

**ZELARIA
CELADOR**

**ENPLEGU PUBLIKORAKO ESKAINTZA
OFERTA PÚBLICA DE EMPLEO**

ZELARIA CELADOR

ENPLEGU PUBLIKORAKO ESKAINTZA OFERTA PÚBLICA DE EMPLEO

epe'08 ENPLEGU PUBLIKORAKO ESKAINTZA
OFERTA PÚBLICA DE EMPLEO



Primera edición: diciembre 2008
© Osakidetza. Administración de la Comunidad Autónoma Vasca
Internet: www.osakidetza.euskadi.net
Maquetación e impresión: Editorial MAD, S.L.
PVP: 4,49 euros IVA incluido
DL: SE-7387-2008
ISBN: 978-84-89342-92-7

Lehen argitalpena : 2008ko abendua
© Osakidetza. Euskal Autonomia Erkidegoko Administrazioa
Internet: www.osakidetza.euskadi.net
Maquetazioa eta inprimaketa: Editorial MAD, S.L.
PSP: 4,49 euro, BEZ barne
LG: SE-7387-2008
ISBN: 978-84-89342-92-7

No está permitida la reproducción total o parcial de este libro, ni su transmisión por ningún procedimiento informático o electrónico, incluida la fotocopia, grabación magnética o cualquier almacenamiento de información y sistema de reproducción, sin permiso previo por escrito de los titulares del Copyright o los derechos.

1. ¿En qué artículo de la Constitución Española se reconoce el derecho a la protección de la salud?

- a. En el 9.
- b. En el 18.
- c. En el 43.
- d. En el 44.

2. Corresponde al País Vasco el desarrollo legislativo y la ejecución de la legislación básica del Estado en materia de:

- a. Sanidad interior.
- b. Sanidad exterior.
- c. Sanidad interior y exterior.
- d. Sanidad interior y productos farmacéuticos.

3. ¿Corresponde al País Vasco alguna competencia en relación a los productos farmacéuticos?

- a. No.
- b. Sí, la legislativa.
- c. Sí, la de desarrollo legislativo y ejecución de la legislación básica del Estado.
- d. Sí, la de ejecución de la legislación del Estado.

4. De acuerdo con el artículo 9.1 de la Ley Orgánica 3/1979, los derechos y deberes fundamentales de los ciudadanos del País Vasco son los establecidos en:

- a. El Título I de la propia Ley Orgánica 3/1979.
- b. El Título II de la propia Ley Orgánica 3/1979.
- c. La Constitución Europea.
- d. La Constitución Española.

5. ¿En el marco de qué Consejo, según la Ley 3/2005, de 18 de febrero, se garantizará la necesaria coordinación entre las administraciones que lo integran al objeto de impulsar la creación de centros y servicios para la atención de los niños, niñas y adolescentes con discapacidad?

- a. En el del Consejo Vasco de Atención y Protección a la Infancia y la Adolescencia.
- b. En el del Consejo Vasco de Bienestar Social.
- c. En el del Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria.
- d. En el del Consejo Vasco de Cooperación para el Desarrollo.

6. Es falso que, conforme a la Ley 3/2005, de 18 de febrero, los niños, niñas y adolescentes, cuando sean hospitalizados en centros sanitarios tendrán derecho a:

- a. Recibir información sobre el conjunto del tratamiento médico al que se les somete y las perspectivas positivas que éste ofrece.
- b. Ser atendidos, tanto en la recepción como en el seguimiento, de manera individual y, en lo posible, siempre por el mismo equipo de profesionales.
- c. Estar acompañados, el máximo tiempo posible durante su permanencia en el hospital, de sus padres y madres o de la persona que los sustituya, quienes asistirán en todo caso como espectadores pasivos.
- d. A contactar con sus padres y madres, o con las personas que los sustituya, en momentos de tensión.

7. La Ley 3/2005, de 18 de febrero, es:

- a. Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- b. De Atención y Protección a la Infancia y la Adolescencia.
- c. La General de Sanidad.
- d. Aquélla por la que se aprueba la Carta de Derechos y Obligaciones de los Pacientes y Usuarios del Servicio Vasco de Salud/Osakidetza.

8. La Ley de Ordenación Sanitaria de Euskadi es:

- a. La Ley 3/2005, de 18 de febrero.
- b. La Ley 2/2004, de 25 de febrero.
- c. La Ley 41/2002, de 14 de noviembre.
- d. La Ley 8/1997, de 26 de junio.

9. Es falso que el sistema sanitario de Euskadi:

- a. Se creó para llevar a cabo una adecuada organización y ordenación de las actuaciones que competen a la Administración sanitaria vasca.
- b. Esté informado por los principios de universalidad, solidaridad, equidad, calidad de los servicios y participación ciudadana.
- c. Tenga como objetivo último el mantenimiento, la recuperación y mejora del nivel de salud de la población.
- d. Esté configurado con un carácter integral por todos los recursos sanitarios públicos y privados de la Comunidad Autónoma de Euskadi.

10. Es falso que la composición de los consejos de participación comunitaria para el ámbito de toda la Comunidad Autónoma Vasca y para el ámbito de cada área de salud deberá incorporar a representantes de:

- a. Las asociaciones de consumidores y usuarios.
- b. Los colegios profesionales sanitarios.
- c. La Administración estatal.
- d. Los sindicatos y organizaciones empresariales.

11. En relación con el ente público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, es falso que:

- a. Las plantillas de personal serán aprobadas por su consejo de administración.
- b. En casos extraordinarios de alta especialización, podrán vincularse profesionales en régimen de contratación laboral permanente a las organizaciones de servicios sanitarios dependientes del ente.
- c. Las necesidades de efectivos que respondan a la realización de tareas de duración determinada podrán dar lugar, siempre que exista dotación económica suficiente, a una relación de empleo estatutaria de carácter eventual.
- d. Cada organización del ente establecerá la planificación interna y determinación de sus necesidades de recursos humanos a través de sus planes estratégicos y de gestión.

12. De acuerdo con el artículo 28 de la Ley de Ordenación Sanitaria de Euskadi, la creación, modificación o supresión de grupos y categorías se realizará por:

- a. Ley de las Cortes Generales.
- b. Ley del Parlamento Vasco.
- c. Decreto del Gobierno Vasco.
- d. Orden.

13. Conforme a la Ley 8/1997, de 26 de junio, se consideran como el instrumento de clasificación orientado a la organización, promoción y desarrollo integral del personal:

- a. Las plantillas.
- b. Los puestos funcionales.
- c. Los grupos profesionales.
- d. Las categorías.

14. Es falso que, entre los derechos, obligaciones y garantías que constituyen la relación de empleo estatutaria del empleado público en el régimen que establece la Ley Ordenación Sanitaria de Euskadi, esté:

- a. El derecho al Régimen General de Seguridad Social.
- b. La posibilidad de la prolongación de la permanencia voluntaria en la situación de servicio activo hasta, como máximo, los 67 años.
- c. La obligación a la cooperación en la mejora de los servicios.
- d. La obligación al ejercicio de las funciones de conformidad con las reglas de la buena fe y diligencia, profesionalidad e imparcialidad.

15. Osakidetza es:

- a. Un Ente Privado.
- b. Un Organismo Autónomo.
- c. El Departamento de Sanidad de la Comunidad Autónoma de Euskadi.
- d. Un Ente Público de Derecho Privado.

16. Es falso que corresponda al Consejo de Administración del Ente Público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud la función de:

- a. Nombrar y separar al Director General.
- b. Aprobar la propuesta de Presupuestos, Estados Financieros Previsionales y Memoria anual de actividades del Ente Público.
- c. Elaborar el Plan Estratégico del Ente Público.
- d. Nombrar y separar, a propuesta del Director General, a los Directores de División de la organización central del Ente Público.

17. Es falso que el Ente Público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, en desarrollo de su objeto, perseguirá a través de todas sus organizaciones, entre sus fines de interés general, el de:

- a. Ejecutar la provisión del servicio público sanitario en la Comunidad Autónoma de Euskadi.
- b. Ejecutar la provisión de la asistencia sociosanitaria en la Comunidad Autónoma de Euskadi
- c. Promover la formación y actualización de los conocimientos especializados que requiere su personal sanitario y no sanitario.
- d. Proporcionar a las personas que accedan a sus servicios las condiciones necesarias para el pleno ejercicio de sus derechos y deberes de carácter instrumental o complementario.

18. Es falso, en relación con el Ente Público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, que:

- a. Disponga de personalidad jurídica pública diferenciada.
- b. Disponga de plena capacidad de obrar para el cumplimiento de su objeto y fines.
- c. Se sujetará a la tutela que determine el ordenamiento jurídico en función de su adscripción al Departamento de Salud en la Administración de la Comunidad Autónoma de Euskadi.
- d. El Gobierno Vasco, mediante Decreto, podrá crear organizaciones de servicios del Ente dotadas de personalidad jurídica propia.

19. Es falso, en relación con el Ente Público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, que:

- a. Corresponderá su presidencia al Consejero de Sanidad.
- b. El Consejo de Administración es el órgano rector colegiado del mismo encargado principalmente de dirigir y controlar sus actuaciones.
- c. La composición del Consejo de Administración contará, además del Presidente del Ente Público, con cinco miembros en representación de la Administración de la Comunidad Autónoma.
- d. El Consejo de Administración nombrará de entre sus miembros un Secretario.

20. ¿En cuántos ámbitos territoriales se desglosa la Relación de Organizaciones de Servicios del Ente Público “Osakidetza-Servicio Vasco de Salud”?

- a. Veintiocho.
- b. Treinta.
- c. Cuatro.
- d. Cinco.

21. ¿Cuál de las siguientes asociaciones es falsa?

- a. Hospital Txagorritxu: ámbito territorial del Área de Salud de Araba.
- b. Hospital Santiago: ámbito territorial del Área de Salud de Bizkaia.
- c. Hospital Santa Marina: ámbito territorial del Área de Salud de Bizkaia.
- d. Hospital Bidasoa: ámbito territorial del Área de Salud de Gipuzkoa.

22. Además del Director-Gerente, las organizaciones de servicios sanitarios del Ente Público:

- a. Contarán con tres Directores de División.
- b. Contarán con cinco cargos directivos.
- c. Podrán contar con un máximo de hasta cinco cargos directivos.
- d. Podrán contar con un máximo de tres cargos directivos.

23. Al frente de la organización central del Ente Público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud se encontrará:

- a. Un Director-Gerente.
- b. El Director General del mismo.
- c. El Consejero de Sanidad.
- d. El Presidente del Ente.

24. ¿Cuál es el Decreto por el que se aprueba el Acuerdo regulador de las condiciones de trabajo del personal de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, para los años 2007, 2008 y 2009?

- a. El 149/2007, de 18 de septiembre.
- b. El 7/2007, de 12 de abril.
- c. El 30/2007, de 30 de octubre.
- d. El 235/2007, de 18 de diciembre.

25. Conforme al Decreto 235/2007, de 18 de diciembre, el personal de Osakidetza tendrá derecho a una prima por jubilación voluntaria, compensatoria de la minoración que ello comporta en sus prestaciones pasivas, cuya cuantía será:

- a. De 21 mensualidades a los 60 años.
- b. De 17 mensualidades a los 62 años.
- c. De 13 mensualidades a los 63 años.
- d. De 7 mensualidades a los 64 años.

26. Según el Decreto 235/2007, de 18 de diciembre, el tiempo mínimo de permanencia en la situación de excedencia voluntaria por interés particular será de:

- a. Un año.
- b. Dos años.
- c. Tres años.
- d. Cinco años.

27. Conforme al Decreto 235/2007, de 18 de diciembre, es cierto, en relación con la excedencia para el cuidado de familiares del personal, que:

- a. Sólo será aplicable al personal fijo.
- b. El tiempo de permanencia en esta situación no será computable a efectos de trienios, carrera y derechos en el régimen de Seguridad Social que sea de aplicación.

- c. El puesto de trabajo desempeñado se reservará, al menos, durante tres años.
- d. Los trabajadores en esta situación podrán participar en los cursos de formación que convoque la Administración.

28. Es falso en relación con la suspensión firme de funciones, conforme al Decreto 235/2007, de 18 de diciembre, que:

- a. Determinará la pérdida del puesto de trabajo cuando exceda de cinco meses.
- b. Se impondrá en virtud de sentencia dictada en causa criminal o en virtud de sanción disciplinaria.
- c. El personal declarado en dicha situación quedará privado durante el tiempo de permanencia en la misma del ejercicio de sus funciones y de todos los derechos inherentes a su condición.
- d. La impuesta por sanción disciplinaria podrá durar hasta seis años.

29. De acuerdo con el Decreto 235/2007, de 18 de diciembre, el personal en situación de excedencia forzosa que obtenga un puesto de trabajo en el sector público pasará a la situación de:

- a. Servicios especiales.
- b. Excedencia voluntaria por prestar servicios en el sector público.
- c. Excedencia voluntaria por interés particular.
- d. Servicios especiales, excedencia voluntaria por prestar servicios en el sector público o por interés particular según corresponda.

30. El Título IX del Acuerdo regulador de las condiciones de trabajo del personal de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, para los años 2007, 2008 y 2009, se denomina:

- a. "Derechos sociales".
- b. "Situaciones del personal".
- c. "Jornada ordinaria de trabajo, jornada complementaria, descanso diario, descanso semanal, descansos alternativos y vacaciones".
- d. "Del régimen de retribuciones del personal de Osakidetza".

31. El Decreto de Normalización del Uso del Euskera en Osakidetza-Servicio Vasco de Salud es:

- a. El Decreto 186/2005, de 19 de julio.
- b. El Decreto 57/2005, de 15 de mayo.
- c. El Decreto 67/2003, de 18 de marzo.
- d. El Decreto 59/2003, de 11 de marzo.

32. El primer nivel de prioridad en el proceso de normalización del uso del euskera, dentro del proceso de incorporación progresiva del euskera a las relaciones orales y escritas de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, será con carácter general:

- a. La atención especializada.
- b. Los servicios generales.
- c. La atención primaria.
- d. Los servicios administrativos.

33. Es falso, en relación a Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, que:

- a. Garantizará el uso de las dos lenguas oficiales de la Comunidad Autónoma en el ámbito de las relaciones con su personal.
- b. Los mensajes orales dirigidos a receptores indeterminados, tales como mensajes emitidos por megafonía, se emitirán en castellano y euskera, por este orden.
- c. Se contemplará, de forma progresiva, el uso del euskera en la oferta de formación continua destinada al personal de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.
- d. En todas las ofertas de formación se hará mención expresa a la lengua de impartición de los cursos.

34. Cuando un ciudadano se dirija en euskera a un empleado de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud que desconozca esta lengua, el empleado:

- a. Solicitará, en todo caso, la colaboración puntual de un empleado bilingüe.
- b. Solicitará, si es posible y no entorpece el normal desenvolvimiento de la atención sanitaria, la colaboración puntual de un empleado bilingüe.
- c. Le contestará en castellano.
- d. Le contestará en alguna lengua oficial en Euskadi.

35. Es falso que, según el Decreto 67/2003, de 18 de marzo:

- a. Sean unidades administrativas bilingües aquellas que desempeñan las funciones propias indistintamente en cualquiera de las dos lenguas oficiales.
- b. Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, progresivamente, irá desarrollando unidades administrativas bilingües.
- c. Las unidades administrativas bilingües serán el eje de la planificación de la normalización del uso del euskera en los servicios administrativos.
- d. El Plan de Euskera de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud será aprobado por el Presidente de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.

36. Es falso, en relación con el Decreto 67/2003, de 18 de marzo, que:

- a. En el sexto año desde el inicio del “Plan de Euskera de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud”, se realizará una evaluación general, a fin de determinar el grado de cumplimiento del mismo.
- b. A los efectos del Decreto, se establezcan tres ámbitos para el desarrollo del proceso de normalización del uso del euskera en Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.
- c. A los efectos del Decreto, en el ámbito de la atención especializada se encuentren los puntos de atención continuada y unidades de emergencias.
- d. Sea de aplicación a la totalidad de efectivos de los diversos grupos profesionales aprobados por el Consejo de Gobierno para el Ente Público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.

37. Es una pauta de comunicación para las organizaciones de servicios de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, la de que:

- a. Se utilizarán las dos lenguas oficiales en la rotulación externa de las dependencias de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud; en la interna únicamente el euskera.
- b. Los mensajes orales dirigidos a receptores indeterminados se emitirán únicamente en castellano.
- c. Los empleados que ocupen un puesto con perfil lingüístico de carácter preceptivo y que hayan acreditado el perfil lingüístico correspondiente emplearán el euskera en las relaciones con los usuarios del servicio, en todo caso.
- d. La documentación estandarizada, y aquella que se remita con carácter general o a un grupo de administrados será bilingüe.

38. El Decreto 195/1996, de 23 de julio, es:

- a. Sobre Áreas Sanitarias.
- b. Aquél por el que se aprueba la Carta de Derechos y Obligaciones de los pacientes y usuarios del Servicio Vasco de Salud/Osakidetza.
- c. Sobre Estructura Organizativa de los recursos adscritos a Osakidetza/Servicio Vasco de Salud para la Atención Especializada.
- d. Sobre Estructura Organizativa de los recursos adscritos a Osakidetza/Servicio Vasco de Salud para la Atención Primaria.

39. Para acceder a la condición de Gerente de una Comarca Sanitaria de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud será requisito indispensable:

- a. Poseer titulación universitaria y acreditar capacidad y experiencia suficiente para el desempeño del cargo.
- b. Poseer titulación sanitaria y acreditar tres años de experiencia como mínimo en puesto similar en la Administración Pública.

- c. Poseer titulación sanitaria y acreditar un mínimo de cinco años de experiencia en puesto similar, tanto en la Administración Pública como en la sanidad privada.
- d. Acreditar un mínimo de cinco años de experiencia en puesto similar, tanto en la Administración Pública como en la sanidad privada.

40. Para ser Jefe de Unidad de Atención primaria en Osakidetza-Servicio Vasco de Salud será requisito preferente:

- a. Únicamente, gozar de reconocida capacidad y experiencia profesional.
- b. Poseer el Título de Doctor en Medicina y Cirugía.
- c. Poseer titulación sanitaria, sea o no universitaria, y acreditar tres años de experiencia como mínimo en puesto similar en la Administración Pública.
- d. Estar en posesión del Título de Licenciado en Medicina y Cirugía.

41. La designación de Jefes de Unidades de Atención Primaria en Osakidetza/Servicio Vasco de Salud se efectuará por la Dirección General, a propuesta de:

- a. Los Directores de los Centros Sanitarios de cada Unidad de Atención Primaria.
- b. El Consejo de Dirección.
- c. El Gerente de la Comarca Sanitaria de Atención Primaria correspondiente.
- d. La Subdirección General.

42. En Osakidetza/Servicio Vasco de Salud, un Complejo Hospitalario está formado por:

- a. Los Hospitales y/o Unidades organizativas que se determinen en cada caso.
- b. Uno o varios Hospitales y las Unidades de Atención Primaria de su área de influencia.
- c. Los Hospitales, las Unidades organizativas y las Unidades Territoriales de Emergencia que se determinen en cada caso.
- d. Los Hospitales, las Unidades organizativas y los Servicios Extrahospitalarios de Salud Mental que se determinen en cada caso.

43. Según el Decreto 194/1996, los Hospitales Generales deberán dotarse de los siguientes órganos:

- a. Como órganos de dirección y gestión, el Gerente, el Equipo Directivo y el Consejo Técnico, y como órgano de participación, el Consejo de Dirección.

- b. Como órganos de dirección y gestión, el Gerente, el Equipo Directivo y el Consejo de Dirección, y como órgano de participación, el Consejo Técnico.
- c. Como órganos de dirección y gestión, el Gerente, el Director, el Equipo Directivo y el Consejo de Dirección, y como órgano consultivo, el Consejo Técnico.
- d. Como órganos de dirección y gestión, el Director, el Equipo Directivo y el Consejo de Dirección, y como órgano de participación, el Consejo Consultivo.

44. Es falso, de conformidad con lo establecido en el artículo 10 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, que los/las pacientes y usuarios/as del Servicio Vasco de Salud/Osakidetza tengan derecho a:

- a. Recibir instrucciones claras y escritas sobre la utilización de los medicamentos recetados.
- b. Ser atendidos/as con el máximo respeto, con corrección y comprensión y de forma individual y personalizada.
- c. Conocer los gastos originados por el uso de recursos hospitalarios en el centro sanitario, sólo en el caso de que sean abonados directamente.
- d. Elegir su médico de cabecera (Médico General y Pediatra) dentro del ámbito y con los requisitos establecidos en el Decreto 252/1988, de 4 de octubre.

45. Es falso que el ejercicio del derecho a la segunda opinión médica regulado en el Decreto 149/2007, de 18 de septiembre, se garantiza en:

- a. Enfermedades neurológicas degenerativas.
- b. Enfermedades cardiovasculares.
- c. Cualquier enfermedad que represente riesgo para la vida o para la calidad de la misma.
- d. Cualquier enfermedad neoplásica.

46. De acuerdo con el Decreto 65/2006, de 21 de marzo, los plazos de garantía para la realización del procedimiento quirúrgico prescrito serán en el caso de cirugía cardíaca:

- a. 30 días hábiles.
- b. 30 días naturales.
- c. 90 días naturales.
- d. 180 días naturales.

47. Es falso, de conformidad con lo establecido en el artículo 10 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, que los/las pacientes y usuarios/as del Servicio Vasco de Salud/Osakidetza tengan derecho a:

- Asegurar la confidencialidad de su Historia Clínica y a que la misma no pueda ser utilizada, salvo consentimiento expreso para otro fin que no sea la investigación sanitaria anónima y la evaluación de la calidad de los servicios.
- Renunciar a diagnóstico, tratamiento o procedimiento de análoga naturaleza, sin excepciones.
- Colaborar, de acuerdo con las Autoridades Sanitarias, en actividades de voluntariado y apoyo al Servicio Vasco de Salud/Osakidetza.
- Que, en el caso de que existan, las listas de espera reflejen con criterios de equidad únicamente las prioridades de urgencia médica y tiempo de espera.

48. Es falso que los/las pacientes, usuarios/as y familiares cuando utilicen los servicios sanitarios del Servicio Vasco de Salud/Osakidetza habrán de cumplir, de conformidad con el artículo 11 de la Ley General de Sanidad, con la obligación de:

- Llevar la Tarjeta Individual Sanitaria siempre que se requieran servicios sanitarios.
- Poner en conocimiento de los responsables de las Instituciones Sanitarias las irregularidades que observe en el funcionamiento de los Centros.
- Firmar, el documento de alta voluntaria en los casos de no aceptación de los métodos de tratamiento.
- A utilizar los servicios de urgencia con la finalidad, de necesidad, para la que están creados, acudiendo preferentemente a los circuitos de servicios ordinarios.

49. ¿Cuál es la Ley de Ficheros de Datos de Carácter Personal de Titularidad Pública y de Creación de la Agencia Vasca de Protección de Datos?

- La Ley 2/2004, de 25 de febrero.
- La Ley 7/2002, de 12 de diciembre.
- La Ley 16/2003, de 28 de mayo.
- La Ley 3/2005, de 18 de febrero.

50. El plazo máximo en que se debe dictar y notificar la resolución expresa de tutela de derechos por la Agencia Vasca de Protección de Datos es de:

- Seis meses, entendiéndose el silencio administrativo como estimatorio de la tutela pedida.
- Seis meses, entendiéndose el silencio administrativo como desestimatorio de la tutela pedida.

- c. Un mes, entendiéndose el silencio administrativo como estimatorio de la tutela pedida.
- d. Un mes, entendiéndose el silencio administrativo como desestimatorio de la tutela pedida.

51. Contra las resoluciones de la Agencia Vasca de Protección de Datos:

- a. Procederá recurso contencioso-administrativo.
- b. Podrá interponerse con carácter previo al recurso contencioso-administrativo, recurso de alzada.
- c. Procederá recurso de súplica.
- d. No procederá recurso alguno.

52. En Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, existe un fichero automatizado con datos de carácter personal sobre Reclamaciones Administrativas y Demandas Judiciales gestionado por:

- a. La Dirección General.
- b. La División Económico-Financiera.
- c. La División Recursos Humanos.
- d. La División Asistencia Sanitaria.

53. ¿Cuál de los siguientes Ficheros Sectoriales existe en todas las Organizaciones de Servicios de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud?

- a. Asuntos Judiciales de Pacientes.
- b. Docencia y Formación.
- c. Agenda de Contactos.
- d. Videovigilancia.

54. Es falso que, dentro de la numeración de los Ficheros Sectoriales gestionados por las Gerencias de las diferentes Organizaciones de Servicios de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud:

- a. El número 2 corresponda a la Gerencia de Comarca Bilbao.
- b. El número 13 corresponda a la Gerencia del Hospital Cruces.
- c. El número 14 corresponda a la Gerencia del Hospital Galdakao.
- d. El número 21 corresponda a la Gerencia del Hospital Santiago.

55. Dentro de la numeración de los Ficheros Sectoriales gestionados por las Gerencias de las diferentes Organizaciones de Servicios de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud:

- a. El número 1 corresponde a la Gerencia de Comarca Gipuzkoa Oeste.
- b. El número 5 corresponde a la Gerencia de Comarca Gipuzkoa Este.
- c. El número 10 corresponde a la Gerencia del Hospital Basurto.
- d. El número 20 corresponde a la Gerencia del Hospital Txagorritxu.

56. Es falso que, entre los datos sanitarios impresos en la Tarjeta ONA, figure/n:

- a. Facultativo/a asignado.
- b. Centro de Salud.
- c. Teléfono de urgencias.
- d. Alergias del titular.

57. Es falso, en relación con el Registro Telemático del Departamento de Sanidad, que:

- a. Fue creado por el Decreto 235/2007, de 18 de diciembre.
- b. Permitirá la presentación de escritos y comunicaciones todos los días del año durante las veinticuatro horas.
- c. Se creó para la recepción y salida de solicitudes, escritos y comunicaciones que, en los términos regulados por la correspondiente Orden, sean objeto de tramitación telemática.
- d. En el momento de la recepción de la solicitud en el Registro Telemático se mostrará el recibo de presentación a la persona remitente.

58. ¿Pueden las y los profesionales médicos pertenecientes a Osakidetza/ Servicio Vasco de Salud, responsables de la atención de las personas que han otorgado el documento de voluntades anticipadas, acceder al registro?

- a. No.
- b. Sí, pero no al contenido de los documentos.
- c. Sí, y además, al contenido de los documentos, a través del DNI electrónico.
- d. Sí, y además, al contenido de los documentos, a través de la Tarjeta Sanitaria Electrónica.

59. Es falso que:

- a. "ONA" sea la nueva Tarjeta Electrónica Sanitaria con usos ciudadanos.
- b. La Tarjeta ONA haga las veces del Documento Nacional de Identidad.
- c. La Tarjeta ONA permita acceder a servicios generales del Gobierno Vasco.
- d. La Tarjeta ONA permita acceder a servicios sanitarios del Gobierno Vasco.

60. En el País Vasco, pueden solicitar ONA todas aquellas personas:

- a. Como mínimo, mayores de edad que posean una Tarjeta Individual Sanitaria.
- b. Mayores de 16 años que posean una Tarjeta Individual Sanitaria.
- c. Mayores de 14 años que posean una Tarjeta Individual Sanitaria.
- d. Mayores de 12 años que posean una Tarjeta Individual Sanitaria.

61. Es falso que ONA tenga:

- a. Un chip monedero.
- b. Una antena de proximidad.
- c. Una banda magnética.
- d. Un chip con certificado reconocido.

62. Es falso, de acuerdo con el Plan de Salud de Euskadi 2002-2010, que:

- a. En la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV) el sistema sanitario sea de carácter universal y equitativo.
- b. La salud de los ciudadanos de la CAPV se encuentre entre las mejores del mundo.
- c. La esperanza de vida al nacimiento de los hombres vascos sea la segunda más elevada del mundo.
- d. La Sanidad sea un elemento clave para garantizar el bienestar individual y colectivo de una Comunidad.

63. Es falso que dentro de las dos grandes metas que dirigen el Plan de Salud 2002-2010 esté:

- a. Mejorar la salud de la población, aumentando la duración de la vida y el número de años de vida saludable.
- b. Mejorar la salud de las personas más desfavorecidas.
- c. Disminuir las desigualdades sociales de salud.
- d. Incrementar la atención socio-sanitaria.

64. Es falso, en relación con el Plan de Salud de Euskadi 2002-2010, que:

- a. Se limite al ámbito sanitario.
- b. Proponga una actuación multisectorial con la finalidad de aumentar el nivel de salud de la población.
- c. Pretenda actualizar las políticas de salud de Euskadi, aprovechando la experiencia de los planes de salud anteriores.
- d. Se pretenda evitar que los problemas prioritarios de los ciudadanos puedan ser indebidamente relegados por el olvido o por problemas coyunturales más llamativos pero menos trascendentes.

65. Es falso que, entre los grupos de atención especial del Plan de Salud de Euskadi 2002-2010, esté:

- a. Inicio de la vida.
- b. Mediana edad.
- c. Mujer.
- d. Juventud.

66. El objetivo para el 2010 del Plan de Salud de Euskadi 2002-2010, en relación con la esperanza de vida al nacimiento en mujeres es de:

- a. 75,4 años.
- b. 76,8 años.
- c. 83,4 años.
- d. 84,3 años.

67. El objetivo para el 2010 del Plan de Salud de Euskadi 2002-2010, en relación con la esperanza de vida al nacimiento en varones es de:

- a. 75,4 años.
- b. 76,8 años.
- c. 83,4 años.
- d. 84,3 años.

68. El objetivo para el 2010 del Plan de Salud de Euskadi 2002-2010, en relación con la proporción de no fumadores es de que:

- a. Aumente al 72,8%.
- b. Aumente al 76,8%.
- c. Aumente al 80%.
- d. Aumente al 83,4%.

69. Es falso que entre los pilares principales sobre los que se vertebra el Plan de Salud de Euskadi 2002-2010 se encuentren:

- a. Comités del Plan de Salud Intersectorial, y del Departamento de Sanidad.
- b. Intervenciones en el ámbito de la atención sanitaria.
- c. Programas de Salud Privada.
- d. Actuaciones intersectoriales.

70. ¿Cuál es el Decreto por el que se regulan las condiciones para la gestión de los residuos sanitarios en la Comunidad Autónoma del País Vasco?

- a. El Decreto 67/2003, de 18 de marzo.
- b. El Decreto 76/2002, de 26 de marzo.
- c. El Decreto 270/2003, de 4 de noviembre.
- d. El Decreto 175/1989, de 18 de julio.

71. Quedan excluidos del régimen jurídico contemplado en el Decreto 76/2002, de 26 de marzo, entre otros, los siguientes residuos del Grupo III:

- a. Residuos líquidos (fijadores, reveladores o similares) generados en radiología así como el formol, xileno y alcoholes utilizados en anatomía patológica y el glutaraldehído utilizado en endoscopias.

- b. Residuos peligrosos que pudiendo generarse en actividades sanitarias no son específicos de las mismas, tales como transformadores fuera de uso, aceites usados, disolventes, productos químicos desechados o similares.
- c. Los residuos radiactivos.
- d. Residuos de medicamentos citotóxicos y citostáticos.

72. A los efectos de aplicación del Decreto 76/2002, de 26 de marzo, se entiende por:

- a. Esterilización. Proceso mediante el cual se eliminan los microorganismos patógenos de cualquier sustancia, objeto, material o producto, tenga o no la consideración de residuo.
- b. Desinfección. Proceso mediante el cual se eliminan todos los microorganismos de cualquier sustancia, objeto, material o producto, tenga o no la consideración de residuo.
- c. Gestión. Conjunto de operaciones encaminadas a dar a los residuos sanitarios el tratamiento más adecuado en función a sus características.
- d. Productor. Cualquier persona física o jurídica titular de una actividad sanitaria que produzca residuos o que efectúe operaciones de tratamiento previo, de mezcla, o de otro tipo que no ocasionen un cambio de naturaleza o de composición de esos residuos.

73. A efectos del Decreto 76/2002, de 26 de marzo, ¿a qué grupo pertenecen los residuos generados por las actividades sanitarias que por el riesgo de provocar infección requieren una gestión diferenciada tanto a nivel del interior de los centros como en el exterior, en todas las etapas de la gestión?

- a. Al Grupo I.
- b. Al Grupo II.
- c. Al Grupo III.
- d. Al Grupo IV.

74. Conforme al Decreto 76/2002, de 26 de marzo, cuando los residuos del Grupo II se recojan en bolsas, deberán ser:

- a. De color rojo, con galga mínima 400
- b. De color negro, con galga mínima 200.
- c. De color azul, con galga mínima de 300.
- d. De color naranja, con galga mínima de 400.

75. Con relación a los residuos sanitarios específicos contaminados por la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob y por otras enfermedades producidas por priones se permite:

- a. La compactación de los mismos con carácter previo a su tratamiento.
- b. La valorización energética.

- c. Cualquier tipo de reciclaje.
- d. Cualquier tipo de recuperación.

76. Algunos artículos de la Ley 55/2003 se han visto modificados tras la aprobación de:

- a. La Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres.
- b. La Ley 30/2007, de 30 de octubre de Contratos del Sector Público.
- c. La Ley 2/2007 del Personal Laboral de los Servicios de Salud.
- d. La Ley 47/2007 del Personal Directivo de los Servicios de Salud.

77. Procederá declarar al personal estatutario en excedencia por prestación de servicios en el sector público:

- a. Siempre que preste servicios en otra categoría de personal estatutario, como funcionario en cualquiera de las Administraciones públicas.
- b. Siempre que preste servicios en otra categoría de personal estatutario, como personal laboral en cualquiera de las Administraciones públicas.
- c. Cuando presten servicios en otra categoría de personal estatutario, como funcionario o como personal laboral, en cualquiera de las Administraciones públicas, salvo que hubiera obtenido la oportuna autorización de compatibilidad.
- d. Siempre que presten servicios en otra categoría de personal estatutario, como funcionario o como personal laboral, en cualquiera de las Administraciones públicas.

78. Señale la respuesta incorrecta. El personal estatutario de los servicios de salud se clasifica atendiendo:

- a. A la función desarrollada.
- b. Al servicio provincial al que se adscriba.
- c. Al nivel del título exigido para el ingreso.
- d. Al tipo de su nombramiento.

79. El régimen disciplinario aplicable al personal estatutario responderá en todo el Sistema Nacional de Salud a los principios de:

- a. Legalidad, ineficiencia y urgencia.
- b. Proporcionalidad, publicidad e ineficiencia.
- c. Tipicidad, eficacia y proporcionalidad.
- d. Legalidad, publicidad y atipicidad.

80. Los daños o el deterioro en las instalaciones, equipamiento, instrumental o documentación, cuando se produzcan por negligencia inexcusable del personal estatutario son considerados por la Ley 55/2003 como:

- a. Falta leve.
- b. Falta grave.
- c. Falta muy grave.
- d. No se consideran falta.

81. Cuando la suspensión de funciones del personal estatutario se imponga por faltas muy graves:

- a. No podrá superar los seis años ni será inferior a los dos años.
- b. No podrá superar los cinco años ni será inferior a los dos años.
- c. No podrá superar los cuatro años ni será inferior a los dos años.
- d. No podrá superar los tres años ni será inferior al año.

82. El tiempo de trabajo correspondiente a la jornada ordinaria del personal estatutario nocturno:

- a. No excederá de 20 horas ininterrumpidas, salvo que por razones organizativas o asistenciales, los centros establezcan jornadas de hasta 24 horas en determinados servicios o unidades sanitarias.
- b. No excederá de 15 horas ininterrumpidas, salvo que por razones organizativas o asistenciales, los centros establezcan jornadas de hasta 24 horas en determinados servicios o unidades sanitarias.
- c. No excederá de 12 horas ininterrumpidas, salvo que por razones organizativas o asistenciales, los centros establezcan jornadas de hasta 24 horas en determinados servicios o unidades sanitarias.
- d. No excederá de 20 horas ininterrumpidas, sin excepciones.

83. El acoso sexual, cuando suponga agresión o chantaje, es considerado por la Ley 55/2003 como:

- a. Falta leve.
- b. Falta grave.
- c. Falta muy grave.
- d. No se considera falta.

84. El apercibimiento, como sanción del personal estatutario, será siempre por escrito y se impondrá por:

- a. Faltas muy graves.
- b. Faltas graves.
- c. No se podrá imponer esta sanción.
- d. Faltas leves.

85. Señale la opción incorrecta. El personal estatutario de los servicios de salud ostenta los siguientes derechos individuales:

- a. A la percepción puntual de las retribuciones e indemnizaciones por razón del servicio en cada caso establecidas.
- b. A la formación continuada adecuada a la función desempeñada y al reconocimiento de su cualificación profesional en relación con dichas funciones.
- c. A la reunión.
- d. Al descanso necesario, mediante la limitación de la jornada, las vacaciones periódicas retribuidas y permisos en los términos que se establezcan.

86. La potestad disciplinaria respecto al personal estatutario de los servicios de salud corresponde:

- a. Al servicio de salud en el que inicialmente obtuvo su nombramiento.
- b. Al servicio de salud en el que el interesado se encuentre prestando servicios en el momento en el que se inicie el procedimiento disciplinario.
- c. Al servicio de salud en el que el interesado se encuentre prestando servicios en el momento en el que se finalice el procedimiento disciplinario.
- d. Al servicio de salud en el que el interesado se encuentre prestando servicios en el momento de comisión de la falta.

87. El descuido o negligencia del personal estatutario en el cumplimiento de sus funciones cuando no afecte a los servicios de salud, Administración o usuarios, es considerado por la Ley 55/2003 como:

- a. Falta leve.
- b. Falta grave.
- c. Falta muy grave.
- d. No se considera falta.

88. Respecto a la separación del servicio como sanción disciplinaria del personal estatutario:

- a. Conllevará el traslado forzoso con cambio de localidad.
- b. Conllevará la pérdida de la condición de personal estatutario.
- c. Sólo se impondrá por la comisión de faltas graves.
- d. Sólo se impondrá por la comisión de faltas leves.

89. Cuando la suspensión provisional de personal estatutario se produzca como consecuencia de expediente disciplinario:

- No podrá exceder de seis meses, salvo paralización del procedimiento imputable al interesado.
- No podrá exceder de tres meses, salvo paralización del procedimiento imputable al interesado.
- No podrá exceder de ocho meses, salvo paralización del procedimiento imputable al interesado.
- No podrá exceder de dos meses, salvo paralización del procedimiento imputable al interesado.

90. El incumplimiento de la obligación de atender los servicios esenciales establecidos en caso de huelga por parte del personal estatutario será considerado como:

- Falta muy grave.
- Falta grave.
- Falta leve.
- No se considera falta.

91. En el caso de que el personal estatutario no hubiera disfrutado del tiempo mínimo de descanso semanal en el período de dos meses:

- Se perderá el derecho a ese tiempo descanso.
- Se acumulará a las vacaciones de verano.
- Se producirá una compensación a través del régimen de descansos alternativos.
- Ninguna de las anteriores es correcta.

92. La soberanía nacional reside:

- En la Corona.
- En el Presidente del Gobierno.
- En el pueblo español.
- En la Audiencia Nacional.

93. Los Derechos Fundamentales y Libertades Públicas se recogen en:

- La Sección I del Capítulo I del Título I de la Constitución Española.
- La Sección I del Capítulo II del Título II de la Constitución Española.
- La Sección II del Capítulo II del Título I de la Constitución Española.
- La Sección I del Capítulo II del Título I de la Constitución Española.

94. El Derecho a la vida y a la integridad física y moral se proclama en:

- a. El artículo 14 de la Constitución española.
- b. El artículo 15 de la Constitución española.
- c. El artículo 19 de la Constitución española.
- d. El artículo 20 de la Constitución española.

95. El derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen se recoge:

- a. En el artículo 17.3 de la Constitución española.
- b. En el artículo 18.1 de la Constitución española.
- c. En el artículo 18.3 de la Constitución española.
- d. En el artículo 14 de la Constitución española.

96. La publicación en el BOE y la entrada en vigor de la Constitución Española se produjo:

- a. El 28 de noviembre de 1978.
- b. El 29 de diciembre de 1978.
- c. El 1 de enero de 1979.
- d. El 2 de enero de 1979.

97. La Constitución española se compone de:

- a. Preámbulo, Título Preliminar y 10 Títulos.
- b. Título Preliminar y 5 Títulos.
- c. Preámbulo, Título Preliminar y 15 Títulos.
- d. Tres Títulos.

98. En qué artículo de la Constitución Española se reconoce el derecho a la libertad ideológica, religiosa y de culto:

- a. En el artículo 35.
- b. En el artículo 56.
- c. En el artículo 1.
- d. En el artículo 16.

99. Por Ley Orgánica 11/1995, de 27 de noviembre, se ha prohibido la pena de muerte:

- a. Excepto en tiempos de guerra.
- b. Incluso en tiempos de guerra.
- c. Excepto en supuestos de estado de alarma.
- d. Excepto en supuestos de estado de sitio.

100. El procedimiento de Habeas Corpus es el derecho de todo detenido:

- a. A que en un plazo muy breve se le designe abogado de oficio.
- b. A que en un plazo muy breve se le lleve ante un juez para que se le asigne asistencia letrada.
- c. A que se le lean sus derechos.
- d. A que en un plazo muy breve se le lleve ante un juez para que este decida si debe seguir privado de libertad o si ha de ser puesto en libertad.

101. En qué artículo de la Constitución Española se reconoce el derecho a la tutela judicial efectiva:

- a. En el artículo 2.
- b. En el artículo 24.
- c. En el artículo 169.
- d. En el artículo 35.

102. Los ciudadanos tendrán que dar comunicación previa a la autoridad:

- a. Para reunirse pacíficamente y sin armas.
- b. En los casos de reuniones en lugares de tránsito público y manifestaciones.
- c. En ningún caso.
- d. Cuando así lo establezcan las Ordenanzas del Municipio.

103. El artículo 26 de la Constitución prohíbe:

- a. Los Tribunales de Honor en el ámbito de la Administración civil.
- b. Los Tribunales de Honor en el ámbito de las organizaciones sindicales.
- c. Los Tribunales consuetudinarios en el ámbito de la Administración civil.
- d. Los Tribunales consuetudinarios en el ámbito de las organizaciones sindicales.

104. En qué artículo de la Constitución española se reconoce el derecho a la protección de la salud:

- a. En el artículo 43.
- b. En el artículo 24.
- c. En el artículo 6.
- d. En el artículo 8.

105. La forma política del Estado español es:

- a. La Monarquía constitucional.
- b. La Monarquía absoluta.
- c. La Monarquía popular.
- d. La Monarquía parlamentaria.

106. El desarrollo de qué derechos y libertades reconocidos en la Constitución sólo puede hacerse por Ley Orgánica:

- Los recogidos en el Título III.
- Los recogidos en la sección I del Capítulo II del Título I y en el artículo 14.
- Los recogidos en la sección I del Capítulo III del Título II y en el artículo 10.
- Todos los recogidos en la Constitución.

107. Cualquier ciudadano podrá recabar la tutela de las libertades y derechos reconocidos en el artículo 14 y la Sección primera del Capítulo II:

- Ante los Tribunales ordinarios por un procedimiento basado en los principios de preferencia y sumariedad.
- Ante la Audiencia Nacional a través el recurso de inconstitucionalidad.
- A través del recurso de alzada ante el Tribunal Constitucional.
- Ante la Audiencia Nacional a través el recurso de alzada.

108. Las estructuras fundamentales del sistema sanitario, responsabilizadas de la gestión unitaria de los centros y establecimientos del servicio de salud de la Comunidad Autónoma en su demarcación territorial y de las prestaciones sanitarias y programas sanitarios a desarrollar por ellos, se denominan:

- Zonas de salud.
- Áreas de salud.
- Comarcas de Coordinación Sanitarias.
- Ninguna de las anteriores es correcta.

109. El área de Salud extenderá su acción a una población:

- No inferior a 200.000 habitantes ni superior a 250.000, sin excepciones.
- No inferior a 200.000 habitantes ni superior a 250.000, sin perjuicio de excepciones.
- No existe una regla general en cuanto a la población a la que extiende su acción.
- No inferior a 2000 habitantes ni superior a 2500, sin excepciones.

110. ¿En qué título de la Ley General de Sanidad se regula la estructura del sistema sanitario público?

- En el VIII.
- En el I.
- En el IX.
- En el III.

111. Señale la respuesta incorrecta. Son características fundamentales del Sistema Nacional de Salud:

- a. La organización adecuada para prestar una atención desintegrada a la salud, comprensiva de la curación y rehabilitación.
- b. La extensión de sus servicios a toda la población.
- c. La coordinación y, en su caso, la integración de todos los recursos sanitarios públicos en un dispositivo único.
- d. La prestación de una atención integral de la salud procurando altos niveles de calidad debidamente evaluados y controlados.

112. Señale la respuesta incorrecta. Las Áreas de Salud contarán, como mínimo, con los siguientes órganos:

- a. De participación: el Consejo de Salud de área.
- b. De control: el Consejo Interdepartamental.
- c. De dirección: el Consejo de Dirección de área.
- d. De gestión: el Gerente de área.

113. ¿Con qué frecuencia las Comunidades Autónomas informarán al Departamento de Sanidad de la Administración del Estado del grado de ejecución de sus respectivos planes?

- a. Trimestralmente.
- b. Bianualmente.
- c. Anualmente.
- d. Semestralmente.

114. Señale la respuesta correcta:

- a. Las Áreas de Salud serán dirigidas por un órgano propio, donde deberán participar las Corporaciones Locales en ellas situadas con una representación no inferior al 40%, dentro de las directrices y programas generales sanitarios establecidos por la Comunidad Autónoma.
- b. Las Áreas de Salud serán dirigidas por un órgano externo, donde además participarán las Corporaciones Locales en ellas situadas con una representación no inferior al 60%, dentro de las directrices y programas generales sanitarios establecidos por la Comunidad Autónoma.
- c. Las Áreas de Salud serán dirigidas por un órgano propio, donde deberán participar las Corporaciones Locales en ellas situadas con una representación no inferior al 60%, dentro de las directrices y programas generales sanitarios establecidos por la Comunidad Autónoma.
- d. Las Áreas de Salud serán dirigidas por un órgano externo, donde además participarán las Corporaciones Locales en ellas situadas con una representación no inferior al 40%, dentro de las directrices y programas generales sanitarios establecidos por la Comunidad Autónoma.

115. El Plan integrado de salud se entenderá definitivamente formulado:

- a. Una vez que tenga conocimiento del mismo el Ministro de Sanidad.
- b. Una vez que tenga conocimiento del mismo el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.
- c. Una vez que tenga conocimiento del mismo el Consejero de Sanidad de la respectiva Comunidad Autónoma.
- d. Cuando se llegue a un consenso entre el Ministro de Sanidad y el Consejo de Gobierno.

116. Ley 41/2002 de 14 de noviembre es:

- a. La Ley que regula el Estatuto Básico de la Función Pública.
- b. La Ley reguladora de las Medidas Sanitarias de Protección del Menor.
- c. La Ley básica reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica.
- d. La Ley que regula el Régimen del Personal Estatutario al servicio de las Instituciones Sanitarias.

117. Señale la respuesta incorrecta. Los Consejos de Salud de área estarán constituidos por:

- a. La representación de los ciudadanos a través de las Corporaciones Locales comprendidas en su demarcación, que supondrá el 50% de sus miembros.
- b. Las organizaciones sindicales más representativas, en una proporción no inferior al 25%, a través de los profesionales sanitarios titulados.
- c. La Administración sanitaria del área de salud.
- d. La Administración farmacéutica del área de salud.

118. El Gerente del área de Salud será nombrado y cesado:

- a. Por la dirección del servicio de salud de la Comunidad Autónoma, a propuesta del Consejo de Dirección del área.
- b. Por la dirección del servicio de salud del Ministerio de Sanidad, a propuesta del Consejo Interterritorial.
- c. Por la dirección del servicio de salud de la Zona Básica de Salud, a propuesta del Consejo Interterritorial.
- d. Por el Consejero de Salud de la respectiva Comunidad Autónoma, a propuesta de la Comisión Interterritorial.

119. Para conseguir la máxima operatividad y eficacia en el funcionamiento de los servicios a nivel primario:

- a. Las zonas básicas de salud se dividirán en áreas de salud.
- b. Las áreas de salud se dividirán en zonas básicas de salud.

- c. Las zonas básicas de salud se dividirán en comités de salud.
- d. Los comités de salud se dividirán en áreas de salud.

120. Los ámbitos de colaboración entre las Administraciones públicas sanitarias definidas por Ley 16/2003 son:

- a. Las prestaciones del Sistema Nacional de Salud; la farmacia; los profesionales sanitarios; la investigación; el sistema de información sanitaria, y la calidad del sistema sanitario.
- b. Las prestaciones de la Seguridad Social; la farmacia; los profesionales sanitarios; la docencia; el sistema de información sanitaria, y la calidad del sistema sanitario.
- c. La docencia microbiológica; la parafarmacia; los profesionales sanitarios; la investigación; el sistema de información sanitaria, y la calidad del sistema sanitario.
- d. Las prestaciones del Sistema Internacional de Salud; la parafarmacia; los profesionales sanitarios; la investigación y docencia; el sistema de información sanitaria, y la calidad del sistema sanitario.

121. El Plan integrado de salud tendrá el plazo de vigencia:

- a. De cinco años.
- b. Indeterminado.
- c. De diez años.
- d. El plazo que se determine en el propio Plan.

122. La asistencia sanitaria es una prestación:

- a. De naturaleza no contributiva expresamente excluida de la financiación de la Seguridad Social.
- b. De naturaleza contributiva expresamente incluida en la financiación de la Seguridad Social.
- c. De naturaleza asistencial expresamente incluida en la financiación de la Seguridad Social.
- d. De naturaleza asistencial y contributiva expresamente excluida de la financiación de la Seguridad Social.

123. ¿Quién aprueba las disposiciones necesarias para que los centros sanitarios puedan adoptar las medidas técnicas y organizativas adecuadas para archivar y proteger las historias clínicas y evitar su destrucción o su pérdida accidental?

- a. El Estado.
- b. Las Comunidades Autónomas.
- c. Las Corporaciones Locales.
- d. Las mancomunidades.

124. Todo paciente o usuario tiene derecho:

- a. A que quede constancia de la información obtenida en todos sus procesos asistenciales, realizados por el servicio de salud sólo en el ámbito de atención primaria, por escrito o en el soporte técnico más adecuado.
- b. A que quede constancia de la información obtenida en todos sus procesos asistenciales, realizados por el servicio de salud sólo en el ámbito de atención especializada, por escrito exclusivamente.
- c. A que quede constancia de la información obtenida en todos sus procesos asistenciales, realizados por el servicio de salud tanto en el ámbito de atención primaria como en el ámbito de la atención especializada, por escrito o en el soporte técnico más adecuado.
- d. A que quede constancia de la información obtenida en su último ingreso hospitalario, realizado por el servicio de salud sólo en el ámbito de atención especializada, por escrito o en el soporte técnico más adecuado.

125. El acceso a la historia clínica con fines judiciales, epidemiológicos, de salud pública, de investigación o de docencia se rige por lo dispuesto:

- a. En la Ley 16/1998, de 20 de enero, de Protección de los Datos Clínicos.
- b. En la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y en la Ley General de Sanidad.
- c. En la Ley 20/2003, de 5 de junio, de regulación de la Historia Clínica y en la Ley de Cohesión.
- d. En la Ley 4/2007, de 25 de noviembre, de Protección de la Intimidad del Paciente.

126. El personal de administración y gestión de los centros sanitarios:

- a. Sólo puede acceder a los datos de la historia clínica relacionados con sus propias funciones.
- b. Puede acceder a la historia clínica, pero no a los datos de dicha historia.
- c. En ningún caso puede acceder ni a la historia clínica ni a sus datos.
- d. Para acceder a la historia clínica debe de ser autorizado mediante poderes especiales y nunca podrá acceder a los datos.

127. Tendrá el derecho a recibir el informe de alta del centro, servicio o establecimiento sanitario, una vez finalizado el proceso asistencial:

- a. El paciente exclusivamente.
- b. Todo paciente, familiar o persona vinculada al paciente.
- c. Exclusivamente el cónyuge del paciente mediante autorización escrita de éste.
- d. Exclusivamente el familiar o persona vinculada al paciente.

128. Señale la respuesta incorrecta. El informe de alta dispondrá de los siguientes contenidos mínimos:

- a. Los datos del proceso asistencial del paciente.
- b. Un resumen de su historial clínico y las recomendaciones terapéuticas.
- c. La actividad asistencial prestada y el diagnóstico.
- d. El coste económico de su asistencia.

129. El hecho de no aceptar el tratamiento prescrito:

- a. Dará lugar al alta forzosa en todo caso.
- b. No dará lugar al alta forzosa cuando existan tratamientos alternativos, aunque tengan carácter paliativo, siempre que los preste el centro sanitario y el paciente acepte recibirlos.
- c. Dará lugar al alta forzosa, y se podrá obligar al paciente a someterse a tratamientos alternativos, aunque tengan carácter paliativo, prestándolos el propio centro sanitario.
- d. Dará lugar al alta voluntaria, pero se podrá obligar al paciente a someterse a tratamientos alternativos, aunque tengan carácter paliativo, prestándolos el propio centro sanitario.

130. La regulación actual de la tarjeta sanitaria individual se realiza a través de dos normas:

- a. La Ley 16/2004, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud y el Real Decreto 25/2008, de 30 de enero.
- b. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud y el Real Decreto 183/2004, de 30 de enero.
- c. Ley 16/2008, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud y el Real Decreto 183/2008, de 30 de enero.
- d. Ley 15/2007, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud y el Real Decreto 18/2008, de 30 de enero.

131. El procedimiento para que quede constancia del acceso a la historia clínica y de su uso se regulará por:

- a. El Estado.
- b. La Unión Europea.
- c. Las Comunidades Autónomas.
- d. Los Entes locales.

132. Los métodos que posibiliten, en todo momento, el acceso a la historia clínica de cada paciente por los profesionales que le asisten serán establecidos por:

- a. La Comunidad Autónoma.
- b. El propio Centro.

- c. El Estado y la Unión Europea.
- d. El Consejo Interterritorial.

133. El personal que accede a los datos de la historia clínica en el ejercicio de sus funciones queda sujeto al deber de:

- a. Gestión.
- b. Administración.
- c. Secreto.
- d. Vigilancia.

134. La historia clínica es un instrumento destinado fundamentalmente a:

- a. Garantizar una asistencia adecuada al paciente.
- b. Garantizar su conocimiento por la autoridad administrativa.
- c. Garantizar el cumplimiento de lo dispuesto en la Ley 17/2000, de 4 de diciembre de regulación de la Historia clínica.
- d. Garantizar exclusivamente el menor coste en el tratamiento del paciente.

135. Los centros sanitarios tienen la obligación de conservar la documentación clínica como mínimo:

- a. Cinco años contados desde la fecha del alta de cada proceso asistencial.
- b. Cinco años contados desde la fecha del inicio de cada proceso asistencial.
- c. Seis años contados desde la fecha del alta de cada proceso asistencial.
- d. Seis años contados desde la fecha del inicio de cada proceso asistencial.

136. Los profesionales sanitarios que desarrollen su actividad de manera individual:

- a. Son responsables de la gestión y pero no de la custodia de la documentación asistencial que generen.
- b. No son responsables de la gestión pero sí de la custodia de la documentación asistencial que generen.
- c. Son responsables de la gestión y de la custodia de la documentación asistencial que generen.
- d. No son responsables de la gestión ni de la custodia de la documentación asistencial que generen.

137. El paciente tiene derecho:

- a. Al acceso a su historia clínica y a las anotaciones subjetivas de los facultativos.
- b. Al acceso a su historia clínica con la reserva de las anotaciones subjetivas de los facultativos.

- c. Al acceso a las anotaciones subjetivas de los facultativos, pero no al resto de la historia clínica.
- d. Al acceso a cualquier historia clínica del centro y a conocer las anotaciones subjetivas de los facultativos intervinientes en esas historias.

138. El derecho de acceso del paciente a la documentación de la historia clínica:

- a. No puede ejercitarse en perjuicio del derecho de terceras personas a la confidencialidad de los datos que constan en ella recogidos en interés terapéutico del paciente.
- b. Puede ejercitarse en perjuicio del derecho de terceras personas a la confidencialidad de los datos que constan en la historia recogidos en interés terapéutico del paciente, y en perjuicio del derecho de los profesionales participantes en su elaboración.
- c. Puede ejercitarse en perjuicio del derecho de terceras personas a la confidencialidad de los datos que constan en ella recogidos sólo cuando exista un interés terapéutico del paciente y quede así acreditado con la firma del director médico.
- d. En cualquier caso, puede ejercitarse en perjuicio del derecho de terceras personas a la confidencialidad de los datos que constan en la Historia.

139. Los centros sanitarios y los facultativos de ejercicio individual tan sólo facilitarán el acceso a la historia clínica de los pacientes fallecidos:

- a. A las personas vinculadas a ellos por razones familiares, incluso aunque el fallecido lo hubiera prohibido expresamente.
- b. A las personas vinculadas a ellos por razones familiares pero no a las unidas por vínculos de hecho, salvo que el fallecido lo hubiera prohibido expresamente y así se acredite.
- c. A las personas vinculadas a ellos por razones familiares o de hecho, salvo que el fallecido lo hubiera prohibido expresamente y así se acredite.
- d. Al viudo/a exclusivamente.

140. El incumplimiento del deber de secreto está castigado penalmente como:

- a. Delito.
- b. Falta muy grave.
- c. Falta grave.
- d. Falta leve.

141. El consentimiento informado:

- a. Como regla general será escrito.
- b. Como regla general será verbal.

- c. Sólo podrá ser verbal en el caso de intervención quirúrgica.
- d. Sólo podrá ser verbal en los procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores.

142. Señale la opción incorrecta. Se otorgará el consentimiento por representación en los siguientes supuestos:

- a. Cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones, a criterio del médico responsable de la asistencia, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación.
- b. Cuando el paciente esté incapacitado legalmente.
- c. Cuando el paciente se niegue voluntariamente a prestarlo.
- d. Cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención.

143. La negativa del paciente o usuario a someterse al tratamiento:

- a. No está permitida en ningún caso.
- b. No está permitida en ningún caso ni aunque el paciente lo manifieste verbalmente.
- c. Es un derecho del paciente, siempre que lo manifieste verbalmente.
- d. Está permitida, salvo en los casos determinados en la Ley y deberá constar por escrito.

144. El personal sanitario:

- a. Está obligado a denunciar a la autoridad competente si tiene conocimiento de algún hecho delictivo al que haya tenido acceso por la actuación profesional.
- b. Tiene el derecho pero no la obligación de denunciar a la autoridad competente si tiene conocimiento de algún hecho delictivo al que haya tenido acceso por la actuación profesional.
- c. En ningún caso está obligado a denunciar a la autoridad competente si tiene conocimiento de algún hecho delictivo.
- d. Sólo debe denunciar los hechos que sean peligrosos para la salud pública.

145. ¿Qué Ley desarrolla específica y exclusivamente el secreto profesional?

- a. La Ley 5/2003, de 15 de diciembre.
- b. Actualmente no existe una ley que específicamente desarrolle el secreto profesional.
- c. La Ley 6/1994, de 16 de diciembre.
- d. La Ley 2/2003, de 15 de diciembre.

146. La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, de Autonomía del Paciente, define el consentimiento informado como:

- a. La conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud.
- b. La conformidad libre, involuntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades antes de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud.
- c. La conformidad libre, involuntaria y consciente de un paciente, manifestada en cuanto ya no se halla en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud.
- d. La conformidad inducida, involuntaria pero consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud.

147. El derecho a la protección de la salud, reconocido en el artículo 43 de la Constitución, ha sido desarrollado por:

- a. La Ley 25/2007, de 2 de mayo, de Protección del Derecho a la Salud.
- b. La Ley 17/2005, de 25 de junio, de los Derechos del Paciente para la Protección de su Salud.
- c. La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- d. La Ley 29/1996, de 24 de enero, del Derecho a la Protección de la Salud.

148. Según el artículo 1.1 de la Constitución, España se constituye en:

- a. Un Estado absolutista y con monarquía parlamentaria.
- b. Un Estado autocrático y con monarquía inconstitucional.
- c. Un Estado asocial y democrático de Derecho
- d. Un Estado social y democrático de Derecho.

149. Los Consejos de Salud de área:

- a. Son órganos no colegiados de participación individualizada para la consulta y el seguimiento de la gestión, en los que participarán las organizaciones extrahospitalarias.
- b. Son órganos colegiados de participación comunitaria para la consulta y el seguimiento de la gestión, en los que participarán las organizaciones empresariales y sindicales.
- c. No existen.

- d. Son órganos no colegiados de participación extracomunitaria para la consulta y el seguimiento de la gestión, en los que participarán las organizaciones empresariales y sindicales.

150. El Gerente del área de Salud:

- Es el órgano de gestión de la misma y podrá, previa convocatoria, asistir con voz, pero sin voto, a las reuniones del Consejo de Dirección.
- Es el órgano de gestión de la misma y podrá, sin previa convocatoria, asistir con voz y con voto a las reuniones del Consejo de Dirección.
- Es el órgano de gestión de la misma y podrá, previa convocatoria, asistir con voto, pero sin voz, a las reuniones del Consejo de Dirección.
- Es el órgano de gestión de la misma y podrá, sin previa convocatoria, asistir con voto, pero sin voz, a las reuniones del Consejo de Dirección.

151. Los/las celadores/as tramitarán sin tardanza las comunicaciones verbales que el el/la cirujano/a estime oportuno transmitir a los familiares que esperan en la sala de espera:

- El/la celador/a tramitará sin tardanza cualquier comunicación verbal o escrita que el/la cirujano/a le encomiende.
- El/la celador/a tramitará cualquier comunicación verbal o escrita siempre que no se refiera a diagnósticos, exploraciones o tratamientos.
- El/la celador/a sólo tramitará correspondencia u objetos, nunca comunicaciones verbales.
- Los/las celadores/as sólo trasladan aparatos de unos servicios a otros.

152. El rasurado de los pacientes masculinos según el Estatuto de Personal No Sanitario de Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social será función:

- Del peluquero de la institución.
- Del celador sólo en caso de ausencia del peluquero.
- Del celador sólo en caso de urgencia en el tratamiento.
- Del peluquero de la institución o del celador en caso de ausencia del peluquero o urgencia en el tratamiento.

153. Se solicita al/la celador/a de planta que acuda a la habitación 112 donde se ha producido un exitus. El/la celador/a:

- Avisa al/la celador/a del mortuorio para que se haga cargo del exitus.
- Comunica a los familiares de los fallecidos los trámites precisos para llevar a cabo los enterramientos y en caso necesario, les pondrá en contacto con la oficina administrativa correspondiente para completar la información.

- c. Avisa a la funeraria para que venga a hacerse cargo del traslado del exitus.
- d. Tiene a su cargo el traslado del cadáver al mortuario.

154. En el animalario no es función del/la celador/a:

- a. Garantizar la limpieza regular y eficaz de los animales a su cargo.
- b. Garantizar la correcta alimentación de los animales a su cargo.
- c. Llevar los animales al quirófano y colocarlos en la mesa de intervenciones quirúrgicas a petición del experimentador.
- d. Hacer uso del instrumental durante la intervención junto al experimentador.

155. ¿Cuál será la forma de proceder del/la celador/a en orden a la estancia de las familias de los/las enfermos/as en las habitaciones?

- a. Únicamente vigilará el comportamiento de los/las enfermos/as.
- b. Vigilará el comportamiento de los visitantes, evitando que estos fumen en las habitaciones, traigan alimentos o se sienten en las camas.
- c. Permitirá que los familiares deambulen por los pasillos.
- d. Dará cuenta al/a la jefe/a de Personal Subalterno de si los/las enfermos/as se sientan en las camas.

156. ¿Cómo se denomina al estatuto que actualmente, por aplicación de la Disposición Transitoria Sexta de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, rige las funciones de los celadores de instituciones sanitarias?

- a. Estatuto Jurídico de la Seguridad Social.
- b. Estatuto de Personal Sanitario no Facultativo de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social.
- c. Estatuto de Personal No Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social.
- d. Estatuto de Personal Sanitario y no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social.

157. Según el Estatuto del Personal No Sanitario de las Instituciones Sanitarias de las Seguridad Social, el/la Jefe/a de Personal Subalterno puede ordenar al/la celador/a que proceda a la limpieza de determinados elementos:

- a. Habitualmente, en caso de enfermedad o ausencia del personal de limpieza.
- b. En ningún caso.
- c. En cualquier caso.
- d. Excepcionalmente, si esa limpieza no resulta tarea idónea o decorosa para el personal de limpieza por su situación, emplazamiento, dificultad de manejo, peso de los objetos o locales a limpiar.

158. Los/las celadores/as:

- a. Ayudarán a la práctica de autopsias en aquellas funciones auxiliares que requieran por su parte hacer uso de instrumental sobre el cadáver.
- b. Amortajarán a los/las enfermos/as fallecidos/as, corriendo a su cargo el traslado de los cadáveres al mortuario.
- c. Tendrán a su cargo los animales utilizados en los quirófanos experimentales y laboratorios, a quienes cuidarán, alimentándolos, manteniendo limpias las jaulas y aseándolos, tanto antes de ser sometidos a las pruebas experimentales como después de aquéllas, y siempre bajo las indicaciones que reciban de los médicos, supervisoras o enfermeras.
- d. Lavarán y asearán a todos los/las enfermos/as que vayan a ser sometidos a intervenciones quirúrgicas.

159. El/la celador/a que se acaba de incorporar a su turno de trabajo no presenta un estado de higiene adecuado. Ante ello:

- a. El/la supervisor/a de planta le manda que vaya al quirófano y se ponga ropa aséptica.
- b. El/la Jefe/a de Personal Subalterno deberá instarle a que cuide su aseo personal.
- c. El/la Jefe/a de Personal Subalterno lo pondrá en conocimiento del/la Director/a de la Institución para que este actúe como proceda.
- d. El/la Jefe/a de Personal Subalterno no puede llamar la atención a sus subordinados en cuestiones de higiene, sólo en aquello que atañe al uniforme reglamentario.

160. El/la celador/a vigilará:

- a. El comportamiento de los/las enfermos/as y de los/las visitantes, evitando que estos/as fumen en las habitaciones.
- b. El comportamiento de los/las enfermos/as, evitando que se sienten en las camas.
- c. El comportamiento de los/las enfermos/as y visitantes evitando toda acción que perjudique la buena imagen pública de la institución.
- d. El comportamiento del personal sanitario de la institución.

161. Según la dicción literal del Estatuto del Personal No Sanitario de Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, el/la Jefe/a de Personal Subalterno dará cuenta de los desperfectos o anomalías que encuentre en la institución:

- a. Al Director del Hospital.
- b. Al SAIP.
- c. Al Administrador.
- d. Al/a la Jefe/a de Infraestructuras.

162. A la hora de la visita, el/la Supervisor/a avisa al/la celador/a de planta para que acuda a la habitación 612 dado el excesivo alboroto que se oye en ella:

- El/la Supervisor/a no puede llamar al celador.
- El/la celador/a acudirá a dicha habitación reclamando silencio y compostura a los visitantes.
- El/la celador/a avisará al/a la Supervisor/a de guardia para que desaloje la habitación.
- El/la celador/a acudirá a la habitación 612 y desalojará a todos los visitantes por no haber guardado el debido silencio.

163. Los/las celadores/as estaban regulados por estatutos preconstitucionales, por ello era necesario actualizar y adaptar su régimen jurídico. ¿Por medio de qué Ley se lleva a cabo dicha actualización y adaptación?

- Ley 55/2003, de 16 de diciembre.
- Ley 3/2003, de 12 de enero.
- Ley 5/2002, de 30 de diciembre.
- Ley 4/2000, de 15 de noviembre.

164. ¿De conformidad con qué artículo de la Constitución Española se lleva a cabo la aprobación del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud?

- Artículo 123.2.11.
- Artículo 165.5.16.
- Artículo 149.1.18.
- Artículo 129.7.18.

165. El/la familiar del/de la enfermo/a de la habitación 521, comunica al/ a la celador/a de planta que se ha derramado un café en la entrada de su habitación. El/la celador/a:

- Procederá a su limpieza inmediatamente.
- Llamará la atención al familiar por no haber tenido cuidado, instándole a que lo limpie.
- Avisará al personal de limpieza para que lo limpie lo antes posible.
- Dará cuenta a sus inmediatos superiores.

166. Es tarea de los/las celadores/as:

- Instruir a los/las familiares de los/las enfermos/as en el uso y manejo de cortinas.
- Vigilar durante el día que las puertas de los servicios complementarios estén cerradas.

- c. Comunicar al/a la Jefe/a de Personal Subalterno las anomalías que encontraren en la limpieza de la Institución.
- d. Tramitarán o conducirán sin tardanza las comunicaciones verbales, documentos, correspondencia u objetos que les sean confiados por los/las enfermos/as y usuarios/as.

167. El/la celador/a de UVI es requerido por el/la supervisor/a para que lave al/a la enfermo/a del box 3, una vez hayan finalizado los/las enfermeros/as la cura que están realizando. El/la celador/a:

- a. Dice cortésmente al/a la supervisor/a que no es función suya lavar al/a la enfermo/a.
- b. Avisa a los/las auxiliares de enfermería para que lo laven.
- c. Atendiendo a las indicaciones del/la supervisor/a, lavará al/a la enfermo/a.
- d. Llamará al/a la Jefe/a de Personal Subalterno y le pedirá autorización para lavar al/a la enfermo/a.

168. Avisan al/a la celador/a de planta de que es necesario trasladar a un/una enfermo/a en ambulancia por orden médica. El traslado se realiza desde la habitación del/de la enfermo/a hasta el hospital de referencia. ¿Cómo debe proceder el/la celador/a?

- a. Se negará rotundamente a llevar a cabo este traslado, ya que el/la celador/a solo tiene entre sus funciones el traslado de enfermos/as dentro de la Institución.
- b. Al ser un traslado secundario, el traslado lo hará solamente el/la conductor/a de la ambulancia.
- c. Será el equipo médico el encargado de realizar el traslado y acompañar al/a la enfermo/a.
- d. Trasladará al/a la enfermo/a siguiendo siempre las indicaciones del personal facultativo para hacerlo de la forma más adecuada.

169. Las funciones de los/las celadores/as vienen recogidas en:

- a. La Disposición Transitoria Sexta de la Ley 55/2003.
- b. La Disposición Transitoria Segunda de la Ley 55/2003.
- c. La Disposición Transitoria Quinta de la Ley 55/2003.
- d. El Estatuto del Personal No Sanitario de Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social.

170. ¿Cuándo podrá el/la celador/a servir de ascensorista?

- a. Sólo cuando lo ordene el/la Director/a de la Institución.
- b. Solamente en horario de visitas.

- c. En ningún caso el/la celador/a servirá de ascensorista.
- d. Siempre que las necesidades del servicio lo requieran.

171. En la consulta de máxilo-facial es necesario trasladar el biombo y la camilla a la consulta de cirugía plástica, para ello avisan al/a la celador/a. ¿Cómo actuará el/la celador/a?

- a. Realizará el traslado lo antes posible.
- b. No realizará el traslado al no entrar dentro de sus funciones.
- c. Corresponde al personal de oficio realizar los traslados dentro de la Institución.
- d. El/la Jefe/a de Personal Subalterno avisará al personal de mudanzas para realizar el traslado.

172. Señale la respuesta correcta. Según el Estatuto de Personal No Sanitario de las Instituciones Sanitarias, corresponde al/a la Jefe/a de Personal Subalterno:

- a. En los quirófanos, auxiliar en todas aquellas labores propias del/de la celador/a destinado en estos servicios, así como en las que les sean ordenadas por los/las médicos/as o supervisores/as.
- b. Bañar a los enfermos masculinos cuando no puedan hacerlo por sí mismos, siempre de acuerdo con las instrucciones que reciban de los/las supervisores/as de plantas o servicios.
- c. Ayudar en la colocación y retirada de las cuñas para la recogida de excretas de dichos enfermos.
- d. Cuidar del orden del edificio, dando cuenta al Administrador de los desperfectos o alteraciones que encuentre.

173. El Estatuto de Personal No Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social fue promulgado por:

- a. Orden de 6 de junio de 1973.
- b. Orden de 26 de julio de 1971.
- c. Orden de 5 de julio de 1971.
- d. Orden de 16 de julio de 1973.

174. Corresponde al/a la Jefe/a de Personal Subalterno:

- a. Ayudar a los/las enfermeros/as y ayudantes de planta al movimiento y traslado de los/las enfermos/as encamados/as que requieran un trato especial en razón de sus dolencias para hacerles las camas.
- b. Vigilar las entradas de la Institución, no permitiendo el acceso a sus dependencias más que a las personas autorizadas para ello.

- c. Tener a su cargo la vigilancia nocturna, tanto del interior como del exterior, cuidando que estén cerradas las puertas de servicios complementarios.
- d. Constatar que el personal de oficio y subalterno cumple el horario establecido en la Institución y permanece constantemente en el puesto de trabajo.

175. Según dispone literalmente el Estatuto del Personal No Sanitario de Instituciones Sanitarias, los/las celadores/as lavarán y asearán a los enfermos masculinos encamados que no puedan realizar estas tareas por ellos mismos:

- a. Excepcionalmente.
- b. Siempre.
- c. Los/las celadores/as lavarán a todos los enfermos, independientemente de su capacidad de hacerlo por sí mismos.
- d. Lavar y asear a los/las enfermos/as es función propia de los/las auxiliares de enfermería, nunca de los/las celadores/as.

176. Según el Estatuto de Personal No Sanitario de las Instituciones Sanitarias, no corresponde al/a la celador/a limpiar o lavar:

- a. En todo caso y sin necesidad de indicación al respecto, a los enfermos masculinos encamados o que no puedan realizarlo por sí mismos.
- b. Las jaulas de los animales utilizados en los laboratorios.
- c. Aquellos objetos que por su peso, emplazamiento o dificultad de manejo no son susceptibles de ser limpiados por el personal de limpieza de forma idónea o decorosa.
- d. La mesa y la sala de autopsias.

177. El/la auxiliar de enfermería ordena al/a la celador/a que coloque por sí solo/a una cuña a un/una enfermo/a. Ante esto, el/la celador/a, en aplicación del Estatuto del Personal No Sanitario de Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, deberá:

- a. Colocar la cuña y retirarla, acatando la orden del/de la auxiliar.
- b. Recordar al/a la auxiliar de enfermería que no es función suya la colocación de cuñas, sino en todo caso ayudar en esta colocación ante circunstancias especiales concurrentes en el/la enfermo/a en cuanto a su movilidad.
- c. Preguntar al/a la supervisor/a de planta si debe colocar y retirar la cuña al/a la enfermo/a.
- d. Acudir al/a la Jefe/a de Personal Subalterno para que le auxilie en la colocación y retirada de la cuña.

178. Entre las tareas asignadas al/a la celador/a que impliquen el auxilio o colaboración con el resto de personal al servicio de las Instituciones Sanitarias se encuentra:

- El transporte de enfermos/as.
- La vigilancia nocturna, tanto del interior como del exterior del edificio.
- La movilización de enfermos/as encamados/as que requieran un trato especial en razón de sus dolencias para hacerles las camas.
- Dar de comer a los animales de experimentación.

179. Según el Estatuto del Personal No Sanitario de Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, el/la celador/a:

- Ayudará a los/las enfermeros/as o personas encargadas a amortajar a los/las enfermos/as fallecidos/as, corriendo a su cargo el traslado de los cadáveres al mortuario.
- Ayudará a los/las enfermeros/as o personas encargadas a amortajar a los enfermos/as fallecidos/as y avisará al/a la Jefe/a del Personal Subalterno para el traslado de los cadáveres al mortuario.
- Ayudará a los/las enfermeros/as o personas encargadas a amortajar a los/las enfermos/as con movilidad reducida, corriendo a su cargo los traslados.
- Ayudarán únicamente en el traslado de los cadáveres al mortuario, pero no en el amortajamiento de los/las enfermos/as fallecidos/as.

180. ¿Quién podría ordenar a un celador/a bañar a un/una enfermo/a cuando no pueda hacerlo por sí mismo/a?

- El/la Jefe/a de Personal Subalterno.
- El/la supervisor/a de planta.
- El/la auxiliar de enfermería.
- Nadie.

181. ¿En cuántos apartados se dividen las funciones que el Estatuto del Personal No Sanitario de Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social establece para los/las celadores/as?

- 32.
- 22.
- 23.
- 33.

182. Según el Estatuto del Personal No Sanitario de Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, el/la celador/a de quirófanos:

- Irá uniformado de blanco.
- Auxiliará en todas aquellas labores propias del/la médico/a, supervisor/a o enfermero/a a indicación de estos.

- c. Auxiliará en todas aquellas labores propias del/la celador/a destinado en estos servicios, así como las que le sean ordenadas por el/la médico/a.
- d. Los/las celadores no tienen asignada en el citado Estatuto ninguna función en el Quirófano.

183. Según el Estatuto del Personal No Sanitario de Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, los/las celadores/as:

- a. Cuidarán de que los visitantes no deambulen solos por los pasillos y dependencias, acompañándolos personalmente hasta el lugar donde concretamente se dirijan.
- b. Cuidarán de que los/las enfermos/as no deambulen por los pasillos y dependencias, conduciéndolos inmediatamente a su habitación.
- c. Cuidarán de que nadie deambule de noche por los pasillos y dependencias en ningún caso.
- d. Cuidarán de que los visitantes no deambulen por los pasillos y dependencias más que lo necesario para llegar al lugar donde concretamente se dirijan.

184. De las siguientes funciones, ¿cuál no corresponde al/a la celador/a destinado/a en las unidades de Psiquiatría?

- a. Registrar en la hoja de incidencias los signos premonitorios de violencia o agresividad del/de la enfermo/a.
- b. Trasladar los carros de unidosis.
- c. Vigilar el orden y armonía de los pacientes ingresados.
- d. Trasladar a los/las enfermos/as en el servicio de ambulancias.

185. Cuando un/una enfermero/a comunique al/a la celador/a el fallecimiento de un/una enfermo/a y solicite su colaboración, el/la celador/a:

- a. Desalojará de inmediato al/a la enfermo/a que compartía habitación con el/la fallecido/a para que se le asigne otra habitación.
- b. Lo comunicará al/a la celador/a de necropsias para que éste se haga cargo del traslado.
- c. Ayudará al/a la enfermero/a o personas responsables a amortajar al/a la fallecido/a y trasladará el cadáver al mortuario.
- d. Informará del fallecimiento a los familiares e intentará tranquilizarlos.

186. En el caso de que, durante la realización de una autopsia, el/la celador/a sea requerido por el/la médico/a responsable para que realice una incisión sobre el cadáver, cosa la misma, y limpie la mesa y la sala de autopsias, ¿cuál sería la actuación correcta del/la celador/a?

- a. Realizar todo lo que le ordene el/la médico/a, ya que es un superior jerárquico.
- b. Solamente coser el cadáver y realizar la limpieza de la mesa y la sala, ya que no puede hacer incisiones sobre el cadáver.

- c. No realizar ninguna de las tres acciones encomendadas, pues las dos primeras corresponden al personal sanitario y la última al personal de limpieza.
- d. Solamente realizar la limpieza de la mesa y la sala, ya que no son funciones suyas realizar incisiones ni coser el cadáver.

187. El control discreto de paquetes y bultos de que sean portadoras las personas ajenas a la Institución que tengan acceso a la misma, según el Estatuto del Personal No Sanitario de Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, corresponde:

- a. Al/a la celador/a.
- b. Al personal de seguridad privada contratado en cada centro.
- c. Al/a la Jefe/a de Personal Subalterno.
- d. El citado Estatuto no contempla esta función.

188. ¿Quién podría ordenar a un/una celador/a, en determinadas circunstancias, lavar y asear a un paciente masculino, según dispone el Estatuto del Personal No Sanitario de Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social?

- a. El/la Jefe/a de Personal Subalterno.
- b. El/la médico/a encargado/a de la asistencia del/la enfermo/a.
- c. El/la supervisor/a de planta.
- d. El/la auxiliar de enfermería.

189. El/la celador/a es solicitado/a para que traslade un paciente a la sala de exploraciones radiológicas; ¿quién debe colocar al/a la paciente en la mesa de exploraciones?

- a. En caso de urgencia, el/la celador/a con ayuda de los familiares.
- b. Sólo el/la auxiliar de enfermería.
- c. Sólo el personal facultativo.
- d. El personal sanitario ayudado por el/la celador/a.

190. ¿Quién desplazará el aparato de EMG desde la consulta hasta el quirófano?

- a. El/la celador/a de planta.
- b. El/la instrumentista.
- c. El/la supervisor/a de quirófanos.
- d. El/la celador/a de quirófanos.

191. En el servicio de anatomía patológica, el/la celador/a deberá:

- a. Limpiar la mesa, el instrumental y la propia sala de autopsias.
- b. Ayudar en la redacción de informes para colaborar con el personal administrativo, cumpliendo con su función de colaboración.

- c. Practicar las incisiones que el/la médico/a responsable le indique.
- d. Registrar documentalmente las observaciones que el/la médico/a forense vaya realizando durante la autopsia.

192. Si el/la celador/a es requerido/a para ayudar al/a la fisioterapeuta a iniciar en la deambulaci3n a un paciente, deber3:

- a. Colaborar con el/la fisioterapeuta en aquellas funciones propias.
- b. Educadamente, hacerle ver que no es su funci3n.
- c. S3lo ayudar si es necesario para el uso de medios mec3nicos.
- d. El/la celador/a no puede ayudar en el gimnasio.

193. El/la supervisor/a encomienda al/la celador/a la tarea de llevar a un paciente al servicio de Radiodiagn3stico. El/la celador/a deber3:

- a. Cuidar de que el/la paciente no hable durante el trayecto.
- b. Elegir el medio de transporte m3s adecuado atendiendo a las indicaciones del personal sanitario sobre la movilidad del/la paciente.
- c. Explicar al/a la paciente el contenido de la prueba diagn3stica que se le va a realizar.
- d. Avisar al/a la jefe/a de Personal Subalterno para que realice el traslado solicitado.

194. El movimiento de los/las enfermos/as encamados para hacerles la cama corresponde:

- a. A los/las enfermeros/as.
- b. A los/las auxiliares de enfermer3a.
- c. A los/las celadores/as.
- d. Al personal de enfermer3a y ayudantes de plantas, ayudados por el/la celador/a cuando los/las enfermos/as encamados/as requieran un trato especial en raz3n de sus dolencias para hacerles las camas.

195. Un/una paciente ingresado/a es dado de alta en la planta, el Facultativo encomienda al/a la celador/a su traslado al exterior. ¿Qu3 debe hacer el/la celador/a seg3n el Estatuto del Personal No Sanitario de Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social?

- a. Negarse de forma cort3s, pues sus competencias incluyen los traslados en ambulancia 3nicamente.
- b. Proceder al transporte por el medio m3s adecuado al estado del/de la paciente.
- c. Delegar en los familiares del/de la paciente el traslado al exterior del mismo, ya que est3 dado de alta, facilit3ndoles una silla de ruedas si es preciso.
- d. Avisar a los/las porteros/as de la instituci3n para que realicen el traslado a la salida.

196. ¿A quién corresponde, según el Estatuto del Personal No Sanitario de Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, vigilar personalmente la limpieza de la institución?

- a. Al/a la celador/a.
- b. Al/a la Jefe/a de Personal Subalterno.
- c. Al/a la directora/a de la Institución.
- d. A los/las enfermeros/as.

197. Una de las siguientes funciones no corresponde a los/las celadores/as, según el Estatuto del Personal No Sanitario de Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social. Señale cuál:

- a. Harán los servicios de guardia que correspondan dentro de los turnos que se establezcan.
- b. Velarán continuamente por conseguir el mayor orden y silencio posible en todas las dependencias de la Institución.
- c. Mantendrán el régimen establecido por la Dirección para el acceso de enfermos/as, visitantes y personal a las distintas dependencias de la Institución.
- d. Vigilarán las entradas de la Institución, no permitiendo el acceso a sus dependencias más que a las personas autorizadas para ello.

198. ¿Quiénes tendrán a su cargo, según el Estatuto del Personal No Sanitario de Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, la vigilancia nocturna, tanto del interior como del exterior del edificio de la institución sanitaria, del que cuidarán estén cerradas las puertas de servicios complementarias?

- a. El/la celador/a.
- b. El/la Jefe/a de Personal Subalterno.
- c. El servicio privado de vigilancia contratados por el centro.
- d. La vigilancia nocturna del interior corresponde al/la celador/a, pero la exterior no está asignada a nadie por el mencionado Estatuto.

199. Un/una celador/a observa que, debido a un golpe con una camilla, se ha producido un desconchón en la pared de uno de los pasillos de la tercera planta. Para cumplir con lo dispuesto en el Estatuto del Personal No Sanitario de Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social deberá:

- a. Dar cuenta a los servicios de mantenimiento del edificio.
- b. Dar cuenta a su inmediato superior.
- c. Proceder a arreglar el desperfecto con los materiales y equipo adecuados.
- d. Nada, en el citado Estatuto no se contempla ninguna función de los/las celadores/as respecto a desperfectos o anomalías en la conservación del edificio.

200. Si un familiar de un/una paciente que está siendo intervenido/a en quirófano, dando un paseo por los pasillos de la planta, pregunta a un/una celador/a sobre la operación o el estado del/de la enfermo/a, el/la celador/a no deberá:

- a. Orientar las consultas hacia el/la médico/a encargado/a de la asistencia del/de la enfermo/a.
- b. Abstenerse de emitir pronósticos sobre la enfermedad u operación en curso.
- c. Hacer comentarios sobre diagnósticos, exploraciones y tratamientos que se estén realizando a los/las pacientes.
- d. Cuidar de que el familiar no deambule por los pasillos y dependencias más de lo necesario.

201. ¿Quién garantizará la custodia de pertenencias de los pacientes ingresados?

- a. La Unidad de Atención al Paciente.
- b. Los/las vigilantes de seguridad.
- c. El Servicio de Admisión.
- d. Los/las celadores/as.

202. El establecimiento del régimen económico provisional de la prestación asistencial en una Institución sanitaria es función de la unidad o servicio de:

- a. Admisión.
- b. Contabilidad.
- c. Facturación.
- d. Hostelería.

203. A fin de recibir al paciente, ¿de cuántas maneras puede actuar Admisión de Urgencias?

- a. Como oficina delegada durante el día y como Unidad Central de Admisión durante la noche y festivos.
- b. Como oficina delegada por la noche, ya que Admisión de Ingresos sólo trabaja durante los días de la semana, incluyendo festivos y noches.
- c. Admisión de Urgencias nunca podrá ser una oficina delegada de Admisión de ingresos ya que no son funciones específicas de Admisión de Urgencias la recepción y registro de pacientes.
- d. Admisión de Urgencias nunca podrá actuar como Unidad Central de Admisión.

204. Admisión de urgencias actúa como oficina delegada de admisión de ingresos:

- a. En domingos y festivos.
- b. Durante las noches.
- c. Durante el día.
- d. Nunca podrá actuar como oficina delegada salvo en festivos.

205. Admisión de urgencias actúa como Unidad Central de Admisión:

- a. En noches y festivos.
- b. Sólo durante las noches.
- c. Durante el día.
- d. Sólo en los días festivos.

206. Los centros sanitarios públicos deben disponer de:

- a. Buzón para sugerencias y Libros de reclamaciones.
- b. Sólo deben disponer de Libro de reclamaciones.
- c. Sólo deben disponer de Buzones para sugerencias.
- d. Sólo deben disponer de ellos los centros privados.

207. ¿Qué personal es el encargado de recoger los datos personales y de derecho a la asistencia sanitaria de los/las pacientes que acuden al servicio de urgencias de un hospital?

- a. El/la supervisor/a de urgencias.
- b. El/la celador/a.
- c. Personal auxiliar administrativo.
- d. Médico de urgencias.

208. Cuando ingresa por urgencias de un hospital un accidentado de tráfico, ¿qué unidad cumplimenta el parte de lesiones al juzgado de guardia?

- a. Ninguna.
- b. Dirección médica.
- c. Admisión de consultas.
- d. Admisión de urgencias.

209. Se ha producido el ingreso de un/a enfermo/a a través del servicio de admisión. El/la paciente no precisa ser trasladado en camilla y debe ser acompañado a una planta.

- a. Corresponde dicha función el/la Celador/a, acompañado de Personal sanitario.
- b. Esta función no es específica del/la Celador/a, de acuerdo con su Estatuto.

- c. El propio Servicio de Admisión entregará al/la paciente una tarjeta indicativa de la planta a la que debe dirigirse.
- d. Esta función la realizará normalmente el/la Celador/a destinado en el Servicio de Admisión.

210. El control de entrada de visitas en un hospital:

- a. Debe realizarlo el personal de seguridad.
- b. Es misión del/la Celador/a.
- c. El/la Celador/a no debe dedicarse a esa labor.
- d. Es misión del/a Jefe/a de Personal Subalterno.

211. No corresponde al Servicio de Admisión:

- a. La asignación de camas a los/as pacientes.
- b. Organización de las listas de espera.
- c. Control y autorización de altas.
- d. Proponer a la Dirección las normas de estancia en el Centro.

212. ¿A qué servicio hospitalario le corresponde la confección y entrega de pases de visita?

- a. Servicio de Atención al Usuario.
- b. Servicio de Admisión.
- c. Servicio de Información.
- d. Servicio de Registro General.

213. ¿A qué servicio hospitalario le corresponde canalizar quejas, reclamaciones y sugerencias de los/las usuarios/as?

- a. Servicio de Atención al Usuario.
- b. Servicio de Admisión.
- c. Servicio de Defensor del Paciente.
- d. Servicio de Asesoría Jurídica.

214. El servicio hospitalario responsable de informar al/a paciente, así como de atender y garantizar la tramitación de las reclamaciones que se puedan producir se denomina:

- a. Servicio de Información.
- b. Servicio de Admisión.
- c. Servicio de Documentación Sanitaria.
- d. Servicio de Atención al Usuario.

215. ¿A qué servicio del hospital puede corresponder acreditar a los/as visitantes en horarios especiales?

- a. Admisión de Urgencias.
- b. Servicio de Admisión.
- c. Servicio de Atención al Usuario.
- d. Servicio de Seguridad y Orden Interno.

216. ¿A qué servicio del hospital le corresponde la confección diaria y actualización constante de la planilla o planning de situación de enfermos/as?

- a. Admisión de Urgencias.
- b. Admisión de Ingresos.
- c. Admisión de Consultas Externas.
- d. Servicio de Documentación Sanitaria.

217. Expresado en centímetros, el ancho de las camas hospitalarias estándar es aproximadamente de:

- a. 70 - 80.
- b. 80 - 90.
- c. 90 - 100.
- d. 100 - 110.

218. El accesorio denominado “Arco de Cama” se emplea para:

- a. Movilizar a pacientes traumatológicos.
- b. Colgar las pesas de un sistema de tracción.
- c. Evitar el peso que ejerce la ropa de la cama sobre el/la paciente.
- d. Todas son ciertas.

219. La cama que consta de un somier metálico, formado por tres segmentos móviles que se accionan mediante una manivela, es:

- a. Cama metálica de somier rígido.
- b. Cama articulada.
- c. Cama libro.
- d. Cama ortopédica.

220. La cama cuyo aspecto es semejante a la cama articulada pero que permite la angulación lateral y, por lo tanto, la modificación de las zonas de apoyo del cuerpo, se llama:

- a. Cama traumatológica.
- b. Cama libro.
- c. Cama o armazón de Foster.
- d. Cama de somier rígido.

221. El accesorio que se ajusta alrededor de la cama para prevenir caídas de enfermos/as se llama:

- a. Barandillas o Rejas de seguridad.
- b. Barra de tracción.
- c. Férula de arco.
- d. Arco de cama.

222. El accesorio de la cama hospitalaria que, bien se puede colgar del techo en sistema de riel, bien permite la posibilidad de ser adaptado a la cabecera de la cama o bien ser portátil mediante ruedas y que es necesario para administrar determinada medicación, se llama:

- a. Férula de arco.
- b. Arco de cama.
- c. Soporte de suero.
- d. Barra de tracción.

223. La cama que consta de un marco que sujeta unas varillas metálicas situadas encima de la cama para acoplar poleas, para sujetar pesas, etc., se llama:

- a. Cama de Judet u ortopédica.
- b. Cama electrocircular.
- c. Cama articulada.
- d. Cama libro.

224. El colchón que consta de unas bolas neumáticas que se hinchan y deshinchan alternativamente gracias a dos motores que dirigen un compresor-descompresor, se llama:

- a. Colchón de agua.
- b. Colchón de esferas fluidificado.
- c. Colchón de alternating o antiescaras.
- d. Colchón de muelles.

225. La cama de Judet se emplea sobre todo en pacientes de:

- a. Cirugía.
- b. Traumatología.
- c. Ginecología.
- d. Nefrología.

226. La altura de la cama hospitalaria sin colchón suele ser:

- a. 60 cm.
- b. 70 cm.

- c. 80 cm.
- d. 90 cm.

227. No suele formar parte de una Unidad del Paciente:

- a. Cama hospitalaria.
- b. Toma de oxígeno.
- c. Pie para suero.
- d. Carro de curas.

228. De entre los tipos de camas existentes en un hospital, ¿cuál se utilizará preferentemente para pacientes con fracturas o parálisis en las extremidades?

- a. Electrocircular.
- b. Camilla rígida.
- c. Camilla articulada.
- d. Cama ortopédica o de Judet.

229. ¿Qué es un "cuadro balcánico" o "marco de Balcan"?

- a. Un armazón metálico que se acopla a las camas de los enfermos y que tiene por finalidad la de sujetar las poleas y el resto del equipo de tracción.
- b. Una cama que se instala provisionalmente en una habitación que tiene ocupadas todas las camas de que dispone.
- c. Un instrumental quirúrgico especializado.
- d. Un accesorio de la cama electrocircular.

230. Los colchones antiescaras, cada vez más utilizados en las camas hospitalarias, suelen ser especiales para:

- a. Enfermos con riesgo de padecer úlceras por presión.
- b. Pacientes psiquiátricos agitados.
- c. Pacientes alimentados por sondas nasogástricas.
- d. No se debe utilizar este tipo de colchones.

231. ¿Cuál es el tipo de colchón que podemos ver con más asiduidad en los hospitales?

- a. Colchón de muelles.
- b. Colchón de espuma.
- c. Colchón de agua.
- d. Colchón antiescaras.

232. La cama específica para exploración y transporte que es ampliamente utilizada en el ámbito sanitario se denomina:

- a. Cama rígida.
- b. Cama articulada.
- c. Camilla.
- d. Cama traumatológica.

233. La posición mahometana se corresponde con la posición denominada:

- a. Genupectoral.
- b. Sims.
- c. Ginecológica.
- d. Trendelenburg.

234. La posición Trendelenburg se diferencia de la posición decúbito supino en que en la primera:

- a. El plano donde se apoya el cuerpo está inclinado 45° respecto al plano del suelo y la cabeza del paciente está más baja que los pies.
- b. El plano donde se apoya el cuerpo está inclinado 45° respecto al plano del suelo y la cabeza del paciente está más alta que los pies.
- c. El plano donde se apoya el cuerpo está inclinado 30° respecto al plano del suelo y la cabeza del paciente está más baja que los pies.
- d. El plano donde se apoya el cuerpo está inclinado 60° respecto al plano del suelo y la cabeza del paciente está más baja que los pies.

235. A la hora de levantar una carga y con el fin de evitar riesgos de lesiones en la zona lumbar, ¿cuál es la postura más correcta?

- a. Con el tronco inclinado hacia delante.
- b. Con el tronco inclinado hacia atrás.
- c. Con la espalda recta y las rodillas flexionadas.
- d. Carece de importancia la posición adoptada.

236. Hablamos de hemipléjico cuando nos referimos a un paciente que presenta parálisis en:

- a. Miembros superiores y miembros inferiores.
- b. Miembros superiores.
- c. Miembros inferiores.
- d. La mitad del cuerpo.

237. Señale la respuesta incorrecta respecto a la posición de litotomía.

- a. Las caderas de la paciente están colocadas sobre estribos.
- b. Los muslos de la paciente se encuentran en abducción.
- c. Las rodillas de la paciente se encuentran flexionadas.
- d. Los pies de la paciente están colocados sobre estribos.

238. En la posición de Fowler la colocación del enfermo es:

- a. Sentado.
- b. Semiladeado.
- c. Semisentado.
- d. Lateral.

239. Con respecto a la posición de Fowler, existen dos variantes. Una de ellas es la posición de Semi-Fowler en la cual:

- a. Elevamos la cabecera de la cama en un ángulo de 30°.
- b. Elevamos la cabecera de la cama en un ángulo de 45°.
- c. Es una posición intermedia entre decúbito lateral y prono.
- d. Bajamos la cabecera de la cama en un ángulo de 30°.

240. Si un paciente sufre una lipotimia se recomienda colocarlo en posición:

- a. Supino.
- b. Trendelemburg.
- c. Antitrendelemburg.
- d. Roser.

241. ¿Cuál de las siguientes posiciones usarías para colocar a un enfermo inconsciente para facilitar la eliminación de secreciones?

- a. Roser.
- b. Sims o semiprono.
- c. Fowler alta.
- d. Trendelemburg.

242. El giro del antebrazo que tiene como resultado poner la palma de la mano hacia delante o hacia arriba, se denomina:

- a. Abducción.
- b. Aducción.
- c. Pronación.
- d. Supinación.

243. El giro del antebrazo que tiene como resultado poner la palma de la mano hacia atrás o hacia abajo, se denomina:

- a. Abducción.
- b. Aducción.
- c. Pronación.
- d. Supinación.

244. El movimiento que implica plegar o doblar una extremidad sobre una articulación se denomina:

- a. Extensión.
- b. Flexión.
- c. Abducción.
- d. Aducción.

245. El movimiento que implica extender o estirar una extremidad sobre una articulación se denomina:

- a. Extensión.
- b. Flexión.
- c. Abducción.
- d. Aducción.

246. En la posición de Trendelenburg el/la paciente está:

- a. En decúbito supino con hiperextensión de cuello.
- b. En decúbito prono con la cabeza ladeada.
- c. En decúbito lateral izquierdo con la cabeza hacia el lado derecho.
- d. En decúbito supino con la cabeza más baja que los pies.

247. Un/a paciente al que se le va a practicar una exploración rectal se debe situar en posición:

- a. Genupectoral.
- b. Morestin.
- c. Trendelenburg.
- d. Fowler.

248. ¿Cuál de las siguientes posiciones se conoce también como posición anatómica?

- a. Fowler.
- b. Decúbito supino.
- c. Decúbito lateral izquierdo.
- d. Genupectoral.

249. Las posiciones de supino, sims, morestin, ginecológica y mahometana, se llaman también, respectivamente:

- a. Ventral, semiprono, trendelenburg, litotomía y genupectoral.
- b. Dorsal, semiprono, antitrendelenburg, litotomía y genupectoral.
- c. Dorsal, semiprono, trendelenburg, ginecológica y genupectoral.
- d. Dorsal, semiprono, trendelenburg, ginecológica y fowler.

250. La posición de semiprono se denomina también:

- a. Fowler.
- b. Sims.
- c. Ventral.
- d. Dorsal.

251. Señale la respuesta incorrecta respecto a la posición de litotomía.

- a. La paciente está acostada boca arriba.
- b. Las piernas están colocadas sobre estribos.
- c. Los muslos de la paciente se encuentran en aducción.
- d. Las rodillas de la paciente se encuentran flexionadas.

252. La posición en la cual el paciente se encuentra acostado sobre el abdomen y pecho, con la cabeza girada lateralmente, se denomina:

- a. Decúbito supino.
- b. Decúbito prono.
- c. Sims.
- d. Roser.

253. La posición que se utiliza en el examen manual o instrumental del aparato genital femenino, se llama:

- a. Morestin.
- b. Trendelenburg.
- c. Litotomía.
- d. Roser.

254. A la posición Morestin se le llama también:

- a. Sims.
- b. Trendelenburg.
- c. Antitrendelenburg.
- d. Genupectoral.

255. En el caso de que un/a paciente presente shock hipovolémico, hipotensión arterial severa y otras situaciones que requieran un buen aporte sanguíneo cerebral está indicada la posición:

- a. Antitrendelenburg.
- b. Morestin.
- c. Trendelenburg.
- d. Litotomía.

256. Cuando no es posible la colaboración del/la paciente en un cambio postural, para evitar posibles lesiones musculares debe tenerse en cuenta:

- a. Se deben flexionar ligeramente las piernas con los pies separados.
- b. Se debe levantar el objeto con la espalda flexionada.
- c. Se deben flexionar ligeramente las piernas con los pies juntos.
- d. Se debe flexionar ligeramente la espalda con los pies juntos.

257. ¿En qué posición se debe colocar a un enfermo en el servicio de digestivo para realizarle una exploración del abdomen?

- a. Ventral.
- b. Dorsal.
- c. Decúbito Prono.
- d. Litotomía.

258. ¿En qué cavidad del cuerpo humano se encuentran contenidas la cavidad peritoneal y la cavidad pélvica?

- a. Cavidad abdominal.
- b. Cavidad torácica.
- c. Cuadrantes medios.
- d. Cuadrantes inferiores.

259. Las movilizaciones que se realizan sobre el/la paciente que se encuentra imposibilitado en la cama, que modifican su postura corporal y que se efectúan de forma programada, reciben el nombre de:

- a. Mecánica corporal.
- b. Cambios posturales.
- c. Alineación corporal.
- d. Drenajes corporales.

260. El ángulo de inclinación de la camilla en la posición Trendelenburg es aproximadamente:

- a. 90°
- b. 15°

- c. 60°
- d. 45°

261. Con respecto a las técnicas de traslado de los/las pacientes dentro del hospital:

- a. Son medios habituales de realizarlo la silla de ruedas y la camilla.
- b. Se realiza el transporte en uno de los medios anteriormente indicados a criterio de la auxiliar de enfermería.
- c. La movilización del paciente de una zona a otra del hospital ha de ser realizada siempre con rapidez.
- d. El celador debe siempre ir acompañado de personal sanitario.

262. Si nos agachamos para coger un bulto y por lo tanto doblamos los miembros inferiores, estamos realizando un movimiento de:

- a. Extensión.
- b. Flexión.
- c. Abducción.
- d. Aducción.

263. Un/a paciente semisentado sobre la cama, con las rodillas ligeramente flexionadas y el respaldo de la cama formando un ángulo de 45° respecto a la horizontal, se encuentra en posición:

- a. Ginecológica.
- b. Fowler alta.
- c. Fowler.
- d. Semi-Fowler.

264. El acto de separar un miembro del plano medio del cuerpo se llama:

- a. Abducción.
- b. Aducción.
- c. Pronación.
- d. Supinación.

265. Las muletas de uso habitual utilizadas frecuentemente en casos de enyesado de miembro inferior o esguinces se llaman:

- a. De aluminio o madera.
- b. Muletas de antebrazo o de Lofstrand.
- c. Muletas de plataforma.
- d. Andadores.

266. El plano que está situado en la línea media del cuerpo y lo divide en dos mitades especulares, derecha e izquierda, se llama:

- a. Plano sagital.
- b. Plano horizontal.
- c. Plano frontal.
- d. Plano transversal.

267. El eje del cuerpo que posee una orientación de adelante hacia atrás se llama:

- a. Eje longitudinal.
- b. Eje transversal.
- c. Eje sagital.
- d. Eje oblicuo.

268. Las muletas que presentan superficies forradas o acolchadas y son utilizadas por pacientes que no pueden soportar la descarga del peso corporal sobre sus muñecas se denominan:

- a. Muletas de plataforma.
- b. Muletas para antebrazo.
- c. Muletas de Lofstrand.
- d. Muletas de férula de Braun.

269. La posición quirúrgica en la que el/a paciente es colocado en decúbito prono con la cabeza sobresaliendo del borde de la mesa y la frente apoyada en un soporte en el que la cabeza queda suspendida y alineada con el resto del cuerpo se denomina:

- a. Kraske.
- b. Laminectomía.
- c. Craneotomía.
- d. Roser.

270. Los/as pacientes que, conservando o no la movilidad, deban permanecer en cama:

- a. Podrán ser aseados en bañera siempre con ayuda del personal que en número sea necesario.
- b. Se les realizará un baño completo en la cama.
- c. Pueden ser aseados en silla para evitar la humedad de la cama.
- d. Se le preguntará al/a paciente cómo desea ser aseado/a.

271. Los aseos de los/as enfermos/as podrán ser realizados:

- a. En ducha, bañera y cama.
- b. En bañera y cama.
- c. En ducha y cama.
- d. De pie y acostado.

272. A la hora de realizar un aseo del/a paciente se debe tener en cuenta:

- a. Evitar corrientes de aire.
- b. Lavar cada zona del cuerpo dos veces.
- c. La temperatura ambiental adecuada en la habitación será de 18 a 20°.
- d. La temperatura adecuada del agua para el baño es de 24° aproximadamente.

273. Generalmente la temperatura del agua para el baño del/a paciente, salvo indicación contraria estará entre:

- a. 7-20°.
- b. 27-37°.
- c. 37-40°.
- d. 22-24°.

274. Cuando se asea a un/a paciente en la bañera se debe comprobar la temperatura del agua con:

- a. Termómetro de baño.
- b. El codo.
- c. La mano.
- d. Todas son correctas.

275. Cuando el/a enfermo/a se encuentre encamado/a, el baño completo en cama:

- a. No debe realizarse en ningún caso.
- b. Debe realizarse sólo en casos excepcionales.
- c. Debe realizarse todos los días y las veces que sea necesario.
- d. Debe realizarse una vez al día.

276. El lavado de los genitales externos de un paciente encamado debe hacerse siguiendo el siguiente orden:

- a. De zona anal a pubis.
- b. De pubis a ano.
- c. Es indiferente.
- d. Todas son falsas.

277. En el aseo del/a paciente encamado para lavar la parte posterior del cuerpo (espalda y nalgas) lo situaremos en la posición:

- a. Supino.
- b. Lateral.
- c. Dorsal.
- d. Trendelenburg.

278. El aseo del/a paciente en cama:

- a. Es conveniente que se realice por dos personas para aumentar la seguridad del/a paciente.
- b. Siempre habrá de ser realizado por dos personas.
- c. Es conveniente por el contrario que lo realicen tres personas.
- d. Para respetar la intimidad del/a paciente debe ser realizado sólo por una persona.

279. La temperatura ambiental adecuada en las habitaciones de los/as pacientes para la realización del aseo de los mismos es, aproximadamente, de:

- a. 18°.
- b. 20°.
- c. 37°.
- d. 24°.

280. La secuencia a la hora de realizar un baño es:

- a. Lavado, enjabonado y centrifugado.
- b. Lavado, enjuague o aclarado y secado.
- c. Enjabonado, enjuague o aclarado y estimulante.
- d. Enjabonado, enjuague y secado.

281. ¿En qué orden se debe realizar el baño completo del/a paciente?

- a. Cara, cuello y orejas - brazos y manos - tórax - abdomen - extremidades inferiores - espalda y nalgas - genitales externos.
- b. Cara, cuerpo, cuello y orejas.
- c. Cuerpo, cuello y cara.
- d. Cara, cuello, zona genital y resto del cuerpo.

282. Después de limpiar y secar bien la parte anterior del cuerpo del/a paciente, para continuar realizando el aseo de la parte posterior del cuerpo colocaremos al/a paciente en posición:

- a. Supino.
- b. Lateral.

- c. Fowler.
- d. Posición de semisentado.

283. ¿Qué es lo último que se lava en la operación de aseo del/a enfermo/a encamado/a?

- a. Las manos.
- b. Las nalgas.
- c. La región genital externa.
- d. Las orejas.

284. La piel está formada por las siguientes capas:

- a. Dermis y epidermis.
- b. Epidermis e hipodermis.
- c. Epidermis, dermis e hipodermis.
- d. Epidermis y endodermos.

285. La relación interpersonal que se produce cuando hay una comunicación mutua, en la que ambas personas son capaces de captar la sensibilidad, los sentimientos y la realidad del otro, se denomina:

- a. Asertividad.
- b. Empatía.
- c. Deontología.
- d. Antipatía.

286. Todo individuo debe ser tratado con arreglo a:

- a. Su estatus social.
- b. Su edad.
- c. Su personalidad.
- d. Su nacionalidad.

287. Si un/a celador/a es interrogado/a por la familia del/a enfermo/a no deberá dar ninguna información sobre el estado del/a enfermo/a, sino dirigirla amablemente hacia el personal:

- a. Sanitario.
- b. Facultativo.
- c. Asistencial.
- d. De Enfermería.

288. A los/las enfermos/as hay que tratarlos con:

- a. Familiaridad.
- b. Autoridad.
- c. Amabilidad.
- d. Indiferencia.

289. El comportamiento del/a celador/a delante del/a paciente y sus familiares debe ser:

- a. Altivo y concreto.
- b. Poco comunicativo en todo momento.
- c. Cortante y conciso.
- d. Humano y delicado.

290. La información que el/a celador/a ha de dar al público debe ser:

- a. Clara, completa, amable y sencilla.
- b. Concisa y breve.
- c. Extensa y complicada.
- d. En términos médicos.

291. Entendemos por "secreto profesional":

- a. Estar callados si nos preguntan sobre nuestra profesión.
- b. Guardar silencio en los pasillos y demás estancias del hospital.
- c. Guardar silencio de todo lo que se conozca a causa del ejercicio profesional.
- d. No hablar con los demás profesionales del centro.

292. Los familiares de un/a paciente que está siendo atendido/a en el servicio de urgencias recaban del/a celador/a información sobre el diagnóstico y exploración del/a enfermo/a; en estos casos el/a celador/a:

- a. Informará amablemente a los/las familiares sobre el pronóstico del/a paciente, omitiendo cualquier dato relativo a la exploración efectuada o diagnóstico definitivo.
- b. Solicitará del/a médico/a los datos relativos a la exploración y tratamiento que se está realizando para informar ampliamente a dichos familiares.
- c. Se abstendrá de dar este tipo de información, remitiendo a los/as familiares al/a Jefe/a de Personal Subalterno.
- d. Deberá orientar las consultas hacia el/a médico/a encargado/a de la asistencia del/a enfermo/a.

293. En cuanto a la orientación al/a usuario/a durante su estancia en el centro sanitario, el/la celador/a no puede asumir labores de:

- a. Orientación sobre la ubicación de los servicios y unidades del centro.
- b. Información sobre horarios de visita.
- c. Información sobre horarios de información médica.
- d. Información sobre las pruebas y/o tratamientos que se le están realizando a los/as pacientes.

294. Las fases que caracterizan a una relación de ayuda interpersonal entre el/a celador/a y el/a paciente son:

- a. Fase inicial, fase intermedia y fase final.
- b. Fase receptiva, fase ejecutiva y fase final.
- c. Fase receptiva o contacto, fase de ejecución y fase de conclusión.
- d. Fase receptiva, fase de contacto y fase de conclusión.

295. El conjunto de comportamientos y expresiones que adopta el/a celador/a ante el/a enfermo/a y sus familiares para comunicarle, de distintas maneras, que ha entendido y/o comprendido lo expresado por el/la propio/a enfermo/a se denomina:

- a. Empatía.
- b. Escucha pasiva.
- c. Asertividad.
- d. Escucha activa.

296. Si hablamos de las reglas del arte de escuchar a los/as pacientes y familiares, el hecho de resumir lo que han dicho, resaltando los aspectos más importantes, como una manifestación de interés y comprensión, sería un ejemplo de:

- a. Antipatía.
- b. Escucha pasiva.
- c. Asertividad.
- d. Escucha activa.

297. En el proceso de la comunicación que establecemos con el/a paciente y su familia, el contenido de lo que se comunica se denomina:

- a. Contexto.
- b. Código.
- c. Mensaje.
- d. Fuente.

298. En la comunicación interpersonal, el proceso mediante el cual la fuente puede comprobar en qué grado se ha descodificado (interpretado) correctamente el mensaje por parte del receptor se denomina:

- a. Síntesis.
- b. Retroalimentación.
- c. Empatía.
- d. Asertividad.

299. Entre los factores que facilitan la comunicación interpersonal del/a celador/a con el/a paciente y la familia, se puede citar:

- a. Usar terminología científica.
- b. Hablar correctamente, con lógica y precisión.
- c. Usar un lenguaje (léxico) igual para todos los/as pacientes.
- d. Todas son correctas.

300. Entre los factores que obstaculizan la comunicación interpersonal del/a celador/a con el/a paciente y la familia, se puede citar:

- a. Usar terminología científica.
- b. Hablar correctamente, con lógica y precisión.
- c. Evitar comentarios improcedentes o innecesarios.
- d. Todas son correctas.

301. La diferencia entre esterilización y desinfección es:

- a. Ninguna, ya que ambas tienen la misma capacidad destructiva.
- b. La desinfección destruye microorganismos patógenos y la esterilización destruye todo tipo de microorganismos y formas de resistencia.
- c. La esterilización se aplica sobre piel y heridas y la desinfección sobre objetos.
- d. La esterilización no es tan eficaz como la desinfección.

302. Cuando hablamos de esterilización del material nos referimos a:

- a. Empleo de desinfectantes.
- b. Empleo de antisépticos.
- c. Empleo de material estéril.
- d. Destruir todos los microorganismos y sus formas de resistencia.

303. ¿En qué método se utiliza calor húmedo para esterilizar?

- a. Óxido de etileno.
- b. Flameado.
- c. Autoclave.
- d. Incineración.

304. Entre las siguientes, elija la afirmación falsa:

- a. Un objeto esterilizado se considera aséptico.
- b. Todo objeto esterilizado está desinfectado.
- c. Todo objeto desinfectado está esterilizado.
- d. Con la esterilización se destruyen todos los organismos y sus esporas.

305. Mientras se está realizando una operación, el/la celador/a permanece dentro del quirófano por si se le necesita. ¿Es correcta su actuación?

- a. Sí.
- b. No, deberá permanecer en el antequirófano.
- c. Sí, si no habla ni distrae al/a la médico/a.
- d. Sí, si va correctamente vestido/a.

306. La desinfección es sinónimo de:

- a. Asepsia.
- b. Antisepsia.
- c. Las dos.
- d. Ninguna de las dos.

307. El/la celador/a de quirófano recibe la orden de retirar a un/a enfermo/a de la mesa de operaciones; el/la celador/a:

- a. Lo hará por ser parte de sus funciones.
- b. Dentro del quirófano no puede entrar el/la celador/a.
- c. Debe proceder a su retirada sólo el personal sanitario.
- d. Lo hará sólo en casos excepcionales.

308. Para realizar intervenciones quirúrgicas como hernias, laparotomía exploradora y colecistectomía, el/la paciente debe estar en posición:

- a. Fowler.
- b. Sims.
- c. Prono
- d. Supino.

309. El/la celador/a destinado/a en quirófano no debe:

- a. Ayudar a colocar al/a la enfermo/a para una intervención.
- b. Trasladar a los/as pacientes desde sus respectivas habitaciones hasta el quirófano.
- c. Rasurar en caso de intervenciones urgentes.
- d. Permanecer en el interior del quirófano durante la intervención, por si se le necesita.

310. ¿Cuál de los siguientes miembros no forma parte del equipo de quirófano estéril?

- a. El/la cirujano/a.
- b. El/la anestésista.
- c. La/el enfermera/o instrumentista.
- d. El/a ayudante del/de la cirujano/a.

311. Dentro del quirófano, la persona responsable de proporcionar los cuidados de enfermería al/a la paciente durante la intervención, es:

- a. La/el enfermera/o circulante.
- b. La/el supervisora/supervisor del bloque quirúrgico.
- c. La/el enfermera/o instrumentista.
- d. La/el enfermera/o de reanimación.

312. Atendiendo al objetivo que se persigue en las intervenciones quirúrgicas aquella que determina la causa de los síntomas se denomina cirugía:

- a. Diagnóstica.
- b. Curativa.
- c. Paliativa.
- d. Estética.

313. Las biopsias intraoperatorias y demás muestras orgánicas que precisen estudio microscópico o macroscópico, deben ser trasladadas por:

- a. El/la celador/a, al servicio de anatomía patológica.
- b. La/el auxiliar de enfermería, al servicio de anatomía patológica.
- c. El/la celador/a, al banco de sangre.
- d. El/la celador/a, al servicio de medicina nuclear.

314. Con respecto al óxido de etileno, señale la afirmación errónea:

- a. Su olor es parecido al cloroformo.
- b. Es un gas incoloro.
- c. No es tóxico.
- d. Es altamente inflamable en presencia de aire.

315. El método que elimina gérmenes o microorganismos, tanto en superficie como en profundidad, es conocido como:

- a. Asepsia.
- b. Analepsia.
- c. Desinfección.
- d. Antisepsia.

316. ¿Cómo se llama la fase del perioperatorio que comienza con el traslado del/de la paciente a la sala de reanimación?

- a. Perioperatoria.
- b. Transoperatoria.
- c. Postoperatoria.
- d. Preoperatoria.

317. Para realizar el control biológico de la esterilización se emplean:

- a. Indicadores colorimétricos.
- b. Indicadores calorimétricos.
- c. Termómetros.
- d. Esporas atenuadas.

318. La estufa Poupinel:

- a. Esteriliza mediante calor húmedo.
- b. Esteriliza mediante calor seco.
- c. Esteriliza mediante radiaciones.
- d. No es un instrumento para esterilizar.

319. La tintura de yodo es un:

- a. Agente esterilizante.
- b. Detergente.
- c. Antiséptico.
- d. Desinfectante.

320. El producto gaseoso que se emplea entre otros para esterilizar plásticos, material de goma y caucho se llama:

- a. Citostático.
- b. Protóxido de nitrógeno.
- c. Óxido de etileno.
- d. Formol.

321. Cuando hablamos de riesgos químicos en una central de esterilización, podemos citar las alteraciones de la piel producidas por la utilización de ciertos productos químicos como detergentes, jabones, etc.; éstas se denominan:

- a. Eczemas.
- b. Enemas.
- c. Enfisemas.
- d. Esporas.

322. Por lo general, la temperatura que se recomienda en el interior del quirófano para disminuir el crecimiento bacteriano oscila entre:

- a. 16° de mínima y 24° de máxima.
- b. 18° de mínima y 26° de máxima.
- c. 20° de mínima y 23° de máxima.
- d. 14° de mínima y 22° de máxima.

323. La humedad del ambiente es un factor muy importante a la hora de planificar el diseño de un quirófano; por lo general se recomienda que esté comprendida entre:

- a. 40%-50%.
- b. 20%-30%.
- c. 50%-60%.
- d. 70%-80%.

324. Para realizar el control químico de la esterilización se emplean:

- a. Indicadores colorimétricos.
- b. Indicadores calorimétricos.
- c. Termómetros.
- d. Esporas atenuadas.

325. Atendiendo al objetivo que se persigue en las intervenciones quirúrgicas, aquella que mejora el aspecto del o de la paciente se denomina cirugía:

- a. Diagnóstica.
- b. Curativa.
- c. Paliativa.
- d. Estética.

326. ¿Cuál de las siguientes es una forma de esterilización por radiaciones ionizantes?

- a. Estufa Poupinel.
- b. El autoclave.
- c. Óxido de etileno.
- d. Rayos gamma.

327. No es un riesgo físico para los/las trabajadores/as en la central de esterilización:

- a. Calor excesivo.
- b. Quemaduras.
- c. Descargas eléctricas.
- d. Gases anestésicos.

328. Entre las características de un buen desinfectante no se encuentra:

- a. Que su coste sea bajo.
- b. Que sea corrosivo.
- c. Que pueda ser diluido en agua o alcohol.
- d. Que no sea tóxico.

329. En el quirófano, ¿quién trasladará el aparato de Rx portátil?

- a. El/la celador/a.
- b. El/la técnico/a especialista.
- c. La/el enfermera/o.
- d. La/el auxiliar de enfermería.

330. La fase que antecede a la intervención quirúrgica y que comienza con la preparación del/de la paciente y finaliza cuando éste/a es colocado/a sobre la mesa de operaciones, se denomina:

- a. Preoperatoria.
- b. Transoperatoria.
- c. Perioperatoria.
- d. Postoperatoria.

331. No es una forma de esterilización por agentes físicos:

- a. Calor seco.
- b. Óxido de etileno.
- c. Calor húmedo.
- d. Radiaciones ionizantes.

332. Dentro de la red psiquiátrica, de los siguientes dispositivos, ¿cuál cree que se engloba en lo que se denominan “Estructuras Intermedias”?

- a. Los Hospitales de día.
- b. Las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica.
- c. Los Centros de Salud Mental.
- d. Áreas de Salud Mental.

333. ¿Qué dispositivo de Salud Mental es la vía de acceso al resto de dispositivos sociosanitarios en este campo de la salud?

- a. El Hospital de día.
- b. Las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica.
- c. Los Centros de Salud Mental.
- d. Talleres Ocupacionales.

334. ¿A través de qué norma se produce en España la plena integración del/de la enfermo/a mental en el sistema sanitario público?

- a. Constitución.
- b. Ley General de Sanidad.
- c. Ley de Hospitales.
- d. Derechos y deberes de los pacientes (INSALUD).

335. “La salud es el perfecto estado de bienestar físico, psíquico y social, y no sólo la ausencia de enfermedad”, es la definición de salud que hace la:

- a. ONU.
- b. OMS.
- c. Ley General de Sanidad.
- d. Constitución.

336. ¿A cuál de los siguientes dispositivos en salud mental se les denomina “unidades de corta estancia”?

- a. Hospital de día.
- b. Centro de día.
- c. Unidad de Hospitalización Psiquiátrica.
- d. Talleres Ocupacionales.

337. La rama de la medicina que tiene por objeto el estudio, diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades mentales, así como de ciertos trastornos de la personalidad y de la conducta, se denomina:

- a. Psicología.
- b. Psiquiatría.
- c. Psicoterapia.
- d. Neuropsiquiatría.

338. De los siguientes dispositivos, ¿cuál crees que tiene como objetivo la rehabilitación del/de la paciente después de haber pasado un ingreso de 6 a 12 meses?

- a. Los Hospitales de Día.
- b. Las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica.
- c. Las Unidades de Salud Mental.
- d. Los Centros de media estancia.

339. En un protocolo de sujeción mecánica en una Unidad de hospitalización psiquiátrica el número de personas que debe intervenir en una sujeción mecánica es de:

- a. 2-3 personas.
- b. 4-5 personas.
- c. Mínimo de 3 personas.
- d. Mínimo de seis personas.

340. La actuación de los/as celadores/as tras el fallecimiento de un/a enfermo/a será:

- a. Ayudar a las/os enfermeras/os a amortajar al/a la fallecido/a.
- b. Ayudar al personal sanitario al traslado del cadáver al mortuario.
- c. Informar a la familia sobre los trámites precisos para el enterramiento.
- d. Recoger y custodiar las pertenencias del/de la paciente.

341. En las autopsias, el/la celador/a:

- a. Colabora con el personal sanitario en la utilización del instrumental sobre el cadáver.
- b. Limpia el instrumental utilizado en la autopsia.
- c. Desinfecta, prepara y coloca el instrumental y los equipos, utilizándolos sobre el cadáver, cuando se le solicite.
- d. Colabora con el/la médico/a diseccionando el cadáver.

342. Cuando hablamos de la vestimenta que envuelve al cadáver para enterrarlo, nos referimos a:

- a. La tanatopsia.
- b. El exitus.
- c. La mortaja.
- d. La necroscopia.

343. La tanatopraxia es:

- a. Toda práctica mortuoria que consiste en la disección y examen del cuerpo de una persona fallecida para determinar la presencia de un proceso patológico.
- b. Una institución situada en un edificio separado del hospital, que presta servicios funerarios.
- c. Toda práctica mortuoria que consiste en la conservación y exposición del cadáver con las debidas garantías sanitarias.
- d. La ciencia que se ocupa de todo aquello relativo a las defunciones y funerales.

344. Señale cuál de las siguientes palabras es sinónimo de óbito:

- a. Exitus.
- b. Mortuorio.
- c. Tanatopsia.
- d. Necropsia.

345. El *livor mortis* es:

- a. El endurecimiento del cuerpo que se produce de dos a cuatro horas después de la hora de la muerte.
- b. La suma de conocimientos relativos a la autopsia.
- c. El inicio del proceso de descomposición de la materia orgánica.
- d. La decoloración de los tejidos como consecuencia del cese de la circulación sanguínea.

346. El examen realizado sobre el cadáver para confirmar las causas de la muerte se denomina:

- a. Autopsia médico-forense.
- b. Autopsia clínica.
- c. Necropsia judicial.
- d. Autopsia judicial.

347. El amortajamiento del cadáver debe realizarse:

- a. Antes de que aparezca el *livor mortis*.
- b. Después de obtener todos los permisos necesarios para proceder al entierro.
- c. Antes de que aparezca el *rigor mortis* o rigor cadavérico.
- d. Después de cumplirse ocho horas del fallecimiento.

348. El endurecimiento del cuerpo que se produce de dos a cuatro horas después de la muerte se llama:

- a. *Livor Mortis*.
- b. *Rigor Mortis*.
- c. *Habeas Corpus*.
- d. *Exitus Extramuros*.

349. Señale cuál de las siguientes afirmaciones, con respecto al uso de guantes por parte del/de la celador/a en la sala de autopsias, es incorrecta:

- a. Los guantes se recomienda que sean de látex.
- b. Los guantes son la protección de barrera más importante en este servicio.
- c. Los guantes pueden ser utilizados más de una vez si se lavan con jabón.
- d. Los guantes deben utilizarse siempre que se tengan heridas o cortes en las manos.

350. Señale cuál de las siguientes no es una medida de prevención en la sala de autopsias:

- a. Utilizar bata.
- b. Utilizar calzas y gorro.
- c. Utilizar mascarilla.
- d. Utilizar gafas para prevenir salpicaduras.

351. Señala la afirmación incorrecta sobre la actuación del/de la celador/a cuando es necesario realizar una autopsia:

- a. Hacer el uso del instrumental sobre el cadáver.
- b. Colocar el cadáver sobre la mesa.
- c. Asear el cadáver.
- d. Limpiar la mesa.

352. Una autopsia consiste en la apertura del:

- a. Cráneo, tórax y abdomen.
- b. Cráneo, raquis y tórax.
- c. Tórax, abdomen y raquis.
- d. Cráneo, tórax, abdomen y raquis.

353. La preparación del cadáver para ser velado por los/as familiares antes de proceder a su entierro se denomina:

- a. Amortajamiento.
- b. Embalsamamiento.
- c. Aseo del cadáver.
- d. Autopsia preparatoria.

354. Un/a enfermo/a ha fallecido en una planta donde usted está destinado; ¿qué debe hacer el/la celador/a?

- a. Lo amortaja y traslada al mortuario.
- b. Ayuda a amortajarlo y avisa para que lo trasladen al mortuario.
- c. Ayuda a amortajarlo y lo traslada al mortuario.
- d. Lo amortaja y avisa para que lo trasladen al mortuario.

355. La palabra tanatopsia es sinónimo de:

- a. Muerte.
- b. Incineración.
- c. Autopsia.
- d. Amortajamiento.

356. El estudio del cadáver o restos humanos con el fin de informar a la autoridad judicial de las causas y circunstancias de su muerte se denomina:

- a. Autopsia clínica.
- b. Autopsia anatomopatológica.
- c. Autopsia de investigación clínica.
- d. Autopsia médico-forense.

357. No es función del/de la celador/a de farmacia hospitalaria:

- a. Dispensación de determinado material.
- b. Recepción de material.
- c. Acondicionamiento de material.
- d. Control y dispensación de estupefacientes.

358. La dispensación individualizada de medicamentos desde la farmacia del hospital se denomina dispensación:

- a. Aleatoria.
- b. En unidosis.
- c. General.
- d. Anómala.

359. Uno de los preparados siguientes no se realiza en la farmacia del hospital:

- a. Nutriciones parenterales.
- b. Fórmulas magistrales.
- c. Soluciones desinfectantes.
- d. Dietas blandas.

360. Los desinfectantes que inhiben el crecimiento de las bacterias se denominan:

- a. Bacteriostáticos.
- b. Bactericidas.
- c. Fungicidas.
- d. Viricidas.

361. El transporte del material pesado dentro de la farmacia es función del/de la:

- a. Celador/a de farmacia.
- b. Celador/a de planta.
- c. Celador/a de almacén.
- d. Personal sanitario de farmacia.

362. No es función del/de la celador/a de farmacia hospitalaria la:

- a. Farmacovigilancia.
- b. Dispensación de determinado material como sueros, alcohol, etc.
- c. Recepción de material.
- d. Acondicionamiento de material.

363. La técnica de esterilización en la que se expone el material a una llama durante un tiempo determinado se denomina:

- a. Flameado.
- b. Flambeado.
- c. Autoclave.
- d. Calor Húmedo.

364. La actividad que hace referencia al conjunto de tareas cuya finalidad es aprovisionar de materiales al almacén y a los servicios sanitarios, se denomina:

- a. Suministros.
- b. Almacenaje.
- c. Procedimiento administrativo de contratación.
- d. Control de gestión.

365. Las tareas encaminadas a proveer desde el almacén a las distintas unidades o servicios de una Institución Sanitaria, del material necesario para poder llevar a cabo la actividad asistencial encomendada, se denomina:

- a. Suministros generales.
- b. Suministros internos.
- c. Suministros externos.
- d. Suministros urgentes.

366. La finalidad de un almacén en una Institución Sanitaria es:

- a. Tener un stock suficiente para situaciones de emergencia.
- b. Prever las necesidades de material en situaciones de gran cantidad de carga de trabajo.
- c. Garantizar el aprovisionamiento de las distintas unidades y servicios, en todo momento y a un coste razonable.
- d. Abastecer a las distintas unidades y servicios con material del menor coste posible.

367. El recuento de los artículos del almacén, para el cual éste debe estar cerrado y todas las operaciones de entrada y salida de artículos, debidamente interrumpidas, se denomina:

- a. Inventario provisional.
- b. Inventario rotativo.
- c. Inventario tradicional.
- d. Inventario semanal.

368. Entre las siguientes fases en la tarea de suministro, ¿cuál es la primera que se debe realizar?

- a. Planificación de las adquisiciones.
- b. Procedimiento administrativo de contratación.
- c. Control económico.
- d. Previsión de aprovisionamientos.

369. ¿Quién se ocupa de la petición de material en una unidad de suministros?

- a. El/la celador/a de almacén.
- b. La sección administrativa de suministros.
- c. El/la Director/a de Gestión.
- d. El/la encargado/a de mantenimiento.

370. Dentro de los almacenes de materiales de uso relacionado directamente con los/as enfermos/as, no se encuentra:

- a. Almacén de farmacia.
- b. Almacén de mantenimiento.
- c. Almacén de material clínico fungible.
- d. Almacén de material quirúrgico y aparataje.

371. Una etiqueta con un número determinado de barras negras inscritas en ella, que contiene información que es legible por máquinas y que es uno de los medios más eficientes para la captación automática de datos se llama:

- a. Código alfanumérico.
- b. Código de datos.
- c. Código de barras.
- d. Código de referencia.

372. La actividad de suministro que tiene como finalidad abastecer el almacén desde los distintos proveedores, de la mercancía destinada al suministro interno y que previamente ha sido solicitada, se llama:

- a. Suministro general.
- b. Suministro extrahospitalario.
- c. Suministro externo.
- d. Suministro administrativo.

373. ¿A quién corresponde dar de comer a los animales utilizados en el laboratorio experimental de una institución sanitaria de la seguridad social?

- a. A los/as auxiliares de veterinaria.
- b. A los/as auxiliares de enfermería.
- c. Al personal de mantenimiento.
- d. A ninguno/a de los/as anteriores.

374. Entre las distintas funciones que realizan los/as celadores/as en el animalario, una de las siguientes no es propia de este personal; indicar cuál:

- a. Alimentar a los animales.
- b. Cuidado de los animales.
- c. Diseccionar a los animales.
- d. Aseo de los animales.

375. Tendrán a su cargo los animales utilizados en los quirófanos experimentales y laboratorios, a los que cuidarán, alimentándolos, manteniendo limpias las jaulas y aseándolos:

- a. Esta función, salvo excepción, no corresponde al personal subalterno.
- b. Las funciones indicadas son propias de los/as celadores/as.
- c. Sí son competencia de los/as celadores/as, si bien deberán abstenerse de alimentarlos por su carácter experimental.
- d. Ninguna de las respuestas anteriores es correcta.

376. En cuanto a las condiciones ambientales en los locales de alojamiento de animales de experimentación, la humedad relativa óptima de dichos locales será de:

- a. 65% más/menos el 10%.
- b. 60 a 80%.
- c. 55% más/menos el 10%.
- d. 40 a 50%.

377. En condiciones normales, el régimen de ventilación en los locales de alojamiento de animales debería ser de:

- De 40 a 60 renovaciones de aire por hora.
- De 15 a 20 renovaciones de aire por hora.
- De 30 a 40 renovaciones de aire por hora.
- Más de 60 renovaciones de aire por hora.

378. Los animales de cría, recogidos en el RD 1201/2005, de 10 de octubre, sobre protección de los animales utilizados para experimentación y otros fines científicos, se definen como:

- Animales que se crían para ser destinados a la reproducción.
- Animales que se obtienen de otros criados en cautividad.
- Animales que se obtienen para ser criados en cautividad.
- Animales especialmente criados para su utilización en los procedimientos en establecimientos aprobados o registrados por la autoridad competente.

379. Según el RD 1201/2005, de 10 de octubre, sobre protección de los animales utilizados para experimentación y otros fines científicos, los animales utilizados o destinados a ser usados en los procedimientos se denominan:

- Animales de cría.
- Animales de experimentación.
- Animales de procedimientos de cría.
- Animales criados en cautividad.

380. Según el RD 1201/2005, de 10 de octubre, sobre protección de los animales utilizados para experimentación y otros fines científicos, cualquier establecimiento que suministra y mantiene animales de experimentación no nacidos en el mismo centro se denomina:

- Centro suministrador.
- Centro de cría.
- Centro usuario.
- Centro de experimentación animal.

381. Según el RD 1201/2005, de 10 de octubre, sobre protección de los animales utilizados para experimentación y otros fines científicos, cualquier establecimiento donde se crían animales de experimentación se denomina:

- Centro suministrador.
- Centro de cría.
- Centro usuario.
- Centro de experimentación animal.

382. Según el RD 1201/2005, de 10 de octubre, sobre protección de los animales utilizados para experimentación y otros fines científicos, cualquier establecimiento en el que se utilicen animales de experimentación se denomina:

- a. Centro suministrador.
- b. Centro de cría.
- c. Centro usuario.
- d. Centro de experimentación animal.

383. Las siglas UVI se refieren a la:

- a. Unidad de vigilancia inmediata.
- b. Unidad de cuidados intensivos.
- c. Unidad de vigilancia intensiva.
- d. Unidad de valoración intensiva.

384. En cuanto a los cuidados que deben tomar los/as celadores/as y el resto del personal de una unidad de críticos para evitar la infección nosocomial, podemos afirmar que:

- a. Deben lavarse las manos tras el contacto con cada paciente.
- b. Es suficiente con cambiarse de guantes tras el contacto con cada paciente.
- c. Deben cambiarse los guantes sólo si es un/a paciente infeccioso/a y en ese caso se deberán lavar las manos.
- d. Deben usarse guantes estériles en las unidades de críticos si tratamos con enfermos infecciosos.

385. Si en una unidad de críticos un/a paciente presenta infección respiratoria:

- a. Debe mantenerse aislado/a al/a la paciente en una habitación individual con presión negativa.
- b. Debe mantenerse aislado/a al/a la paciente en una habitación individual con presión positiva.
- c. Debe mantenerse aislado/a al/a la paciente en una habitación individual con presión neutra.
- d. No debe aislarse al/a la paciente, basta con que use mascarilla.

386. Cuando un/a paciente en una unidad de críticos es trasladado/a fuera de la unidad para la realización de pruebas diagnósticas como: TAC, ecografías, etc., el/la celador/a efectuará el traslado y en ese caso iría acompañado/a normalmente por:

- a. Médico/a.
- b. Médico/a y personal de enfermería.
- c. Sólo por auxiliares de enfermería.
- d. Sólo por enfermeras/os y auxiliares de enfermería.

387. La doctora Kübler-Ross identifica como etapas por las cuales pasan la mayoría de los/as pacientes en la aceptación de la muerte, las siguientes:

- a. Negación y aislamiento - depresión - aceptación.
- b. Negación - rebeldía - depresión - paz.
- c. Rebeldía - ira - depresión - aceptación.
- d. Negación y aislamiento - rebeldía, ira - negociación - depresión - aceptación y paz.

388. Cuando hablamos de la etapa de depresión por la que pasan la mayoría de los/as pacientes terminales en la aceptación de la muerte, podemos mencionar dos periodos de depresión:

- a. Depresión reactiva y depresión final.
- b. Depresión reactiva y depresión transitoria.
- c. Depresión inicial y depresión final.
- d. Depresión reactiva y depresión preparatoria.

389. Dentro de las etapas por las que pasan la mayoría de los/as pacientes terminales en la aceptación de la muerte se encuentra la depresión. ¿Cómo se llama la etapa de la depresión que señala la transición entre la lucha por la vida y la aceptación de la muerte?

- a. Depresión reactiva.
- b. Depresión preparatoria.
- c. Depresión transitoria.
- d. Depresión final.

390. Los elementos (eslabones) necesarios para que se propague una enfermedad transmisible se llama:

- a. Cadena infecciosa.
- b. Cadena nosocomial.
- c. Cadena epidemiológica.
- d. Ninguna es correcta.

391. ¿Qué se entiende por infección nosocomial?

- a. Que es endémica en una zona del país.
- b. Que es estacional.
- c. Que aparece sólo en niños/as.
- d. Que es relativa al hospital o se adquiere en él.

392. ¿Cuál de los siguientes es un tipo de transmisión directa de gérmenes desde la fuente de infección al sujeto sano?

- a. Por fómites.
- b. Por mordeduras.
- c. Por el agua.
- d. Por los alimentos.

393. Los seres animados o inanimados en los que el agente etiológico se reproduce en un ambiente natural (hábitat del agente infeccioso) del que depende para su supervivencia, se denomina:

- a. Cadena epidemiológica.
- b. Huésped.
- c. Mecanismo de transmisión.
- d. Reservorio.

394. ¿Cuál de los siguientes es un tipo de transmisión indirecta de gérmenes desde la fuente de infección al sujeto sano?

- a. Transplacentaria.
- b. Arañazos.
- c. Por el agua.
- d. Por mordeduras.

395. La desinfección que se realiza en la habitación de un/a enfermo/a que ha estado sometido a aislamiento cuando éste/a es dado de alta y se ha marchado de la habitación, se denomina:

- a. Desinfección final.
- b. Desinfección parcial.
- c. Desinfección continua.
- d. Desinfección periódica

396. En la clasificación de los tipos de cirugía según el grado de contaminación, se encuentran las heridas abiertas recientes (menos de 4 horas). ¿Cómo se llama este tipo de cirugía?

- a. Limpia-contaminada.
- b. Sucia o infectada.
- c. Contaminada.
- d. Limpia.

397. El tipo de aislamiento de pacientes que tiene por objeto la transmisión de infecciones muy contagiosas o virulentas que pueden propagarse fácilmente por vía aérea y por contacto directo recibe el nombre de:

- a. Aislamiento respiratorio.
- b. Aislamiento parenteral.
- c. Aislamiento entérico.
- d. Aislamiento estricto.

398. El aislamiento en el que el/la paciente no es contagioso/a sino que el medio que le rodea es altamente peligroso para él/ella, con elevado riesgo de adquirir infecciones (Ej.: pacientes inmunodeprimidos, quemados, etc.) se denomina:

- a. Aislamiento respiratorio.
- b. Aislamiento protector.
- c. Aislamiento entérico.
- d. Aislamiento estricto.

399. El aislamiento que trata de prevenir el contagio de enfermedades infecciosas que se transmite por vía digestiva se denomina:

- a. Aislamiento respiratorio.
- b. Aislamiento protector.
- c. Aislamiento entérico.
- d. Aislamiento estricto.

400. ¿Quién define la infección nosocomial como cualquier enfermedad microbiana, reconocible clínicamente, que afecta a los/as pacientes como consecuencia de ser admitidos/as en el hospital, o atendidos/as para tratamiento, y al personal sanitario como consecuencia de su trabajo?

- a. La Organización Mundial de la Salud.
- b. La Ley General de Sanidad.
- c. La Ley de Prevención de Riesgos Laborales.
- d. Las distintas notas técnicas elaboradas por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.

401. ¿Cuál es la secuencia de pasos a seguir en la cadena de supervivencia?

- a. Pedir ayuda, RCP básica, desfibrilación, RCP avanzada, estabilización y traslado.
- b. Pedir ayuda, traslado, RCP básica y desfibrilación.
- c. Pedir ayuda, RCP avanzada, traslado y desfibrilación.
- d. Pedir ayuda, estabilización, RCP básica y traslado.

402. ¿Cuándo empieza a deteriorarse el cerebro humano si no le llega oxígeno en una RCP?

- a. A los 4 minutos.
- b. A los 5 minutos.
- c. A los 6 minutos.
- d. A los 10 minutos.

403. ¿Los/as celadores/as de urgencias son personal sanitario?

- a. Sí.
- b. No.
- c. Sólo en los pueblos.
- d. Cuando el/la juez/a lo requiera.

404. ¿Quién mantiene la entrada de urgencias surtida de carros y camillas?

- a. El/la celador/a de urgencias.
- b. La/el auxiliar de urgencias.
- c. El personal de mantenimiento del centro.
- d. El/la paciente.

405. ¿Quién cuida de que los pasillos y zonas de circulación dentro de urgencias permanezca despejado?

- a. Seguridad.
- b. Auxiliares de enfermería.
- c. Celador/a de urgencias.
- d. Enfermero/a de triaje.

406. En la Unidad de Urgencias de un Hospital, el/la celador/a no tiene asignada una de estas funciones:

- a. Indicar a los/as acompañantes que pasen a la Sala de espera donde serán informados/as de las vicisitudes de la asistencia que recibe el/la paciente.
- b. Trasladar a los/as pacientes a la Sala de Yesos.
- c. Realización de placas radiográficas en el Servicio de Radiología con o sin la colaboración de personal auxiliar.
- d. Traslado de pacientes encamados para ingreso en Planta de hospitalización llevando la documentación del ingreso que realiza Admisión.

407. ¿Es función del/de la celador/a cuidar de que el/la paciente acuda a la zona de consulta de urgencias acompañado/a sólo por el número de personas que esté permitido?

- a. Sí.
- b. No.
- c. Sólo permitirá la entrada al/a la paciente.
- d. Sólo permitirá la entrada al/a la acompañante.

408. ¿Quién controla que los/as pacientes y sus acompañantes no accedan a zonas no autorizadas?

- a. Seguridad.
- b. El/la celador/a.
- c. El/la auxiliar administrativo/a.
- d. Nadie, pacientes y acompañantes pueden pasear por todas las zonas.

409. ¿Quién es la persona encargada de la sujeción de un/a paciente al/a la cual se le está haciendo un lavado gástrico?

- a. El/la celador/a.
- b. Seguridad.
- c. El/la médico/a encargado/a de la asistencia.
- d. El/la familiar del/de la paciente.

410. Según el Estatuto del Personal No Sanitario de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, ¿puede un/a celador/a llevar una petición de analítica al laboratorio?

- a. Sí.
- b. No.
- c. Sólo en ausencia del/de la Auxiliar de Enfermería que es la persona encargada de esta función.
- d. Solamente cuando sean más de dos peticiones.

411. ¿Puede un/a celador/a llevar una hoja de interconsulta al laboratorio?

- a. Sí.
- b. No.
- c. Sólo en ausencia del Jefe de Personal Subalterno, que es la persona encargada de esta función.
- d. Sólo excepcionalmente y por indicación expresa de la dirección del centro.

412. ¿En qué rama del personal al servicio de instituciones sanitarias se encuentra el/la celador/a de urgencias?

- a. No sanitaria.
- b. Técnica.
- c. Facultativa.
- d. Administrativa.

413. Las funciones del/de la celador/a de urgencias respecto a los/as acompañantes de los/as pacientes son:

- a. Comprobar que los/as acompañantes autorizados/as a permanecer dentro de la zona de boxes o consultas con el/la familiar asistido/a puedan acceder a otras zonas libremente.
- b. Indicar a los/as acompañantes que pasen a la Sala de Espera en donde serán informados/as por megafonía o directamente de las vicisitudes de la asistencia que recibe el/la paciente.
- c. Cuidar de que el/la paciente acuda a la zona de boxes o consulta de Urgencias acompañado/a por el número de personas que quiera.
- d. Cuidar de que los pasillos y zonas de circulación permanezcan despejados de personal sanitario en cualquier momento.

414. ¿Quién sale a recibir a los/as pacientes que vienen a urgencias por primera vez?

- a. Su familiar.
- b. El/la conductor/a de la ambulancia.
- c. El/la celador/a de la puerta de urgencias.
- d. El/la celador/a de consultas.

415. ¿Quién traslada el material de lencería de una dependencia a otra de la institución sanitaria?

- a. El/la Auxiliar de clínica.
- b. El/la Médico/a.
- c. El/la DUE.
- d. El/la Celador/a.

416. ¿Cuándo deben activarse los servicios de emergencia sanitaria en una parada cardiorrespiratoria?

- a. Nunca.
- b. Tras hacer la maniobra de RCP.
- c. Cuando identifiquemos que es una parada cardiorrespiratoria.
- d. Nada más ver lo sucedido.

417. ¿Qué significan las siglas SVA?

- a. Soporte Vital Avanzado.
- b. Signos Vitales Anormales.
- c. Síncope Vasoconstrictivo Agudo.
- d. Sistema Vascul ar Alterado.

418. ¿Cómo puede ser valorada la conciencia de un/a paciente?

- a. Tomando el pulso.
- b. Viendo si respira.
- c. Estimulándolo sensitivamente.
- d. Dándole un poco de agua.

419. ¿Qué ventajas tiene la maniobra frente mentón?

- a. Que el pulso sea más rápido.
- b. Que nunca se dañe la cervical.
- c. La apertura de la vía aérea.
- d. Impedir que la lengua caiga hacia atrás.

420. ¿Durante cuánto tiempo, como mínimo, debe valorarse la respiración?

- a. 1 segundo.
- b. 3 segundos.
- c. 5 minutos
- d. 5 segundos.

421. ¿Cuánto tiempo oscila la valoración de la respiración?

- a. 1 a 3 segundos.
- b. 3 a 5 segundos.
- c. 5 a 10 segundos.
- d. 10 a 20 segundos.

422. Un/a paciente inconsciente pero que respira, ¿cómo debe ser colocado?

- a. Posición de ataque.
- b. Posición lateral de seguridad.
- c. Posición decúbito supina.
- d. Tal como esté.

423. Un/a paciente que respira. ¿Tiene pulso?

- a. No, salvo una excepción.
- b. En ocasiones.
- c. Nunca.
- d. Sí.

424. ¿Qué es el/la PLS?

- a. Plus lateral de suplemento.
- b. Posición lateral de seguimiento.
- c. Posición de recuperación.
- d. Pluses laterales.

425. ¿Qué debe hacerse ante un/a paciente que está inconsciente y no respira?

- a. Lo/la pondremos en posición lateral de seguridad.
- b. Comenzar las maniobras de PCR.
- c. Comenzar las maniobras de PLS.
- d. Comenzar las maniobras de RCP.

426. Al iniciar la RCP a un/a paciente ahogado/a. ¿Cuántas ventilaciones deben darse al principio?

- a. 2.
- b. 3.
- c. 4.
- d. 5.

427. ¿Cuál es la secuencia habitual a seguir en una RCP?

- a. 30/2.
- b. 2/30.
- c. 15/2.
- d. 2/15.

428. Al iniciar la RCP a un/a paciente con sobredosis de drogas. ¿Cuántas ventilaciones deben darse al principio?

- a. 2.
- b. 3.
- c. 4.
- d. 5.

429. Al iniciar la RCP a un/a paciente traumatizado/a. ¿Cuántas ventilaciones se le dan al principio?

- a. 5.
- b. 4.
- c. 3.
- d. 2.

430. Con las maniobras de soporte vital básico se pretende:

- a. Evitar que el/la paciente se autolesione al caer.
- b. Disminuir la ansiedad del/de la paciente aquejado/a de EPOC.
- c. Mantener un mínimo de oxigenación y circulación, que evite el daño irreparable que puede provocar en el cerebro la falta de oxígeno.
- d. Liberar de cuerpos extraños las vías aéreas del/de la paciente, mediante un barrido digital.

431. ¿Cómo se puede confirmar que tenemos un/a paciente con un PCR?

- a. Por la falta de tono muscular.
- b. Por la falta de visión.
- c. Por la falta de color en la piel.
- d. Por falta de consciencia y respiración.

432. ¿Dónde se ponen las manos en el masaje cardiaco?

- a. En el apéndice xifoide.
- b. En el centro del pecho.
- c. En la mamila izquierda.
- d. En la mamila derecha.

433. ¿En qué posición deberá estar el/la paciente para hacerle la maniobra de RCP?

- a. En posición lateral de seguridad.
- b. En posición lateral izquierda.
- c. En posición lateral derecha.
- d. En decúbito supino.

434. ¿Cuál es la depresión esternal óptima de un/a paciente al/a la cual le hacemos la PCR?

- a. 1-2 cm.
- b. 2-3 cm.
- c. 3-4 cm.
- d. 4-5 cm.

435. ¿Cuál sería la frecuencia óptima de compresiones por minuto en la reanimación de un/a paciente en PCR?

- a. 15.
- b. 30.
- c. 50.
- d. 100.

436. En el caso de participar dos reanimadores/as en las maniobras de reanimación, ¿cuál sería la secuencia idónea de compresiones y respiraciones a realizar a un/a paciente en PCR?

- a. 15/2.
- b. 2/15.
- c. 30/2.
- d. 2/30.

437. ¿Cuántos tipos de obstrucciones se conocen de las vías aéreas?

- a. 1.
- b. 2.
- c. 3.
- d. 4.

438. ¿Cuál es el reflejo más común en una obstrucción parcial de las vías aéreas?

- a. Los gritos del/de la paciente.
- b. Las convulsiones del/de la paciente.
- c. Las manos del/de la paciente en su garganta.
- d. La gesticulación del/de la paciente mostrando la causa de la obstrucción.

439. En una obstrucción parcial de las vías aéreas. ¿Debe animarse al/a la paciente a toser?

- a. No, se le dará agua.
- b. Sí, siempre que le sea posible.
- c. No, se espera a que se desmaye.
- d. No, se le anima a que trague.

440. Si tenemos a un/a paciente inconsciente con las vías respiratorias obstruidas. ¿Cuántas palmadas intercostales le daremos?

- a. Ninguna.
- b. Dos.
- c. Cinco.
- d. Siete.

441. ¿En qué consiste básicamente la maniobra de Heimlich?

- a. Poner al/a la paciente boca abajo.
- b. Compresiones abdominales.
- c. Frente-mentón.
- d. Compresiones torácicas.

442. ¿Dónde se situará el/la reanimador/a en la maniobra de Heimlich?

- a. En paralelo al/a la paciente, viendo en todo momento su pecho.
- b. De frente al/a la paciente.
- c. Detrás del/de la paciente.
- d. A los pies del/de la paciente.

443. ¿Qué debe hacerse con un/a paciente adulto/a que pierde la consciencia tras una obstrucción de las vías aéreas?

- a. La maniobra de Heimlich.
- b. Mirar dentro de la boca o hacer un barrido digital en la misma.
- c. Hacer 30 compresiones y 2 respiraciones.
- d. Esperar a los servicios de urgencias/emergencias sin hacer nada.

444. ¿Cómo se detienen las hemorragias que no afecten a las extremidades?

- a. Comprimiendo la herida.
- b. Abriendo más la herida.
- c. Poniendo al/a la paciente en posición lateral de seguridad.
- d. Elevando la herida por encima del corazón del/de la paciente.

445. ¿Cuándo debe realizarse un torniquete?

- a. Nunca.
- b. Cuando no tengamos nada para tapan la herida.
- c. En amputaciones traumáticas de un miembro.
- d. Siempre que la herida esté en una extremidad.

446. ¿Dónde se coloca un miembro amputado?

- a. En una bolsa con hielo.
- b. En una bolsa y esta en otra bolsa con hielo.
- c. En el contenedor más próximo.
- d. Cerca del paciente.

447. ¿Se debe facilitar a un/a paciente recién amputado bebidas para reponer los líquidos perdidos?

- a. Cuando nos lo pida.
- b. Nunca.
- c. Sí.
- d. Sí, pero sólo agua.

448. ¿Cuál de los siguientes materiales sanitarios es una cánula orofaríngea?

- a. Guedel.
- b. Mascarilla de ambú.
- c. Gafas nasales.
- d. Collarín.

449. ¿De qué tamaño es una cánula de Guedel?

- a. Oscila entre los 10 y los 20 mm.
- b. Tiene una medida estándar de 10 cm, a la que se ajustan todos los fabricantes.
- c. Este tipo de cánulas se corta a medida, a partir de una sola pieza suministrada por los/as fabricantes.
- d. Oscila entre los 5 y los 12 cm.

450. ¿Qué es un DEA?

- a. Día especial alterado.
- b. Desfibrilador externo automático.
- c. Desfibrilador especial automatizado.
- d. Desfibrilador esencial alternativo.

451. ¿Se puede usar un DEA en un/a niño/a de 2 años si fuera necesario?

- a. Sí.
- b. No.
- c. Lo decide el DEA.
- d. Sí, pero antes le quitaremos la batería.

452. Durante la práctica de una desfibrilación a un/a paciente, ¿qué medidas se deben tomar?

- a. Asegurarse de que nadie toque al/a la paciente.
- b. Mantener las compresiones torácicas.
- c. Colocaremos el Guedel.
- d. Comprobaremos la respiración.

453. ¿Qué es un resucitador manual?

- a. Una persona que está entrenada para la RCP.
- b. Un balón autoinflable con una válvula.
- c. Un manual sobre la RCP.
- d. Parches de nicotina.

454. ¿Todos los balones autoinflables tienen la misma capacidad?

- a. Sí.
- b. No.
- c. Depende del reservorio.
- d. Los pediátricos tienen mayor capacidad.

455. ¿Qué concentración de H₂O se consigue con una bolsa de reservorio en el resucitador manual?

- a. 100%.
- b. 21%.
- c. 16%
- d. Ninguna.

456. ¿Qué se consigue con la bolsa de reservorio del resucitador manual?

- a. Mayor concentración de oxígeno.
- b. Mayor concentración de H₂O.
- c. Mayor reinspiración del/de la paciente.
- d. Menor concentración de oxígeno.

457. Las maniobras de soporte vital básico deben mantenerse hasta la llegada de los equipos sanitarios especializados, excepto en una de las siguientes situaciones:

- a. Cuando se presente la posibilidad de trasladar al/a la paciente traumatizado/a al servicio de urgencias más próximo, en cualquier tipo de medio de transporte.
- b. Cuando, tras un tiempo prudencial de 5 minutos, continúa la ausencia de actividad cardíaca o de respiración del/de la paciente.
- c. Cuando, tras un tiempo prudencial de 8 minutos, continúa la ausencia de actividad cardíaca o de respiración del/de la paciente.
- d. Cuando el/la paciente recupere la circulación espontánea, en cuyo caso el/la reanimador/a se mantendrá alerta junto al/a accidentado/a, comprobando periódicamente sus funciones vitales.

458. En las maniobras de soporte vital básico realizadas a pacientes pediátricos, indique cuál de las siguientes actuaciones o afirmaciones no es correcta:

- a. Las maniobras de apertura de las vías aéreas son iguales que en los/as adultos/as: maniobra frente-mentón y maniobra de tracción mandibular.
- b. Si el/la paciente es un/a lactante, la boca del/de la reanimador/a debe aplicarse abarcando la boca y la nariz del/de la niño/a.
- c. Si el/la niño/a tiene dificultad respiratoria suele adoptar unas posturas determinadas que le facilitan la respiración, pero el/la reanimador/a debe obligar al/a la niño/a a modificar su postura y a adoptar la posición de seguridad.
- d. En los/as niños/as pequeños/as, al apoyar su espalda sobre la palma de la mano del/de la reanimador/a, los hombros se elevan, permitiendo que la cabeza se extienda ligeramente hacia atrás abriendo la vía aérea de forma adecuada.

459. ¿Cuántas compresiones y ventilaciones se darán a un/a paciente pediátrico/a con un/a reanimador/a?

- a. 2/30.
- b. 15/2.
- c. 2/15.
- d. 30/2.

460. ¿Cuántas compresiones y ventilaciones se darán a un/a paciente pediátrico/a con dos reanimadores/as?

- a. 2/30.
- b. 15/2.
- c. 2/15.
- d. 30/2.

461. ¿Cuántas insuflaciones se darán a un/a paciente pediátrico/a en PCR antes de empezar la RCP?

- a. 2.
- b. 3.
- c. 4.
- d. 5.

462. ¿Tiene relación el trastorno respiratorio con la ansiedad?

- a. Sí.
- b. No.
- c. Sólo cuando la ansiedad no es controlada con medicamentos.
- d. Sólo cuando la ansiedad está provocada por el tabaquismo.

463. ¿Cuál es la principal función del sistema respiratorio?

- a. Intercambio adecuado de oxígeno y anhídrido carbónico.
- b. Transporte de nutrientes a las células.
- c. Intercambio de oxígeno y H_2O .
- d. Eliminación de residuos físicos.

464. ¿Qué es una insuficiencia respiratoria?

- a. La situación que se produce cuando algún componente del sistema respiratorio aprueba.
- b. El cese de la respiración espontánea.
- c. La situación que se produce cuando alguno o algunos componentes del sistema respiratorio fracasan.
- d. La contención voluntaria de la respiración.

465. ¿Qué es un Shunt?

- a. Un tipo de alteración muscular.
- b. Un tipo de alteración medular.
- c. Un tipo de alteración circulatoria.
- d. Un tipo de insuficiencia respiratoria.

466. ¿Qué es la disnea?

- a. La sensación de falta de aire.
- b. La disminución de los niveles de oxígeno por debajo del 80%.
- c. El intercambio de oxígeno y H_2O .
- d. También se la conoce como triple maniobra.

467. ¿Tiene relación el dolor torácico con la disnea?

- a. Nunca.
- b. Generalmente no.
- c. Sí.
- d. Sólo cuando lo diga el/la médico/a.

468. ¿En qué posición se traslada a una persona con insuficiencia respiratoria?

- a. Sims.
- b. Fowler.
- c. Trendelenburg.
- d. Mahometana.

469. ¿Qué se aconseja para atender a un/a paciente con una insuficiencia respiratoria?

- a. Oxigenoterapia.
- b. Tumbiar al/a la paciente.
- c. Dejarle/a en su domicilio.
- d. Hacer un lavado de estómago.

470. ¿Qué es el asma?

- a. Se le denomina también Síndrome de Ulises.
- b. Una alteración en el sistema de transporte de hemoglobina.
- c. Un síndrome de hiperactividad bronquial.
- d. El síndrome que se produce por la saturación de oxígeno en la sangre.

471. A la hora de trasladar a un/a paciente con asma, ¿qué posición debe elegirse?

- a. Sims.
- b. Fowler.
- c. Trendelenburg.
- d. Mahometana.

472. ¿Cómo debe ser nuestra actitud ante un/a paciente con asma?

- a. Procuraremos estimular al/a la enfermo/a lo más posible para que no disminuya su actividad nerviosa ni su nerviosismo.
- b. Le agitaremos por los hombros para facilitar la respiración.
- c. Le gritaremos al oído para que la comunicación sea más efectiva.
- d. Intentaremos disminuir la ansiedad del/de la enfermo/a.

473. ¿Qué es un/a EPOC?

- a. Una enfermedad de determinadas glándulas también denominada Síndrome de Ulises.
- b. Una enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
- c. Un síndrome de hiperactividad bronquial.
- d. Una enfermedad producida por obstrucción caudal.

474. ¿En qué posición debe ser transportado/a un/a paciente aquejado/a de EPOC?

- a. Sims.
- b. Fowler.
- c. Trendelenburg.
- d. Mahometana.

475. ¿Cómo debe ser nuestra actitud ante un/a paciente con EPOC?

- a. No debemos dar ninguna importancia al nerviosismo o ansiedad del/de la enfermo/a.
- b. Le agitaremos por los hombros para facilitar la respiración.
- c. Le gritaremos al oído para que la comunicación sea más efectiva.
- d. Intentaremos disminuir la ansiedad del/de la enfermo/a.

476. La campana de oxígeno:

- a. Es la otra denominación posible de la tienda de oxígeno.
- b. Es un dispositivo de oxigenoterapia de circuito cerrado parecido a la tienda de oxígeno, que abarca la cabeza y cuello del/de la paciente.
- c. Es un dispositivo de oxigenoterapia de circuito abierto parecido a la mascarilla oronasal, que abarca también los ojos y oídos del/de la paciente.
- d. Es otra denominación posible de la botella o bombona de oxígeno.

477. En los equipos de oxigenoterapia, no es correcto afirmar que las gafas nasales:

- a. Son tubos similares a las sondas, pero que se adaptan simultáneamente a las dos fosas nasales.
- b. Presentan el inconveniente de que resecan mucho las mucosas.
- c. Presentan la ventaja de que el/la enfermo/a puede hablar, comer y beber.
- d. Son incompatibles con las gafas graduadas de visión de los/as pacientes.

478. La administración de oxígeno en estado puro a un/a paciente:

- a. Es lo que se indica en las Recomendaciones del Plan Nacional de RCP para el tratamiento de cualquier afección respiratoria.
- b. Es peligrosa si se mantiene por periodos prolongados, pudiendo causar lesiones en los pulmones y cerebro.
- c. No es peligrosa por periodos prolongados, pero sí tiene efectos irritantes sobre las mucosas.
- d. Puede tener efectos parecidos a los que produce la intoxicación por barbitúricos, en pacientes traumatizados/as.

479. La oxigenoterapia está indicada en alguna de las siguientes situaciones:

- a. Intoxicaciones por monóxido de carbono.
- b. Intoxicaciones por carbono activado.
- c. Incompatibilidad con terapias gaseosas basadas en el nitrógeno.
- d. Presión parcial de oxígeno alrededor del 98%.

480. ¿En qué consiste la oxigenoterapia?

- a. Consiste en la administración de líquidos.
- b. Consiste en la administración de alimentos antioxidantes.
- c. Consiste en la administración de oxígeno gaseoso.
- d. Consiste en la administración de bebidas carbonatadas.

481. ¿Es peligrosa la administración de oxígeno puro durante periodos prolongados?

- a. No.
- b. Sólo durante periodos de tiempo superiores a una hora.
- c. Sí.
- d. Depende del estado físico del/de la paciente.

482. ¿Qué daños produce la administración de oxígeno puro durante un periodo de tiempo muy prolongado?

- a. No produce ningún daño.
- b. Lesiones en el pulmón.
- c. Estados de enfriamiento.
- d. Estados catarrales.

483. ¿La administración de oxígeno puro mantenida por periodos prolongados daña al cerebro?

- a. No.
- b. Sólo en combinación con la administración de H_2O .
- c. Sí.
- d. Depende del estado físico del/de la paciente.

484. Un/a paciente con intoxicación por anhídrido carbónico deberá ser tratado/a con:

- a. Sueros glucosados.
- b. Oxigenoterapia.
- c. Lavado gástrico y carbón activado.
- d. Insulina.

485. El tratamiento para la asfixia es:

- a. Oxigenoterapia.
- b. AAS.
- c. Disminuir la ingesta de sal.
- d. Administración de insulina.

486. En las situaciones de alteración de la tasa de oxígeno en sangre como grandes hemorragias o intoxicación por monóxido de carbono:

- La oxigenoterapia está contraindicada.
- La oxigenoterapia forma parte de los cuidados indicados para estos casos.
- La intoxicación por monóxido de carbono no produce alteraciones en el transporte de oxígeno en sangre, luego no cabe administrar oxigenoterapia en este caso.
- Es indiferente la administración de oxigenoterapia o no.

487. Cuando un hospital cuenta con central de oxígeno, la toma de oxígeno que se sitúa a la cabecera de cada cama:

- Conecta con la bombona de oxígeno dispuesta verticalmente en el portabotellas.
- Conecta con dicha central de oxígeno en el exterior del edificio mediante tuberías.
- No cuenta con caudalímetro o flujómetro, puesto que la salida de oxígeno se regula adecuadamente para cada paciente desde la central.
- No admite frasco humidificador, puesto que el oxígeno así suministrado viene ya mezclado con agua en la debida proporción desde la central.

488. A la hora de administrar a un/a paciente hospitalizado/a oxígeno, ¿debe estar provisto de cierto grado de humedad?

- No, debe estar libre de humedad para no favorecer la aparición de bronquitis.
- No, debe ser oxígeno seco, para no dañar el cerebro ni los pulmones del/de la paciente.
- Sí, para que no se sequen las mucosas del/de la enfermo/a.
- Solamente en los casos de oxigenoterapia para pacientes con síntomas de ahogamiento.

489. ¿Es posible administrar oxigenoterapia a domicilio?

- No, es preciso que los/as pacientes acudan al centro sanitario.
- Solamente en las maniobras de soporte vital básico.
- Sí, mediante la conexión del domicilio del/de la paciente con la central de oxígeno del centro sanitario más cercano.
- Sí, mediante el uso de bombonas de oxígeno.

490. ¿Qué es un caudalímetro?

- Un aparato para medir el plano caudal.
- Un aparato para controlar la cantidad de oxígeno que administramos por hora.

- c. Un aparato para controlar la cantidad de oxígeno que administramos por minuto.
- d. Un aparato para controlar la cantidad de oxígeno que administramos por segundo.

491. ¿Qué es un flujómetro?

- a. Un aparato para medir el plano caudal.
- b. Un aparato para controlar la cantidad de oxígeno que administramos por hora.
- c. Un aparato para controlar la cantidad de oxígeno que administramos por minuto.
- d. Un aparato para controlar la cantidad de oxígeno que administramos por segundo.

492. El frasco humidificador que incorporan los equipos de oxigenoterapia, debe llenarse:

- a. Totalmente.
- b. Hasta el nivel indicado.
- c. Hasta que cubra unos 10 cm de los extremos de los dos tubos que salen de él: el que conecta con el dispositivo dispensador de oxígeno y el que conecta con el dispositivo de oxigenoterapia aplicado al/a la paciente.
- d. Hasta un nivel que permita que ninguno de los dos tubos que de él salen toque el líquido.

493. ¿Cómo podemos clasificar los diferentes sistemas de los circuitos para la administración de oxígeno?

- a. Calientes y fríos.
- b. Abiertos y cerrados.
- c. Totales o parciales.
- d. Positivos o negativos.

494. ¿Qué son unas gafas nasales?

- a. Una forma de nutrir al/a la paciente.
- b. Un circuito de conexiones para la administración endovenosa de oxígeno al/a la paciente.
- c. Un método para la administración de oxígeno.
- d. Lo mismo que un Guedel.

495. ¿Qué son las mascarillas oronasales?

- a. Una forma de nutrir al/a la paciente.
- b. Un circuito de conexiones para la administración endovenosa de oxígeno al/a la paciente.
- c. Un método para la administración de oxígeno.
- d. Lo mismo que un Guedel.

496. Las mascarillas utilizadas en la oxigenoterapia están preparadas para administrar una concentración determinada de oxígeno. Las más usadas o habituales son las que permiten administrar una concentración de oxígeno que oscila entre el:

- a. 21% y 80%.
- b. 24% y 28%.
- c. 30% y 60%.
- d. 80% y 100%.

497. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre las sondas nasales es falsa?

- a. Es un tubo de grosor variable.
- b. Su punta es roma.
- c. Se introducen hasta la orofaringe.
- d. Una vez colocada no hace falta que se revisen hasta el alta del/de la paciente.

498. Para la administración de oxigenoterapia a pacientes pediátricos/as, es habitual usar la tienda de oxígeno porque:

- a. No hay mascarillas oronasales, sondas ni gafas nasales de tamaño adecuado para los/as pacientes menores de 10 años.
- b. Son pacientes a los que resulta difícil o incómoda la colocación de mascarillas, sondas o gafas nasales.
- c. Se considera que son, sin excepciones, pacientes muy inquietos/as y que no colaboran en la aplicación de otros métodos de oxigenoterapia.
- d. Es más divertido para los/as pacientes.

499. ¿Cuál de las siguientes no es una precaución que debemos tomar con la oxigenoterapia?

- a. Prohibir que se fume en la habitación.
- b. Colocar las botellas de oxígeno horizontalmente sobre un portabotellas.
- c. Colocar las botellas de oxígeno verticalmente sobre un portabotellas.
- d. Controlar la temperatura de la habitación.

500. ¿A qué llamamos tienda de oxígeno?

- Al lugar donde se almacena el oxígeno fuera del edificio de la institución sanitaria, también denominado central de oxígeno.
- Al lugar donde se almacenan las botellas de oxígeno en la institución sanitaria, también denominado almacén de aéreos.
- A un sistema de circuito cerrado para la administración de oxígeno.
- A un sistema de circuito abierto para la administración de oxígeno.

501. La exposición laboral a los patógenos transmitidos por la sangre (transmisión hemática), a la que están expuestos los celadores como colectivo de riesgo según la Nota Técnica de Prevención NTP 298, del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, puede ocurrir mediante los siguientes mecanismos de transmisión:

- Por la inoculación accidental por pinchazos con agujas o bisturís contaminados con sangre de pacientes infectados.
- Mediante salpicaduras de sangre a cualquier parte del cuerpo, con o sin pequeños cortes o abrasiones.
- Por contacto con las prendas o equipos contaminados con sangre seca.
- Todas las respuestas son correctas.

502. La Guía Técnica del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, relativa a los Lugares de Trabajo explica que las condiciones ambientales de los lugares de trabajo, en concreto la temperatura del aire, la radiación, la humedad y la velocidad del aire, junto con la “intensidad” o nivel de actividad del trabajo y la ropa que se lleve, pueden originar situaciones de riesgo para la salud de los trabajadores, que se conocen como:

- Estrés laboral.
- Estrés térmico, bien por calor o por frío.
- Síndrome dérmico.
- Riesgo psicosocial.

503. En el Real Decreto 487/1997, el concepto de manipulación manual de cargas no comprende:

- La operación de transporte o sujeción de una carga por parte de uno o varios trabajadores que entrañe riesgos, en particular dorsolumbares, para los trabajadores.
- El levantamiento, la colocación, el empuje, la tracción o el desplazamiento que, por sus características o condiciones ergonómicas sean inadecuadas.

- c. Transportar o mantener la carga alzada; la sujeción de ésta con las manos y con otras partes del cuerpo, como la espalda, y lanzar la carga de una persona a otra.
- d. El transporte de una carga cuando no entraña riesgo alguno para la seguridad y salud de los trabajadores.

504. Cuando la manipulación manual de cargas no pueda evitarse:

- a. No se llevará a cabo ninguna de las tareas que puedan entrañar ese riesgo.
- b. El trabajador debe negarse a llevar a efecto la manipulación manual.
- c. El empresario tomará las medidas de organización adecuadas, utilizará los medios apropiados o proporcionará a los trabajadores tales medios para reducir el riesgo que entrañe dicha manipulación.
- d. El centro sanitario se dotará, en todo caso, de equipos mecánicos que impidan tener que realizar dichas tareas manualmente.

505. Uno de los riesgos de la manipulación manual de cargas provocado por las características de la carga, las características del individuo, las del movimiento que debe ser realizado o las características del medio de trabajo, es:

- a. Riesgo dorsolumbar.
- b. Riesgo eléctrico.
- c. Riesgo higiénico.
- d. Riesgo biológico.

506. En los supuestos de manipulación manual de cargas, la formación e información de los trabajadores:

- a. Deben abarcar los riesgos aunque no las medidas preventivas.
- b. Deben destinarse a los trabajadores aunque, no necesariamente, a sus representantes.
- c. Debe incluir, además de otros contenidos, el uso correcto de los equipos de protección individual.
- d. No es necesario que incluya el uso de ayudas mecánicas.

507. En condiciones ideales de manipulación, el peso máximo que se recomienda no sobrepasar en la manipulación manual de cargas, con carácter general, y siempre que no se lleve a cabo por mujeres, por trabajadores jóvenes o por trabajadores de edad avanzada es de:

- a. 25 kg.
- b. 35 kg.
- c. 3 kg.
- d. 15 kg.

508. Cuando se procede a movilizar personas enfermas, éstas pueden realizar movimientos impredecibles cambiando, de este modo, su centro de gravedad. En estos casos se debe actuar:

- Haciéndolo lo más rápidamente posible.
- Haciéndolo siempre manualmente, sin el uso de grúas mecánicas u otras ayudas similares.
- Manipulando al enfermo en equipo.
- Todas las respuestas son correctas.

