

FORMULARIO GUIA DE EVALUACION DE CENTROS DE APOYO CLINICO Y DIAGNOSTICO

A- Codigo

--	--	--	--	--	--

Para uso exclusivo de la DHA

Coordenadas

X:		Y:	
----	--	----	--

B- Nombre del Establecimiento (Escriba el nombre del Centro o Unidad)

--

C- Dirección (Calle y Número)

--

D- Barrio o Sector

--

E- Provincia

--

F- Municipio

--

G- Registro de la Oficina Nacional de la Propiedad Industrial (ONAPI)

--

H- Registro Nacional de Contribuyente (R.N.C.)

--

I- Teléfonos (colocar dos numeros)

--

J- Correo Electrónico (Obligatorio para informarle respecto a su Expediente)

--

K- Tipo de Centro con Internamiento

K.1- Hospital ()	K.2- Clínica ()	K.3- Centro Médico ()	K.4- Otros* ()
--------------------------	-------------------------	-------------------------------	------------------------

L- Dirección de Salud

L.1- Regional _____	L.2- Provincia _____	L.3- Área _____
----------------------------	-----------------------------	------------------------

Para uso de la DHA

M- Sector del Sistema Nacional de Salud

M.1- Público ()	M.2- Privado ()
-------------------------	-------------------------

N- Sector al que pertenece si es Público

N.1- SNS ()	N.2- MDRD ()	N.3- PN ()	N.4- Otros () _____
---------------------	----------------------	--------------------	-----------------------------

O- Sector al que pertenece si es Privado

O.1- Privado Lucrativo ()	O.2- ONG ()	O.3- Otros () _____
-----------------------------------	---------------------	-----------------------------

P- Horario de Servicio

P.1- 4hrs. ()	P.2- 8 hrs. ()	P.3- 12 hrs. ()	P.4- 24 hrs. ()
-----------------------	------------------------	-------------------------	-------------------------

Q- Fecha de Instalación

--	--	--	--	--	--	--	--

Escriba la Fecha de Apertura

R- PROPIETARIO DEL ESTABLECIMIENTO

R.1	Nombre(s)	
R.2	Apellido(s)	
R.3	Cédula de Ident. y Electoral	
R.4	Dirección (Calle y Número)	
R.5	Barrio o Sector	
R.6	Municipio	
R.7	Provincia	
R.8	Teléfono(s)	
R.9	Celular	

R.10	Correo Electrónico	
------	--------------------	--

S- DIRECTOR MÉDICO DEL ESTABLECIMIENTO

S.1	Nombre(s)	
S.2	Apellido(s)	
S.3	Cédula de Identidad y Electoral	
S.4	Dirección (Calle y Número)	
S.5	Barrio o Sector	
S.6	Municipio	
S.7	Provincia	
S.8	Teléfono(s)	
S.9	Fax(es)	
S.10	Correo Electrónico	
S.11	Título Profesional	
S.12	Especialidad	
S.13	No. de Exequátur	
S.14	Fecha de Expedición	
S.15	Horario de Servicio	4 () 6 () 8 () 12 () 24 ()

T- PERSONAL TÉCNICO Y ADMINISTRATIVO

T.1	Número de Médicos		Observaciones
T.2	Número de Licenciadas en Enfermería		
T.3	Número de Profesionales con Postgrado		
T.4	Número de Auxiliares de Enfermería		
T.5	Número personal Administrativo y de apoyo		
T.6	Horario de Servicio en horas	4 () 6 () 8 ()	

1. Condicionantes Geográficos

		SI	NO	N/A	Observaciones
1.1	Altitud sobre el nivel del mar aceptable				
1.2	Protegido contra posibilidades de deslizamientos				
1.3	Protegido contra Caída de aluviones en estaciones lluviosas				
1.4	Poca Facilidad de inundación del terreno,				

2. Edificio Libre de Contaminación

		SI	NO	N/A	Observaciones
2.1	El edificio esta libre de desechos Biológicos				
2.2	El Edificio esta libre de Residuos comunes				
2.3	El Edificio esta libre de Contaminación sonora				
2.4	El edificio esta libre de Contaminacion Atmosférica				
2.5	El edificio esta libre de Contaminacion Visual.				

3. Entorno y Seguridad

		SI	NO	N/A	Observaciones
3.1	El establecimiento se encuentra alejado de edificaciones que desarrollan actividades peligrosas				
3.2	El establecimiento se encuentra alejado de Edificaciones deterioradas				
3.3	El establecimiento no tiene Condiciones de Hacinamiento				
3.4	El establecimiento se encuentra alejado de Escuelas				
3.5	El establecimiento se encuentra alejado de Vertederos				
3.6	El establecimiento se encuentra alejado de Mataderos				
3.7	El establecimiento se encuentra alejado de Cementerios				
3.8	El establecimiento se encuentra alejado de Mercados públicos				
3.9	El establecimiento se encuentra alejado de Industrias				
3.10	El establecimiento se encuentra a mas de 100 mts de los linderos de Estaciones de servicios y depositos de combustibles				
3.11	El establecimiento se encuentra alejado de Ferias				

4. Estacionamiento

		SI	NO	N/A	Observaciones
4.1	Un Estacionamiento por cada 25 m ² de area Imágenes				
4.2	Un Estacionamiento por cada 25 m ² de area Laboratorio.				
4.3	a) Señalizados				
4.4	b) Delimitados				
4.5	c) Iluminados				
4.6	d) Limpios				
4.7	e) En buen estado				

5. Acceso al Centro

		SI	NO	N/A	Observaciones
5.1	Áreas de flujo peatonal permiten el paso seguro				
5.2	No deben presentar roturas				
5.3	No deben presentar Zanjas				
5.4	Esta libre de obstáculos				
5.5	Estan correctamente señalizadas.				
5.6	Cuenta con rampas construidas de acuerdo a las normativas nacionales vigentes.				
5.7	La rampa es de alto transito				
5.8	Cuenta con estacionamientos para embarazadas y personas con movilidad reducida				
5.9	Posee Pavimento				
5.10	Posee Contén				
5.11	Posee Señalización vertical				
5.12	Posee símbolo de accesibilidad.				

6. Salidas de Emergencia/Ruta de Evacuacion

		SI	NO	N/A	Observaciones
6.1	Las salidas de emergencia son suficientes				
6.2	Las salidas de emergencia estan adecuadas a la capacidad de la edificación				
6.3	Las rutas de evacuación estan correctamente señalizadas.				
6.4	Las puertas interiores y exteriores que comprenden la ruta de evacuación estan situadas de forma que abran completamente en el sentido de la evacuación (hacia el exterior), sin que haya obstáculos que lo impidan.				
6.5	Posee una (01)Salida de emergencia minimo por unidad.				
6.6	Estan protegidos contra el fuego				

6.7	La ruta de evacuacion conduce al exterior lo más directamente posible			
6.8	El establecimiento cuenta con Indicaciones visibles de las salidas.			

7. Escaleras

		SI	NO	N/A	Observaciones
7.1	Poseen cinta anti-deslizante en las huellas				
7.2	Poseen cinta reflectiva en las contra huellas.				
7.3	Escaleras se encuentran Ventiladas				
7.4	Escaleras se encuentran Iluminadas				
7.5	Las escaleras no poseen escalones en los descansos.				
7.6	Las escaleras de emergencia no son en espiral (caracol)				
7.7	Las escaleras son rectas (en un solo tramo)				
7.8	Estarán protegidas en sus laterales a una altura mínima de 1.50 m para impedir el pánico				
7.9	Las escaleras estan construidas en metal u hormigón armado				
7.10	Poseen barandas de protección con pasamanos de ambos lados				

8. Techo, Pared y Pisos

8.1 La Planta Fisica

		SI	NO	N/A	Observaciones
8.1	No presenta Filtraciones				
8.2	No presenta Roturas				
8.3	No presenta Fisuras				
8.4	Se encuentra Limpia				
8.5	Buenas condiciones de higiene				
8.6	Buenas condiciones de mantenimiento.				

8.2 Techos en Areas Clínicas

		SI	NO	N/A	Observaciones
8.7	Materiales no porosos				
8.8	Fácil limpieza				
8.9	Facil desinfección				
8.10	Pintura Epoxica				

8.3 Paredes y Revestimiento

		SI	NO	N/A	Observaciones
8.11	Materiales lavables				
8.12	Materiales no porosos				
8.13	Fácil limpieza				
8.14	Se encuentran limpias				
8.15	Pintura Epoxica				

8.4 Pisos

		SI	NO	N/A	Observaciones
8.16	Baldosas				
8.17	Sin levantamiento del piso cerca de una junta				
8.18	Resistente al agua y productos detergentes para la higiene hospitalaria				
8.19	Fabricado en Material antideslizante				
8.20	Lavables				
8.21	Porcelanato de alto transito				

9. Puertas y Ventanas

9. 1 Puertas

		SI	NO	N/A	Observaciones
9.1	Las puertas interiores y exteriores que comprendan la ruta de evacuación abren hacia el exterior				
9.2	Son lisas				
9.3	Poseen Cerraduras tipo palanca				
9.4	Las puertas de los baños de usuarios externos abren hacia afuera.				
9.5	Las puertas de los baños de usuarios internos abren hacia afuera.				

