



Diagnóstico Infraestructura Penitenciaria SPF – Estándares PPN

Instrumento de relevamiento de **SECTORES PARA RECREACIÓN**

(Completar uno por cada espacio que de recreación que hubiera y complementar con Anexo nro. 1)

Fecha:	
Hora de ingreso:	
Hora de salida:	
Unidad: UR/Módulo:	
Nombre de observador/asesor:	
Cantidad de alojados en la UR/Módulo:	
Cantidad de espacios destinados a recreación cubiertos:	
Cantidad de espacios destinados a recreación al aire libre:	
Dimensiones en m ² (lado x lado) sector cubierto:	
Dimensiones en m ² (lado x lado) sector aire libre:	
Actividades que se realizan:	
Frecuencia:	
Acceso para movilidad reducida: (rampas, barandas, acceso sillas de ruedas, baños discapacitados)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Algunos <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>

1. ESTRUCTURA

¿El sector es al aire libre?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
¿El piso está pavimentado?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
¿Hay equipamiento como arcos de fútbol, basquetbol u otros elementos para realizar deportes?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
¿Hay un área de descanso? (con mesas, sillas, bancos)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
¿Hay techo que permita evitar condiciones climáticas como lluvia o sol fuerte?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>



Diagnóstico Infraestructura Penitenciaria SPF – Estándares PPN

2. SANITARIOS

¿Hay sanitario exclusivo para el sector?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
Si no hay ¿Qué sanitario se usa?		
Cantidad de inodoros:		
¿Cuántos funcionan?		
¿Los inodoros tienen tapa?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Algunos <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
¿Tienen tabiques y puertas que resguarden la intimidad?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Algunos <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
Cantidad de mingitorios:		
¿Cuántos funcionan?		
Cantidad de letrinas:		
¿Cuántas funcionan?		
¿Hay papel higiénico?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
Cantidad de lavatorios:		
¿Cuántos funcionan?		
¿Hay acceso al agua?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
¿Hay agua caliente?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
¿Hay jabón u otro elemento para higienizarse?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
¿Hay espejo?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
¿Hay iluminación artificial?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
¿Las instalaciones eléctricas son seguras? (sin cableado aéreo, sin instalación clandestina, con tomacorriente, interruptor y portalámpara)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Algunas <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
¿Hay tacho de basura?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>



Diagnóstico Infraestructura Penitenciaria SPF – Estándares PPN

¿Hay basura en el suelo?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
¿Hay desechos biológicos? (heces, orina, lixiviado otros)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
¿Se percibe mal olor?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
¿Hay insectos/ratas u otros vectores? (observables)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
¿Hay agua estancada en el suelo?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
¿Hay azulejos rotos?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Algunos <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
¿Las paredes están en buen estado general? (sin revoque desprendido, filtraciones, escritura, machas)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
¿Hay signos de humedad en paredes u otras superficies? (hongos y/o agua)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>

OBSERVACIONES/NOTAS DE CAMPO:

.....

.....

.....

.....