509. En la manipulación manual de cargas, en lo que se refiere a la inclinación del tronco, es correcto afirmar que:

- La manipulación de una carga con el tronco inclinado disminuye el riesgo de lesión en la zona.
- La postura correcta al manejar una carga es con la espalda derecha.
- La postura correcta al manejar una carga es con el tronco inclinado.
- La técnica de levantamiento de la carga no afecta para una correcta manipulación.

510. En la manipulación manual de cargas, y respecto de los movimientos realizados, los giros del tronco:

- Vienen determinados por el ángulo que forman las líneas que unen los talones con la línea de los hombros.
- Forman un ángulo que, cuanto más grande sea, menos riesgos de lesiones provoca.
- Están recomendados para disminuir el riesgo.
- Provocan una disminución de las fuerzas compresivas en la zona lumbar.

511. Es falso afirmar, en cuanto al método para el levantamiento manual y traslado de cargas, que:

- Como regla general es preferible manipular las cargas cerca del cuerpo.
- La manipulación debe realizarse a una altura comprendida entre la altura de los codos y los nudillos, ya que de este modo disminuye la tensión en la zona lumbar.
- Si las cargas que deben ser manipuladas están situadas en el suelo o cerca del mismo, se utilizarán las técnicas de manejo de cargas que permitan utilizar los músculos de la espalda más que los de las piernas.
- Deben separarse los pies para adquirir una postura estable y equilibrada para el levantamiento colocando un pie más adelantado que el otro en la dirección del movimiento.

512. La humedad relativa también desempeña un papel importante en el ámbito de la manipulación manual de cargas y, para conseguir un óptimo desarrollo del trabajo, dicha humedad debe situarse entre:

- a. El 30 y el 70%.
- b. El 50 y el 70%.
- c. El 30 y el 90%.
- d. El 20 y el 40%.

513. Si hablamos de la manipulación manual de cargas, el calzado debe ser:

- a. Antideslizante.
- b. Con protección adecuada del pie contra patologías fúngicas.
- c. Con protección adecuada del pie contra la sudoración.
- d. Con alzas.

514. En el método adecuado para el levantamiento manual y traslado de cargas:

- a. Como regla general, es preferible manipular las cargas cerca del cuerpo.
- b. Disminuye el riesgo de lesiones manipular a una altura superior a la de los hombros, ya que de este modo disminuye la tensión en la zona lumbar.
- c. Si las cargas que deben ser manipuladas están situadas en el suelo o cerca del mismo, se deben utilizar las técnicas de manejo que permitan utilizar los músculos de la espalda más que los de las piernas.
- d. Si el peso fuera excesivo, es mejor siempre realizar el levantamiento manual y traslado de la carga por una persona sola.

515. En el método para el levantamiento manual y traslado de cargas, el procedimiento general en situaciones normales aconseja que lo correcto es:

- a. Mantener los pies juntos para adquirir una postura estable y equilibrada para el levantamiento.
- b. Mantener las piernas rectas sin flexionar las rodillas, doblando la espalda hasta el agarre de la carga.
- c. Alzarse con la mayor rapidez posible para que la espalda esté recta lo antes posible dando un fuerte tirón.
- d. Mantener la carga pegada al cuerpo durante todo el proceso de levantamiento.

516. En la manipulación manual de cargas, es cierto que los equipos de protección individual (EPIs):

- a. Cuando los riesgos no se puedan evitar o no puedan limitarse suficientemente por medios técnicos de protección colectiva o mediante medidas, métodos o procedimientos de organización del trabajo, tal como ocurre con frecuencia en los centros sanitarios frente al riesgo biológico, no es necesario proporcionar a los trabajadores equipos de protección individual.
- b. No deberán interferir en la capacidad del trabajador para realizar movimientos, ni impedir la visión o dificultarla, ni disminuirán la destreza manual.
- c. No son afectados por las condiciones anatómicas y fisiológicas y el estado de salud del trabajador.
- d. Estos pueden ser utilizados alternativamente según la mayor comodidad del trabajador en el caso de que existan riesgos múltiples que exijan la utilización simultánea de varios equipos de protección individual.

517. Antes de la implantación de una prenda de protección individual frente a una determinada situación de riesgo, en la gestión de los equipos de protección individual EPIs frente al riesgo biológico debe contemplarse:

- a. La necesidad de uso y la elección del equipo adecuado.
- b. La necesidad de uso, la elección del equipo adecuado y la distribución.
- c. La necesidad de uso, la elección del equipo adecuado, la adquisición, la normalización interna de uso, la distribución y la supervisión.
- d. Únicamente la necesidad de uso.

518. Para una adecuada elección y adquisición del equipo de protección individual (EPI):

- a. No es necesario comprobar cuál es el grado necesario de protección que precisan las diferentes situaciones de riesgo y el grado de protección que ofrecen los distintos equipos frente a estas situaciones.
- b. Se exige como requisito indispensable para que un EPI pueda comercializarse y ponerse en servicio, que garantice la salud y la seguridad de los usuarios, sin poner en peligro la salud ni la seguridad de las demás personas.
- c. No es imprescindible que todos los EPI que cumplan los requisitos y se comercialicen vayan identificados con el marcado "CE".
- d. No es necesario consultar a los trabajadores y sus representantes al proceder a la adquisición de los EPI.

519. Los equipos de protección individual, proporcionarán una protección eficaz frente a los riesgos que motivan su uso, sin suponer por sí mismos u ocasionar riesgos adicionales ni molestias innecesarias. Para ello deben:

- a. Responder a las condiciones familiares del trabajador.
- b. Tener en cuenta las condiciones anatómicas y fisiológicas y el estado de salud del trabajador.
- c. Adecuarse al usuario sin necesidad de ajuste alguno.
- d. Tener en cuenta las condiciones anatómicas y fisiológicas y el estado de ánimo del trabajador.

520. En las normas generales de utilización de elementos de barrera en centros sanitarios es correcto afirmar:

- a. El uso de los guantes es obligatorio siempre.
- b. El uso de la bata es obligatorio en todo momento y lugar.
- c. El uso de mascarillas quirúrgicas es obligatorio en caso de posible contacto con líquidos biológicos.
- d. El uso de delantal es obligatorio siempre antes de entrar en la habitación.

521. En lo referente a la distribución de los equipos de protección individual hay que tener en cuenta que:

- a. Han de ajustarse a las características anatómicas de cada trabajador.
- b. No existe ninguna responsabilidad del usuario sobre el mantenimiento y conservación del equipo que se le entrega.
- c. No es necesaria información e instrucción a cada usuario sobre sus características y uso.
- d. La gestión de los EPI utilizados por distintas personas recae en los usuarios.

522. La implantación satisfactoria de un programa de gestión de equipos de protección individual en un centro sanitario ha de comprender, entre otros, los siguientes aspectos:

- a. No es necesario un mantenimiento de un stock mínimo de todos los EPI, ya que cuando se requiere su utilización se puede recurrir a otro sistema de protección.
- b. Facilitar una formación e información en materia de EPI adecuada a todo el personal con riesgo biológico. Para ello se realizarán actividades formativas e informativas en las que se darán a conocer los diferentes equipos disponibles, tanto de uso personalizado como no, obligatoriedad de utilización, recomendaciones y mantenimiento de los mismos.

- c. Todo el personal no tiene por qué conocer y disponer por escrito de un documento en el cual se indique el número y tipo de equipos disponibles, ni tampoco tener conocimiento de los que se entreguen personalmente, las situaciones y operaciones en las que es obligatorio su uso, las condiciones de utilización y mantenimiento, el lugar de almacenamiento y todos aquellos procedimientos necesarios para su gestión.
- d. No hay por qué entregar los equipos con acuse de recibo, ni adjuntar por escrito las instrucciones de utilización cuando se considere necesario.

523. Respecto a las precauciones para el control de infecciones en centros sanitarios, es correcto que:

- a. Todos los trabajadores sanitarios deben usar de forma rutinaria elementos barrera cuando es posible anticipar el contacto de la piel y las membranas mucosas (boca, nariz y ojos) con sangre o fluidos biológicos de cualquier paciente.
- b. Los guantes se deben llevar únicamente durante las extracciones de sangre o cualquier otra práctica de acceso vascular.
- c. Se deben vestir batas o delantales durante cualquier procedimiento, incluso si no es posible que se produzcan salpicaduras de sangre o de otros fluidos biológicos.
- d. Solo deben usarse los guantes en la manipulación de fluidos biológicos envasados.

524. Entre las precauciones relativas a las agujas usadas, para el control de infecciones en centros sanitarios, es cierto que:

- a. Las agujas usadas se deben reencapsular.
- b. Las agujas usadas se deben doblar o romper de forma manual.
- c. Tras su uso se deben eliminar en contenedores resistentes a los pinchazos.
- d. El material que se vaya a reutilizar debe dejarse a mano para favorecer un más rápido y eficaz posterior uso.

525. Sobre los planes de emergencia contra incendios se puede afirmar que:

- a. Tienen el objetivo primordial de minimizar el tiempo de espera de los servicios de emergencia.
- b. Tienen como finalidad la formación del personal sanitario en la lucha contra incendios y otras catástrofes y emergencias.

- c. Ante una determinada situación de riesgo, el plan o planes de emergencia contra incendios, pueden ser enunciados como la planificación y organización humana, para la utilización óptima de los medios técnicos previstos, con la finalidad de reducir al máximo las posibles consecuencias económicas y humanas de la emergencia.
- d. Tienen como objetivo primordial la dotación de medios técnicos para la lucha contra incendios a los centros sanitarios en el ámbito nacional o autonómico según el tipo de plan.

526. Respecto de toda persona que pueda verse involucrada en una emergencia, es correcto afirmar que:

- a. Debe ser avisada con antelación sobre lo que debe hacer y cómo debe hacerlo.
- b. La realización de simulacros periódicos no mejora en nada la preparación de los intervinientes en una posible emergencia.
- c. Es la única responsable de su propia información y formación sobre emergencias.
- d. Debe saber y poder manejar todos los equipos de extinción existentes en el mercado.

527. La planificación y organización humana para la utilización óptima de los medios técnicos previstos con la finalidad de reducir al mínimo las posibles consecuencias humanas y/o económicas que pudieran derivarse de una situación de emergencia se denomina:

- a. Organización normalizada de intervención.
- b. Plan de emergencia.
- c. Organización contra incendios.
- d. Protección civil.

528. No se encuentra entre los factores de riesgo que pueden determinar la implantación de planes de emergencia en edificios y espacios de pública concurrencia:

- a. La densidad de ocupación.
- b. Las características de los ocupantes.
- c. La existencia de personal foráneo.
- d. El alto nivel formativo de los trabajadores que allí prestan servicios.

529. En materia de protección contra incendios, los EPI son:

- a. Los equipos de protección individual.
- b. Los equipos de primera intervención.
- c. Los equipos para intervenir.
- d. Los equipos personales imprescindibles.

530. Tras la entrada en vigor de la Norma Básica de Autoprotección, aprobada mediante el Real Decreto 393/2007, de 23 de marzo, se regula, con el objeto de prevenir y controlar los riesgos sobre las personas y los bienes y dar respuesta adecuada a las posibles situaciones de emergencia, un documento que establece el marco orgánico y funcional. Este documento se denomina:

- a. Plan de Autoprotección.
- b. Plan de Emergencia.
- c. Plan de Actuación.
- d. Plan de Intervención.

531. Según la Norma Básica de Autoprotección, la elaboración de los planes de autoprotección deberá cumplir como requisito o condición:

- a. Su elaboración, implantación, mantenimiento y revisión es responsabilidad de los representantes de los trabajadores que presten servicios en los centros, establecimientos, espacios, instalaciones o dependencias.
- b. Será obligatorio un plan de autoprotección por cada uno de los riesgos particulares de cada una de las actividades que contengan los centros, establecimientos, espacios, instalaciones o dependencias.
- c. El Plan de Autoprotección deberá ser elaborado por un técnico competente capacitado para dictaminar sobre aquellos aspectos relacionados con la autoprotección frente a los riesgos a los que esté sujeta la actividad.
- d. Ninguna de las respuestas es correcta.

532. La Norma Básica de Autoprotección no contempla entre las obligaciones del titular de la actividad una de las siguientes:

- a. Informar y formar al personal a su servicio en los contenidos del Plan de Autoprotección.
- b. Colaborar con las autoridades competentes de las Administraciones Públicas, en el marco de las normas de protección civil que le sean de aplicación.
- c. Elaborar el Plan de Autoprotección correspondiente a su actividad.
- d. Hacer exámenes periódicos al personal a su servicio sobre el conocimiento del Plan de Autoprotección.

533. En cuanto a la estructura y contenido del Plan de Autoprotección, éste se recogerá en:

- a. Tres documentos.
- b. Cuatro documentos.
- c. Un documento único.
- d. El segundo apartado de un Plan de Actuación ante emergencias.

534. No forma parte de la estructura del Plan de Actuación ante emergencias:

- a. La detección y alerta.
- b. Los mecanismos de alarma.
- c. El mantenimiento de la eficacia y actualización del Plan de Autoprotección.
- d. La evacuación y/o confinamiento.

535. El Aviso o señal por la que se informa a las personas para que sigan instrucciones específicas ante una situación de emergencia se denomina:

- a. Alarma.
- b. Alerta.
- c. Actividad.
- d. Autoprotección.

536. La evacuación es:

- a. La acción de traslado planificado de las personas, afectadas por una emergencia, de un lugar a otro provisional seguro.
- b. La respuesta a la emergencia, para proteger y socorrer a las personas y los bienes.
- c. El máximo número de personas que puede contener un edificio, espacio, establecimiento, recinto, instalación o dependencia, en función de la actividad o uso que en él se desarrolle.
- d. La probabilidad de que se produzca un efecto dañino específico en un período de tiempo determinado o en circunstancias determinadas.

537. El documento perteneciente al Plan de Autoprotección en el que se prevé la organización de la respuesta ante situaciones de emergencias clasificadas, las medidas de protección e intervención a adoptar, y los procedimientos y secuencia de actuación para dar respuesta a las posibles emergencias se denomina:

- a. Plan de prevención-control de riesgos.
- b. Plan de actuación de emergencias.
- c. Plan de Autoprotección.
- d. Plan de Intervención.

538. En los sistemas manuales de alarma de incendios los pulsadores de alarma se situarán:

- a. De modo que la distancia máxima a recorrer, desde cualquier punto hasta alcanzar un pulsador, no supere los 50 metros.
- b. De modo que la distancia máxima a recorrer, desde cualquier punto hasta alcanzar un pulsador, no supere los 25 metros.

- c. De modo que la distancia máxima a recorrer, desde cualquier punto hasta alcanzar un pulsador, no supere los 100 metros.
- d. De modo que la distancia máxima a recorrer, desde cualquier punto hasta alcanzar un pulsador, no supere los 500 metros.

539. Los extintores deberán tener como emplazamiento:

- a. Lugares próximos a los puntos donde se estime mayor probabilidad de iniciarse el incendio.
- b. Lugares alejados de las salidas de evacuación.
- c. Preferentemente sobre soportes fijados a paramentos verticales, de modo que la parte superior del extintor quede, como máximo, a 50 centímetros sobre el suelo.
- d. Ninguna de las respuestas es correcta.

540. El accionamiento del extintor debe comenzar por:

- a. Quitar el pasador de seguridad tirando de su anilla.
- b. Apretando la palanca hacia la maneta fija.
- c. Empuñando la boquilla de la manguera.
- d. Dirigiendo el chorro hacia la parte más alta de las llamas.

541. El agente extintor más adecuado para sólidos, líquidos y gases es:

- a. Polvo ABC convencional.
- b. Polvo ABC polivalente.
- c. Espuma física.
- d. Anhídrido carbónico.

542. Para la utilización de un extintor portátil debe tenerse en cuenta como precauciones generales:

- a. La inocuidad del agente extintor y de los productos que genera en contacto con el fuego.
- b. La imposibilidad de quemaduras y daños en la piel por demasiada proximidad al fuego o por reacciones químicas peligrosas.
- c. Las descargas eléctricas o proyecciones inesperadas de fluidos emergentes del extintor a través de su válvula de seguridad.
- d. La imposibilidad de encontrar mecanismos de accionamiento en malas condiciones de uso gracias a los programas de mantenimiento y conservación.

543. En el supuesto de producción de un incendio, se debe adoptar como actuación básica:

- a. Antes de nada, comunicar el hecho a la mayor parte de compañeros posible.
- b. Iniciar inmediatamente la extinción con los extintores portátiles de la zona, ya que son de fácil manejo y no necesitan de una formación previa.
- c. Comunicar el hecho al Jefe de Emergencia o de Primera Intervención o su sustituto, facilitándole la mayor cantidad de datos posibles del siniestro.
- d. Actuar siempre solo para evitar interferencias de terceros.

544. Es norma a tener en cuenta en una evacuación en caso de incendio:

- a. Al activarse la señal de evacuación, salir corriendo lo más rápido posible.
- b. Mantener la calma. Indicar al personal de la zona la necesidad de evacuar el centro, por las salidas definidas (siempre que estas estén practicables).
- c. Permitir la recogida de objetos personales a los ocupantes del edificio.
- d. Usar los ascensores para una más rápida y ordenada evacuación.

545. El agua a chorro es un agente extintor adecuado para el fuego de:

- a. Gases.
- b. Metales especiales.
- c. Sólidos (salvo con presencia de corriente eléctrica).
- d. Líquidos.

546. En presencia de tensión eléctrica:

- a. Es aceptable como agente extintor el agua a chorro.
- b. Es aceptable como agente extintor la espuma.
- c. Podrán utilizarse agentes en aquellos extintores que superen el ensayo dieléctrico normalizado.
- d. Todas las respuestas son correctas.

547. Ante una situación de evacuación:

- a. Puede permitirse el uso de ascensores sin problemas.
- b. No hay por qué verificar en ningún caso que los distintos lugares asignados han sido evacuados correctamente.
- c. No se debe permitir la recogida de objetos personales.
- d. Una vez que ya se ha salido al exterior, no hay que comunicar ningún dato al Jefe de Emergencia.

548. El responsable de activar el Plan de Actuación en Emergencias, de acuerdo con lo establecido en el mismo, declarando la correspondiente situación de emergencia, notificando a las autoridades competentes de Protección Civil, informando al personal, y adoptando las acciones inmediatas para reducir las consecuencias del accidente o suceso, será:

- a. El Director del Plan de Actuación en Emergencias.
- b. El Jefe de Emergencia.
- c. El Jefe del Equipo de Primera Intervención.
- d. El Jefe del Equipo de Segunda Intervención.

549. La situación declarada con el fin de tomar precauciones específicas debido a la probable y cercana ocurrencia de un suceso o accidente se denomina:

- a. Alarma.
- b. Alerta.
- c. Autoprotección.
- d. Evacuación.

550. No es una característica de la vigencia del Plan de Autoprotección y de su actualización y revisión:

- a. El tener vigencia indeterminada.
- b. El mantenerse adecuadamente actualizado.
- c. La obligatoriedad de revisarse, al menos, con una periodicidad no superior a tres años.
- d. Tener una vigencia máxima de cinco años.

LISTA DE BIBLIOGRAFÍA Y NORMATIVA

BIBLIOGRAFÍA

Plan Nacional de RCP.

Legislación Sanitaria Básica del País Vasco. Temario. MAD. Sevilla, 2008.

Manual del Celador de Instituciones Sanitarias. Temario. MAD. Sevilla, 2008.

Manual de los Auxiliares de Salud Mental y Toxicomanías. MAD. Sevilla, 2007.

Auxiliar de Enfermería. Mc Graw-Hill. Madrid, 2005.

Manual de gestión hospitalaria. Mc Graw-Hill. Madrid, 1997.

Administración sanitaria y sistemas de salud. Síntesis. Madrid, 1994.

http://www.euskadi.net/r33-onacont/es/contenidos/informacion/ona_txartela/es_ona/que_es_ona.html.

NORMATIVA AUTONÓMICA

Ley Orgánica 3/1979, por la que se aprueba el Estatuto de Autonomía del País Vasco.

Ley 3/2005, de 18 de febrero, de Atención y Protección a la Infancia y la Adolescencia.

Ley 4/2005, de 18 de febrero, para la Igualdad de Mujeres y Hombres.

Ley 8/1997, de 26 de junio, de Ordenación Sanitaria de Euskadi.

Estatutos Sociales del Ente Público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud (establecidos por Decreto 255/1997, de 11 de noviembre).

Decreto 235/2007, de 18 de diciembre, por el que se aprueba el Acuerdo regulador de las condiciones de trabajo del personal de Osakidetza-Servicio Vasco de salud, para los años 2007, 2008 y 2009.

- Decreto 67/2003, de 18 de marzo, de Normalización del uso del Euskera en Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.
- Decreto 195/1996, de 23 de julio, sobre Estructura Organizativa de los recursos adscritos a Osakidetza/Servicio Vasco de Salud para la Atención Primaria.
- Decreto 194/1996, de 23 de julio, sobre Estructura Organizativa de los recursos adscritos a Osakidetza/Servicio Vasco de Salud para la Atención Especializada.
- Decreto 175/1989, de 18 de julio, por el que se aprueba la Carta de Derechos y Obligaciones de los Pacientes y Usuarios del Servicio Vasco de Salud/Osakidetza,
- Decreto 149/2007, de 18 de septiembre, por el que se regula el ejercicio del derecho a la segunda opinión médica en el Sistema Sanitario de Euskadi.
- Decreto 65/2006, de 21 de marzo, por el que se establecen los plazos máximos de acceso a procedimientos quirúrgicos programados y no urgentes a cargo del Sistema Sanitario de Euskadi.
- Ley 2/2004, de 25 de febrero, de Ficheros de Datos de Carácter Personal de Titularidad Pública y de Creación de la Agencia Vasca de Protección de Datos.
- Acuerdo de 19 de junio de 2006, del Consejo de Administración del Ente Público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, por el que se regulan los ficheros de carácter personal gestionados por Osakidetza.
- Orden de 22 de noviembre de 2004, del Consejero de Sanidad, por la que se establecen normas sobre el uso de la firma electrónica en las relaciones por medios electrónicos, informáticos y telemáticos con el Sistema Sanitario de Euskadi.
- Plan de Salud de Euskadi 2002-2010.
- Decreto 76/2002, de 26 de marzo, por el que se regulan las condiciones para la gestión de los residuos sanitarios en la Comunidad Autónoma del País Vasco.

NORMATIVA ESTATAL

- Constitución Española.
- Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la Igualdad efectiva de mujeres y hombres.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica.
- Ley 29/2006, de 26 de julio, de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios.
- Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud.
- Texto Refundido de la Ley General de Seguridad Social modificado por la Ley 21/2001, de 27 de diciembre.
- Ley 29/1980, de 21 de junio, de autopsias clínicas.
- Decreto 2230/1982, de 18 de junio, de desarrollo de la Ley 29/1980, de autopsias clínicas.
- Decreto Legislativo 2/2000, de 16 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de contratos de las Administraciones Públicas.
- Estatuto del Personal No Sanitario de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, Orden de 5 de julio de 1971.
- Estatuto de Personal Sanitario No Facultativo de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, Orden de 26 de abril de 1973.
- Decreto 160/1996, de 25 de abril, de configuración e introducción en el Estatuto de Personal No Sanitario de Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social de la categoría de Personal de Servicios Generales.
- RD 521/1987, de 25 de abril, por el que se aprueba el Reglamento sobre estructura, organización y funcionamiento de los hospitales gestionados por el Insalud.
- Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.
- Ley de Enjuiciamiento Criminal.
- Ley Orgánica 6/1984, de 24 de mayo, Reguladora del Procedimiento Habeas Corpus.
- Ley Orgánica 11/1995, de 27 de noviembre, de abolición de la pena de muerte en tiempo de guerra.
- Real Decreto 664/1997, de 12 de mayo, sobre la protección de los trabajadores contra riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo.
- Real Decreto 487/1997, de 14 de abril, sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas a la manipulación manual de cargas que entrañe riesgos, en particular dorsolumbares, para los trabajadores.
- Real Decreto 374/2001, de 6 de abril, sobre la protección de la salud y seguridad de los trabajadores contra riesgos relacionados con los agentes químicos durante el trabajo.

- Decreto 134/1998, de 23 de abril, sobre policía sanitaria mortuoria.
- RD 1201/2005, de 10 de octubre, sobre protección de los animales utilizados para experimentación y otros fines científicos.
- Real Decreto 1211/1990, de 28 de septiembre, por el que se aprueba el Reglamento de la Ley de Ordenación de los Transportes Terrestres.
- Orden de 3 de septiembre de 1998, por la que se desarrolla el Reglamento de la Ley de Ordenación de los Transportes Terrestres, aprobado por el Real Decreto 1211/1990, de 28 de septiembre, en materia de transporte sanitario por carretera.
- Real Decreto 619/1998, de 17 de abril, por el que se establecen las características técnicas, el equipamiento sanitario y la dotación de personal de los vehículos de transporte sanitario por carretera.

