Ministerio de
SALUD.
GOBIERNO DE ENTRE RÍOS

COORDINACION DE PREVENCION DE ENFERMEDADES CRONICAS NO TRANSMISIBLES
Programa Entre Ríos Libre de Humo de Tabaco

METODOLOGIA PARA LA CERTIFICACIÓN DE EMPRESAS E INSTITUCIONES LIBRES DE HUMO DE TABACO

Protocolo de Entrevista y Observación Presencial

REGISTRO NACIONAL DE EMPRESAS E INSTITUCIONES LIBRES DE HUMO DE TABACO

Razón Social:……
Empresa o Institución: ……
Sede (Dirección):……
Cantidad de empleados:……
Cantidad de sedes:……
Cantidad de visitantes:……
Localidad:……
Provincia:……
Teléfono……
Email:……
Sector (Privado- Publico Nacional, Provincial, Municipal)……
Rubro:……
Fecha……

ENTREVISTA A LA AUTORIDAD O REFERENTE DE LA ENTIDAD

¿La norma Entidad Libre de Humo: se aplica para gerentes, visitantes, proveedores, clientes y toda persona que ingresa a la entidad trabaje o no allí? SI NO

¿Se vende tabaco dentro de la entidad (en bares, cafeterías o kioscos)? SI NO

¿Se fuma en los vehículos de la entidad? SI NO

¿Se permite fumar en los eventos que organiza la entidad? SI NO

¿La entidad tiene una norma escrita sobre la prohibición de fumar (en caso afirmativo, solicitar copia)? SI NO

En caso de incumplimiento, ¿dicha norma reglamenta sanciones? SI NO

El nivel de cumplimiento de la norma es: Alto [A] Medio [B] Bajo [C]

Si el nivel del cumplimiento, es medio o bajo, indicar que la entidad no puede certificar (ofrecer asesoramiento y revisita en caso de modificación de la situación)

¿Hay algún precedente de sanciones en su Empresa o Institución, por no cumplir con esa norma? SI NO No Sabe

Si la respuesta es sí, especifique cuantos y de qué tipo

¿Hay personas responsables de hacer cumplir la norma a los empleados? SI NO
Si la respuesta es sí, especifique quien o quienes cumplen dicha función

¿Hay personas responsables de hacer cumplir la norma a los visitantes? SI NO
Si la respuesta es sí, especifique quien o quienes cumplen dicha función

¿Existe una norma que regule permisos a los empleados para salir a fumar? SI NO No Sabe

¿Tienen programas de ayuda para los empleados fumadores? SI NO No Sabe
Si la respuesta es sí, especifique que tipo de programa,

Si la respuesta anterior fue sí; ¿la entidad brinda gratuitamente dicho SI NO No Sabe

programa profesional de apoyo a los fumadores?
……

¿La Empresa cubre medicación para dejar de fumar (total o parcialmente)? SI NO No Sabe
Si la respuesta es si, especifique que porcentaje de cobertura cubre la empresa.
……

¿La obra social de los empleados, cubre medicación para dejar de fumar (total o parcialmente)?. SI NO No Sabe
Si la respuesta es sí, especifique que porcentaje de cobertura tiene la Obra Social …….

SI NO CUMPLE CON LOS REQUISITOS ¿está interesado en recibir información de cursos o materiales informativos?: SI NO No Sabe

En caso de cumplir con los requisitos ¿autorizan a que el Ministerio liste su empresa en su página de Internet o en otros medios de comunicación, como una entidad libre de huno de tabaco? SI NO

OBSERVACIÓN DE LAS INSTALACIONES

¿Se observa señalización de ambientes libre de humo o de prohibición de fumar en la entrada y en las áreas por las que circulan los visitantes? SI NO
……
¿Se ven personas fumando en alguna parte del edificio, en espacios cubiertos (incluyendo baños, oficina, pasillos, huecos de escaleras)? SI NO
……
¿Existen espacios no cubiertos donde se permite fumar y/o se ven personas fumando en esos espacios, (patios, balcones, perímetro)?.Si la respuesta es sí especifique: SI NO

- ¿En que área/s?.....
- ¿Estima que afecta la ventilación del edificio?.....
- Si es un patio interior, ¿cuántos m2 de superficie aproximada tiene?.....

¿Hay olor a tabaco en algún ambiente interior (incluyendo pasillos y baños)? SI NO
Si la respuesta es sí, especifique donde……..
……
¿Se ven ceniceros en los espacios donde no se debe fumar? SI NO
……
¿Se observan colillas o cenizas de cigarrillos en algún lugar cubierto incluyendo escaleras y baños?. SI NO
Si la respuesta es sí, especifique donde…….
……
En bares o kioscos: Se observa venta de cigarrillos? SI NO
……

Si las observaciones precedentes no concuerdan con los requisitos de la certificación indicar que la empresa o institución no puede certificar (ofrecer asesoramiento y revisita en caso de modificación de la situación).
……
Otras observaciones:
……..
……..
……..
……...

Nombre y firma del Inspector:

Nombre y Firma de la autoridad o referente de la empresa: