visitas o sector que se use para tales efectos (pasillos, patios, etc)

NOMBRE DE LA UNIDAD PENAL: NOMBRE DEL OBSERVADOR/A:	FECHA:
--	---------------

1. ESTRUCTURA DEL SECTOR DE VISITAS	Observaciones (solo si es necesario)
¿Hay lugar exclusivo para recepción de visitas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
SI EL LUGAR NO ES EXCLUSIVO: ¿Qué lugar se utiliza para la recepción de visitas? <input type="checkbox"/> Comedor <input type="checkbox"/> Gimnasio <input type="checkbox"/> Sala multiuso <input type="checkbox"/> Módulos/celdas <input type="checkbox"/> Otro (¿Cuál?)	
¿El lugar está en un lugar cerrado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿El lugar está al aire libre? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿El piso está pavimentado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay sillas suficientes en el lugar para todos/as los/as internos/as y sus visitas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay mesas suficientes en el lugar para todos/as los/as internos/as y sus visitas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay juegos infantiles en el lugar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay calefacción en el lugar? <input type="checkbox"/> Sí Indique tipo de calefacción <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay signos de humedad en paredes u otras superficies? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay basura y/o papeles en el suelo del lugar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay agua estancada en el suelo del lugar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay cámara/s de televigilancia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Las cámaras/s de televigilancia cubren todo el sector o dejan puntos sin cobertura (puntos ciegos)? <input type="checkbox"/> Cubren todo el sector <input type="checkbox"/> Dejan espacios sin cobertura	

2. BAÑO DE MUJERES DEL SECTOR DE VISITAS: INFRAESTRUCTURA E HIGIENE		Observaciones (solo si es necesario)
¿Hay baño/s exclusivo/s para uso de las mujeres visitantes?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Indicar con qué población se comparte	
¿Cuántos baños hay disponibles?	Cantidad de baños <input type="text"/>	
Número de lavamanos lavatorios <input type="text"/>	Número de tazas turcas <input type="text"/>	Número de inodoros <input type="text"/>
¿Hay inodoro, urinario y/o taza turca funcionando y en buen estado?	<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Algunos <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> N/A	
¿El inodoro está tapado o estancado?	<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Algunos <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay puerta, cortina u otro que separe el inodoro/taza turca del resto del baño?	<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Algunos <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay lavatorio/lavamanos funcionando y en buen estado?	<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Algunos <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay papel higiénico en el baño?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay jabón en el baño?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay agua caliente en baño?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Están las paredes limpias?	<input type="checkbox"/> Todas <input type="checkbox"/> Algunas <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay signos de humedad en paredes u otras superficies (ej.: hongos y/o agua)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay basura y/o papeles en el suelo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay alcantarillas tapadas o desbordadas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay agua de alcantarillado en el lugar?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	

3. BAÑO DE HOMBRES DEL SECTOR DE VISITAS: INFRAESTRUCTURA E HIGIENE		Observaciones (solo si es necesario)
¿Hay baño/s exclusivo/s para uso de los hombres visitantes?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Indicar con qué población se comparte	
¿Cuántos baños hay disponibles?	Cantidad de baños <input type="text"/>	
Número de lavamanos lavatorios <input type="text"/>	Número de tazas turcas/urinarios <input type="text"/>	Número de inodoros <input type="text"/>
¿Hay inodoro, urinario y/o taza turca funcionando y en buen estado?	<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Algunos <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> N/A	
¿El inodoro está tapado o estancado?	<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Algunos <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay puerta, cortina u otro que separe el inodoro/taza turca del resto del baño?	<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Algunos <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay lavatorio/lavamanos funcionando y en buen estado?	<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Algunos <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay papel higiénico en el baño?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	

¿Hay jabón en el baño?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay agua caliente en baño?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	
¿Están las paredes limpias?	<input type="checkbox"/> Todas	<input type="checkbox"/> Algunas	<input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> N/A
¿Hay signos de humedad en paredes u otras superficies (ej.: hongos y/o agua)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay basura y/o papeles en el suelo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay alcantarillas tapadas o desbordadas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay agua de alcantarillado en el lugar?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	

4. PREVENCIÓN DE RIESGOS EN SECTOR DE VISITAS				Observaciones (solo si es necesario)
¿Hay extintores funcionando y no vencidos? ¿Cuántos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	
¿Están a una altura accesible para quien lo deba utilizar?	<input type="checkbox"/> Todos	<input type="checkbox"/> Algunos	<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> N/A
¿Hay señalética de ubicación de extintores?	<input type="checkbox"/> Todos	<input type="checkbox"/> Algunos	<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> N/A
¿Hay una red húmeda funcionando?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay señalética de ubicación de red húmeda?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay una red seca funcionando?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay señalética de ubicación de red seca?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay señaléticas de escape/evacuación en paredes?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	
¿El/los pasillos tienen un ancho que pueda pasar una silla de ruedas/camilla?	<input type="checkbox"/> Todos	<input type="checkbox"/> Algunos	<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> N/A

OBSERVACIONES:

PAUTA DE OBSERVACIÓN SECTOR DE VISITAS ÍNTIMAS

NOMBRE DE LA UNIDAD PENAL: NOMBRE DEL OBSERVADOR/A:	FECHA:
--	---------------

1. SECTOR DE VISITAS ÍNTIMAS			Observaciones (solo si es necesario)
Cantidad de habitaciones <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>		Cantidad de baños <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	
¿Hay un espacio de uso exclusivo para visitas íntimas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A		
SI EL SECTOR NO ES EXCLUSIVO: ¿Qué lugar se utiliza para visitas íntimas?			
¿El lugar cuenta con privacidad (puerta, alejado de lugares de tránsito)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A		

2. HABITACIÓN DE VISITAS ÍNTIMAS: INFRAESTRUCTURA E HIGIENE			Observaciones (solo si es necesario)
¿Las ventanas de la habitación tienen vidrios?	<input type="checkbox"/> Todas <input type="checkbox"/> Algunas <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> N/A		
¿Las ventanas de las celdas tienen cartones o plásticos en lugar de vidrios?	<input type="checkbox"/> Todas <input type="checkbox"/> Algunas <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> N/A		
¿Las ventanas tienen vidrios o marcos rotos?	<input type="checkbox"/> Todas <input type="checkbox"/> Algunas <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> N/A		
¿Hay iluminación natural?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A		
¿Hay iluminación artificial?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A		
¿Hay instalaciones eléctricas (enchufes, otros) funcionando?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A		
¿Hay enchufes artesanales, cables colgando u otras instalaciones eléctricas peligrosas en la celda?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A		
¿Hay circulación de aire fresco en la habitación?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A		
¿Hay signos de humedad en paredes u otras superficies (ej.: hongos y/o agua)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A		
¿Hay basura y/o papeles sucios dentro de la habitación?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A		
¿Hay insectos en la habitación?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A		
¿Hay desechos biológicos en la habitación (heces, orina, otros)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A		
¿Hay agua de alcantarilla en la habitación?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A		
¿Hay calefacción en la celda?	<input type="checkbox"/> Sí Indique tipo de calefacción <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A		

3. HABITACIÓN DE VISITAS ÍNTIMAS: CAMAS		Observaciones (solo si es necesario)
¿Cuál es el estado de las camas?	<input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Malo	
¿Hay colchones en cada cama?	<input type="checkbox"/> Todas <input type="checkbox"/> Algunas <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay colchones ignífugos en cada cama?	<input type="checkbox"/> Todas <input type="checkbox"/> Algunas <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay frazadas, mantas o cubrecamas para cada cama?	<input type="checkbox"/> Todas <input type="checkbox"/> Algunas <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay sábanas para cada cama?	<input type="checkbox"/> Todas <input type="checkbox"/> Algunas <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> N/A	

4. BAÑO DE SECTOR DE VISITAS ÍNTIMAS: INFRAESTRUCTURA E HIGIENE		Observaciones (solo si es necesario)
<input type="checkbox"/> Baño al interior de la habitación	Número de duchas <input type="text"/>	Número de inodoros <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Baño en el módulo/pasillo	Número de lavamanos lavatorios <input type="text"/>	Número de tazas turcas <input type="text"/>
¿El lugar cuenta con baño exclusivo para el sector?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Indicar con qué población se comparte	
¿Hay inodoro, urinario y/o taza turca funcionando y en buen estado?	<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Algunos <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> N/A	
¿El inodoro está tapado o estancado?	<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Algunos <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay puerta, cortina u otro que separe el inodoro/taza turca del resto del baño?	<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Algunos <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay ducha funcionando y en buen estado?	<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Algunos <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay puerta, cortina u otro que separe la ducha del resto del baño?	<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Algunos <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay lavatorio/lavamanos funcionando y en buen estado?	<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Algunos <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay papel higiénico en el baño?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay jabón en el baño?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay agua caliente en baño?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Están las paredes limpias?	<input type="checkbox"/> Todas <input type="checkbox"/> Algunas <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay signos de humedad en paredes u otras superficies (ej.: hongos y/o agua)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay basura y/o papeles en el suelo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay alcantarillas tapadas o desbordadas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay agua de alcantarillado en el lugar?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay barrera/s físicas entre baño y celda (reja, puerta, etc.)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	

5. PREVENCIÓN DE RIESGOS EN SECTOR VISITAS ÍNTIMAS		Observaciones (solo si es necesario)
¿Hay extintores funcionando y no vencidos? ¿Cuántos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Están a una altura accesible para quien lo deba utilizar?	<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Algunos <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay señalética de ubicación de extintores?	<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Algunos <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay una red húmeda funcionando?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay señalética de ubicación de red húmeda?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay una red seca funcionando?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay señalética de ubicación de red seca?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay señaléticas de escape/evacuación en paredes?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿El/los pasillos tienen un ancho que pueda pasar una silla de ruedas/camilla?	<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Algunos <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> N/A	

OBSERVACIONES:

3. TRABAJADORES/AS DE TALLERES LABORALES		Observaciones (solo si es necesario)
¿Los/las trabajadores/as utilizan zapatos de seguridad?	<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Algunos <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> N/A	
¿Los/las trabajadores/as utilizan lentes de seguridad?	<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Algunos <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> N/A	
¿Los/las trabajadores/as utilizan guantes de seguridad?	<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Algunos <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> N/A	

4. PREVENCIÓN DE RIESGOS EN SECTOR DE TALLERES LABORALES		Observaciones (solo si es necesario)
¿Hay extintores funcionando y no vencidos? ¿Cuántos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Están a una altura accesible para quien lo deba utilizar?	<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Algunos <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay extintores adecuados a los materiales del taller?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay señalética de ubicación de extintores?	<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Algunos <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay una red húmeda funcionando?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay señalética de ubicación de red húmeda?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay una red seca funcionando?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay señalética de ubicación de red seca?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay señaléticas de escape/evacuación en paredes?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿El/los pasillos tienen un ancho que pueda pasar una silla de ruedas/camilla?	<input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Algunos <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> N/A	

OBSERVACIONES: