

Solicitud para Recibir un Contenedor

Por favor, llene esta solicitud para pedir un contenedor lleno de insumos y equipos médicos de MedShare. Enviela a info@medshare.org o fax +1 770-323-4301. Las preguntas marcadas con * son obligatorias.

COMPLETAR ESTA SOLICITUD

- *Fecha: _____
- *¿Cual es su nombre y apellido? _____
- *¿Cual es su correo electrónico? _____
- ¿A qué organización representa usted? _____

ENVIAR EL CONTEINER

CONSIGNATARIO

El consignatario es la organización que aparece en los documentos oficiales del envío como recipiente del contenedor. En algunos casos el Consignatario es la institución médica que usará los insumos médicos donados. En otros casos es una organización benéfica que recibirá el contenedor y dará los insumos médicos donados a una institución médica local.

- *Nombre de la organización: _____
- *Dirección EXACTAMENTE COMO DEBE APARECER EN LOS DOCUMENTOS OFICIALES DEL ENVÍO. (Calle, ciudad, estado/provincia, código postal, etc. NO CAJA POSTAL.)

_____ *Ciudad _____
- *País: _____
- *¿Cuál es el estatus legal de esta organización?
 - Gubernamental
 - Organización benéfica
 - ONG/sin fines de lucro (no es una organización benéfica)
 - Otros _____
- *¿Es esta organización la misma institución médica que usará los insumos donados?
 - Si
 - No
- Comentarios: _____

PERSONA DE CONTACTO

Es la persona que recibirá por correo los documentos oficiales del envío para retirar el contenedor del puerto.

- *Nombre: _____
- Organización: _____
- *Correo Electrónico: _____
- *Teléfono laboral: _____
- Teléfono móvil: _____
- Fax: _____
- *Dirección: _____
_____ *Ciudad _____
- *País: _____
- Comentarios: _____

- *¿A qué puerto desea que el contenedor sea enviado?
_____ Ojo: MedShare envía el contenedor al puerto oceánico más cercano al consignatario. El consignatario es responsable por el transporte del contenedor desde el puerto hasta el centro médico donde los insumos serán usados.
- *MedShare requiere que antes de que el contenedor sea enviado, el consignatario obtenga de la agencia gubernamental apropiada un **permiso escrito para la importación libre de impuestos**. ¿Ya tiene el permiso?
 - Si. Enviaré a MedShare la carta de permiso. (apaniagua@medshare.org o fax +1 770-323-4301)
 - No todavía, pero estoy haciendo los trámites. Una vez que la reciba, enviare la carta a MedShare.
- Comentarios: _____

- ¿Qué leyes tiene su país sobre la importación de insumos y equipos médicos donados?
 - No se puede importar productos que expiran dentro de ___ meses
 - No se puede importar equipos "invasivos" que entran al cuerpo
 - No se puede importar equipos renovados
 - Todos los equipos necesitan traer manuales
 - Todos los productos necesitan ser inspeccionados antes de ser enviados
 - El consignatario necesita obtener una aprobación de importación libre de impuesto antes del envío
 - Otros _____

Solicitud para Recibir un Container

LA INSTITUCIÓN MÉDICA

Por favor describe el(los) hospital(es) que usarán los insumos y equipos médicos donados.

- | | | |
|--|----------------------------|--------------------------|
| • *Nombre de la institución médica: _____ | | |
| • *Dirección: _____ | • *Ciudad: _____ | • *País: _____ |
| • *Teléfono: _____ | • Fax: _____ | • Página Web: _____ |
| • *Persona de contacto en la institución médica: _____ | | • *Título: _____ |
| • *Correo Electrónico: _____ | • *Teléfono laboral: _____ | • *Teléfono móvil: _____ |
- *¿Cuál es el estatus legal de esta institución?

<input type="checkbox"/> Privado, con fines de lucro	<input type="checkbox"/> Público/gubernamental	<input type="checkbox"/> Otro _____
--	--	-------------------------------------
 - ¿Cuántas hospitales/clínicas usaran los productos de este envío? ____

<input type="checkbox"/> Nombre: _____ Cantidad de Camas: ____	<input type="checkbox"/> Nombre: _____ Cantidad de Camas: ____
<input type="checkbox"/> Nombre: _____ Cantidad de camas: ____	<input type="checkbox"/> Nombre: _____ Cantidad de Camas: ____
 - ¿En qué zona está ubicado esta institución?

<input type="checkbox"/> Urbano	<input type="checkbox"/> Rural
---------------------------------	--------------------------------
 - *¿Cómo se financia esta institución médica?

<input type="checkbox"/> Cobros por servicio	<input type="checkbox"/> Gobierno
<input type="checkbox"/> Donaciones	<input type="checkbox"/> Otro: _____
 - ¿Cuál es el presupuesto anual? _____ • ¿En qué moneda? _____
 - ¿Cuántos pacientes se atienden en total? ____ mensualmente ____ anualmente
 - *¿Cuales son los problemas de salud más frecuentes en su zona? _____
 - *¿Qué problemas mayores enfrenta esta institución? _____
-
- *¿Como se beneficiarían los pacientes con los insumos y equipos médicos que MedShare enviaría? _____
-
- | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|--|---|---|-----------------------------|-----------------------------|---|------------------------------------|---------------------------------|---|--|------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|--|---|---|---------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|---|-------------------------------------|--|---|--|---|--|-----------------------------|-----------------------------|--|------------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|---|-----------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> • *¿Qué voltaje eléctrico usa? <table style="width: 100%; margin-left: 20px;"> <tr><td><input type="checkbox"/> 110 volts, 50 Hz</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 110 volts,60 Hz</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 220 volts, 50 Hz</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 220 volts, 60 Hz</td></tr> </table> • *¿Hay un sistema de agua a tubos? <table style="width: 100%; margin-left: 20px;"> <tr><td><input type="checkbox"/> Si</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> No</td></tr> </table> • ¿*Qué servicios médicos brinda este instituto? <table style="width: 100%; margin-left: 20px;"> <tr><td><input type="checkbox"/> Cuidado primario</td><td><input type="checkbox"/> Pediatría</td><td><input type="checkbox"/> Dental</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Planificación familiar</td><td><input type="checkbox"/> Cuidado Intensivo</td><td><input type="checkbox"/> Nutrición</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Cirugía</td><td><input type="checkbox"/> Ortopedia</td><td><input type="checkbox"/> Cuidado de la vista</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Medicina general</td><td><input type="checkbox"/> Rayo X/estudios por imágenes</td><td><input type="checkbox"/> Salud mental</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Emergencia</td><td><input type="checkbox"/> Laboratorio</td><td><input type="checkbox"/> Otros: _____</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Obstétrica/ginecología</td><td><input type="checkbox"/> Endoscopia</td><td></td></tr> </table> | <input type="checkbox"/> 110 volts, 50 Hz | <input type="checkbox"/> 110 volts,60 Hz | <input type="checkbox"/> 220 volts, 50 Hz | <input type="checkbox"/> 220 volts, 60 Hz | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Cuidado primario | <input type="checkbox"/> Pediatría | <input type="checkbox"/> Dental | <input type="checkbox"/> Planificación familiar | <input type="checkbox"/> Cuidado Intensivo | <input type="checkbox"/> Nutrición | <input type="checkbox"/> Cirugía | <input type="checkbox"/> Ortopedia | <input type="checkbox"/> Cuidado de la vista | <input type="checkbox"/> Medicina general | <input type="checkbox"/> Rayo X/estudios por imágenes | <input type="checkbox"/> Salud mental | <input type="checkbox"/> Emergencia | <input type="checkbox"/> Laboratorio | <input type="checkbox"/> Otros: _____ | <input type="checkbox"/> Obstétrica/ginecología | <input type="checkbox"/> Endoscopia | | <ul style="list-style-type: none"> • *¿Cómo se provee el Oxígeno? <table style="width: 100%; margin-left: 20px;"> <tr><td><input type="checkbox"/> Oxígeno central</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Oxígeno en botella</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> No hay oxígeno disponible</td></tr> </table> • *¿Hay estabilidad de corriente eléctrica? <table style="width: 100%; margin-left: 20px;"> <tr><td><input type="checkbox"/> Si</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> No</td></tr> </table> | <input type="checkbox"/> Oxígeno central | <input type="checkbox"/> Oxígeno en botella | <input type="checkbox"/> No hay oxígeno disponible | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | <ul style="list-style-type: none"> • *¿Qué método usan para esterilizar? <table style="width: 100%; margin-left: 20px;"> <tr><td><input type="checkbox"/> Autoclave</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Gas</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Otro: _____</td></tr> </table> • *¿Hay acceso a internet? <table style="width: 100%; margin-left: 20px;"> <tr><td><input type="checkbox"/> Si. Velocidad de la conexión: ____</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> No</td></tr> </table> | <input type="checkbox"/> Autoclave | <input type="checkbox"/> Gas | <input type="checkbox"/> Otro: _____ | <input type="checkbox"/> Si. Velocidad de la conexión: ____ | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> 110 volts, 50 Hz | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 110 volts,60 Hz | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 220 volts, 50 Hz | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 220 volts, 60 Hz | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Si | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> No | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Cuidado primario | <input type="checkbox"/> Pediatría | <input type="checkbox"/> Dental | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Planificación familiar | <input type="checkbox"/> Cuidado Intensivo | <input type="checkbox"/> Nutrición | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Cirugía | <input type="checkbox"/> Ortopedia | <input type="checkbox"/> Cuidado de la vista | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Medicina general | <input type="checkbox"/> Rayo X/estudios por imágenes | <input type="checkbox"/> Salud mental | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Emergencia | <input type="checkbox"/> Laboratorio | <input type="checkbox"/> Otros: _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Obstétrica/ginecología | <input type="checkbox"/> Endoscopia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Oxígeno central | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Oxígeno en botella | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> No hay oxígeno disponible | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Si | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> No | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Autoclave | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Gas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Si. Velocidad de la conexión: ____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> No | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
- Por favor, indique la cantidad del personal que trabaja en esta institución:

_____ Médicos	_____ Técnicos Biomédicos	_____ Cirujanos
_____ Enfermeras	_____ Trabajadores comunitarias	_____ Anestesiólogos
_____ Parteras	_____ Técnicos del laboratorio	_____ Otros: _____
_____ Dentistas	_____ Nutricionistas	

Solicitud para Recibir un Container

- Por favor, identifique cual de las siguientes dos opciones el instituto médico prefiere para hacer la selección de insumos que se incluirán en el contenedor:

Un médico, enfermero, u otro profesional con estudios médicos seleccionará los insumos de la página web del inventario de MedShare, utilizando una clave personal que MedShare le envía. (**Ojo: esta persona necesita saber inglés, tener buenas habilidades con internet u una buena conexión de internet, y tener varios días disponibles para dedicarse.*) Nombre de la persona que hará la selección por internet: _____

Email: _____ Teléfono: _____

El hospital dará a MedShare una lista de los insumos que necesitan y la enfermera de MedShare hará la selección para ellos del inventario de insumos de MedShare, y enviará al hospital la lista completa de los materiales seleccionados para que el hospital revise y apruebe. (**Ojo: esta es la mejor opción para los hospitales que tienen un acceso limitado a internet.*)

Por favor, escribir la lista de insumos que necesita el instituto médico aquí: _____

(Si es necesario se puede escribir mas en un papel adicional y agregar a este formulario. Por favor notar que MedShare probablemente no tendrá todos los insumos que el hospital solicita.)

- ¿Qué equipos biomédicos desea recibir para esta institución médica? (*Ojo: todos los equipos que recibe MedShare son donaciones. Aun que haremos nuestro mejor esfuerzo para enviar lo que se solicita, es posible que no tendremos todos los equipos en reserva.*)

Maquina de anestesia
 Autoclave/Esterilizador-
 tablero y mole
 Sierra molde
 Centrifugador
 Colposcopia
 Computadoras (ordenador
 de mesa- Pentium III o más
 rápida)
 Monitor de computadora
 (sólo pantalla plana)
 Desfibrilador/Monitores
 Dermatomo
 Ecografía diagnóstica con
 sonda
 ECG (doble)
 Unidad Electroquirúrgica
 Equipo Endoscopia
 Lámpara de exanimación
 Doppler Fetal
 Monitor Fetal
 Contador de Glucosa
 (portable) con lancetas y
 papelitos
 Humidificador
 Hyfrecator
 Calentador de Bebé
 Incubadora de Bebé
 Laringoscopios
 Refrigerador Médico

Microscopio- Quirúrgico y
 Laboratorio
 Monitor- Cardiaco y NIBP
 Nebulizador
 Estimulador de Nervios
 Oftalmoscopio
 Equipo de Oftalmología
 (Lámpara Hendidura, etc.)
 Luces del quirófano -
 Portátil y Instalado en el
 Techo
 Otoscopio
 Concentrador de oxígeno
 Calentadores de pacientes
 Sistema de Rayos-X Portátil
 (incluyendo mamografía
 portátil)
 Oxímetro de Pulso
 Esfigmomanómetro
 Estetoscopio
 Bomba Aspirante
 Faro Quirúrgico
 Bomba de Jeringa
 Mesa- Examen, Sala de
 Operaciones, Quirúrgico y
 de Parto
 Termómetro (sólo digital)
 Unidad de tracción
 Ultrasonido (ecografía)
 Vaporizador
 Ventilador

Monitor de signos vitales (se
 necesitan módulos)
 Balanza- adultos, pediátrico
 Rayos-X procesadores/
 Desarrolladores
 Cajas para ver Rayos-X
 (montado en la pared)

Equipo de Laboratorio y Analizadores

Espectrofotómetro
 Calentador a baño María
 Incubadora laboratorio
 Cubilete
 Lavadora de Laboratorio
 Secadora de Laboratorio
 Escala digital de precisión de
 laboratorio
 Analizadores de Coagulación
 Cámaras Humidificadoras
 Analizadores gas de sangre
 Analizadores Químicas
 Hematocrito
 Microscopios (binoculares) 6
 Centrifugador

Muebles Hospitalarios:

Camas
 Mesas de Exanimación
 camillas
 Sillas de ruedas
 Otros: _____

- Si su voltaje no es 110V/60 Hz, posiblemente usted necesitara transformadores para operar los equipos que recibe. Si desea, MedShare puede comprar los transformadores para usted por un costo adicional.



Solicitud para Recibir un Container

FONDOS

MedShare es una organización sin fines de lucro y todos los insumos y equipos médicos que enviamos son donaciones. Sin embargo sí requerimos fondos para cubrir el costo de operar MedShare y el costo de enviar cada container. La cantidad de fondos que pedimos en la mayoría de los caso es \$16,000 mas el costo actual del envío. ¡El contenido de un container típico de MedShare tiene el valor de \$150,000-\$200,000!

Por favor, identifique el proveedor de fondos para este container:

• ¿Los fondos son propios (de la institución médica)? Si No

• *Organización: _____

• *Dirección: _____ • *Ciudad: _____ • *País: _____

• *Teléfono: _____ • Fax: _____ • Pagina Web: _____

• *Persona de Contacto: _____ • Titulo: _____

• *Correo Electrónico: _____ • *Teléfono laboral: _____ • Teléfono móvil: _____

• Comentarios: _____

ACUERDO PARA RECIBIR EL CONTEINER

Por favor, firme este acuerdo y envíelo a info@medshare.org o fax +1 770-323-4301.

Yo, _____ garantizo que los insumos que recibo como donaciones de MedShare International, Inc. (Persona de Contacto Para el Consignatario)

serán entregados a _____ para el beneficio de los pacientes necesitados. Entiendo que estos (Institución Médica)

insumos son donaciones, no tienen ningún valor comercial, y entonces no los venderé o cambiaré. Además, he leído y estoy de acuerdo con las estipulaciones de recibir insumos donados de MedShare indicados abajo.

Firma de la persona de contacto para el Consignatario

Fecha

Los suministros médicos, equipos, materiales y otros artículos ("materiales") disponibles por MedShare Internacional ("MedShare") son artículos que iban a estar desechados o dispuestos de otra manera por los hospitales o centros de salud en los Estados Unidos. Estos materiales están disponibles estrictamente "como están" para uso humanitario para ayudar a la gente que no tienen recursos para encontrar los materiales de otra manera. La organización receptora de estos suministros reconoce que MedShare y el donador de este material no presentan ninguna garantía, expresa o implícita, de las condiciones del material, y reconoce que MedShare y el donador de este material no presentan ninguna garantía, expresa o implícita, que el material es adecuado, libre de defectos, estéril, puro, operativo, o indicado para cualquier propósito. La organización receptora del suministro acepta el material "como esta," y reconoce que la inspección por cualquier defecto y el uso seguro del material es únicamente la responsabilidad de la organización receptora. Cada organización receptora, facilidad receptora y gerente responsable por dichas entidades asume la responsabilidad completa por una determinación independiente de las condiciones apropiadas de dicho material (o cualquiera de sus partes) antes de usarlos, y por desechar cualquier material que no sea apropiado para usar. Bajo ninguna circunstancia, MedShare, el fabricante o el distribuidor de estos materiales, cualquier hospital de los Estados Unidos ni un centro de salud que alguna vez fue dueño o usó los equipos donados, ser responsable a la organización receptora, o a cualquier persona por cualquier daño o pérdida, ya sea directa, especial, indirecta, accidental o consecuente como resultado del uso de los materiales o por el material. Hasta mayor grado permitido por la ley, la organización receptora acepta completamente y asume todos los riesgos y toda la responsabilidad de pérdidas, costos, y daños que la compañía receptora, sus agentes, representantes, miembros, directores, oficiales, empleados, contratados, pacientes, y transferidos ("usuarios") puedan incurrir como resultado de los materiales o su uso, incluyendo sin límites a daños corporales, enfermedad, pérdida de propiedades y muerte.

MedShare y la organización receptora reconocen que este acuerdo liberará a MedShare y al donador del material de toda responsabilidad por daños corporales personales y/o de cualquier otro tipo de daño provocado por el uso del material. La organización receptora reconoce que las consideraciones para esta liberación e indemnificación es la donación de los mismos materiales. Al hacer una solicitud del recibo de tal material y al aceptar tales materiales, la organización receptora, al máximo grado permitido por ley, completamente libera, absuelve y por siempre libera de cargos a MedShare, el donante de los materiales, y cada uno de los subsidiarios del pasado y presente, afiliados, oficiales, directores, sirvientes, empleados, administradores y representantes de MedShare y del donador ("personas e identidades liberadas") de cualquier y todas las pérdidas, daños, reclamos, causas de acción, demandas, deudas, responsabilidades, obligaciones, costos, gastos de cualquier tipo, carácter o naturaleza, conocida o desconocida, fijado o contingente, que pueda presentarse o ser relacionado o asociado de cualquier manera con los materiales o su uso, incluyendo pero no limitado a cualquier lesión, enfermedad, daño material, muerte, o pérdida de cualquier naturaleza sufrida o sostenida con respecto al uso o la posesión de los materiales. Al máximo grado permitido por la ley, la organización receptora también acuerda indemnizar y mantener a las personas liberadas y entidades libre de riesgos por cualquier pérdida, daños, demandas, causas de la acción, deudas, embargos preventivos, obligaciones, responsabilidades, costos y gastos (honorarios incluyendo de los abogados) de cualquier clase, carácter, o naturaleza, conocido o desconocido, fijo o contingente, la cual pueda estar incurrido de o relacionado con el uso o la posesión de los materiales, a pesar de la naturaleza o el grado de lesión, de la enfermedad, del daño material, de la muerte, o de la pérdida, y sin importar si resulta de la negligencia de los usuarios o de las Personas y Entidades liberadas.