9.2 Las puertas de los armarios

		SI	NO	N/A	Observaciones
9.6	Deben tener cerraduras eficaces				
9.7	Las repisas estan provistos de un borde de seguridad				
9.8	Las bandejas estan provistos de un borde de seguridad				
9.9	Los cajones un sistema de bloqueo o de puertas con cerradura automática				
9.10	Gavetas un sistema de bloqueo o de puertas con cerradura automática				

9.3 Equipamiento no médico

		SI	NO	N/A	Observaciones
9.11	Depósitos: Los muebles estan firmemente fijados y estabilizados, y las puertas permanecen cerradas				
9.12	Almacén: Los muebles estan firmemente fijados y estabilizados, y las puertas permanecen cerradas				
9.13	Stock de Medicamentos : Los muebles estan firmemente fijados y estabilizados, y las puertas permanecen cerradas				

9.4 Ventanas

		SI	NO	N/A	Observaciones
9.14	Las ventanas son fijas, proyectadas o de correderas				
9.15	Con cierre a presión				
9.16	Poseen Vidrio transparente templado o vidrio laminado de seguridad				
9.17	Poseen marco de Metal esmaltado.				
9.18	Las ventanas exteriores son resistentes a las fuerzas del viento y a las fuertes lluvias				

10. Areas de Circulacion (Externas y Internas)

10.1 Areas de Circulacion Externa

		SI	NO	N/A	Observaciones
10.1	Ingresos y salidas independientes ,				
10.2	Personal medico y Administrativo				
10.3	Materiales y Servicios				

10.2 Areas de Circulación interna

		SI	NO	N/A	Observaciones
10.4	Libre de obstáculos				
10.5	Evita los cruces de elementos sucios y limpios.				
10.6	Carros para desechos contaminantes debidamente cerrados				

11. Los Sistemas e Instalaciones

SI	NO	N/A	Observaciones
----	----	-----	---------------

11.1	Contar con manuales y procedimientos para mantenimiento y supervisión, en idioma español o traducción al español				
11.2	Cuartos eléctricos están ubicados a 15 metros de distancia de áreas comunes y cuenta con dispositivos de protección de humedad constante y permanente				
11.3	Los Desechos están ubicados a 15 metros de distancia de áreas comunes				
11.4	Áreas técnicas en general están ubicados a 15 metros de distancia de áreas comunes				
11.5	Sistemas e instalación Señalizados				
11.6	Sistemas e instalación con Letreros en material Acrílico, plástico, o adhesivo				
11.7	Señalización En lugares visibles.				

12. Instalaciones eléctricas

		SI	NO	N/A	Observaciones
12.1	Todas las instalaciones eléctricas deben tener un cierre de seguridad				
12.2	Deben ser funcionales				
12.3	Los tomacorrientes sin deterioros físicos visibles				
12.4	Interruptores sin deterioros físicos visibles				
12.5	Sistemas de iluminación sin deterioros físicos visibles				
12.6	Fácil acceso				
12.7	No están colocados en zonas que generen un riesgo a la seguridad de los usuarios.				

12.1 Instalación Eléctrica Específicas

		SI	NO	N/A	Observaciones
12.8	Doble alimentación				
12.9	Circuito permanente				
12.10	Circuito emergente ante la falla del primero.				
12.11	Con dispositivos de protección				

13. Redes de Abastecimiento de Agua Potable en Establecimientos de Salud.

		SI	NO	N/A	Observaciones
13.1	Cuentan con reserva de agua				
13.2	La reserva se ubica en las cisternas				
13.3	Localizada en lo posible a las estructuras en las cercanías de los lugares donde el agua será usada				

13.1 Depositos de Agua

		SI	NO	N/A	Observaciones
13.4	No se ubican en garajes				
13.5	No se ubican en talleres				

13.2 Cisterna

		SI	NO	N/A	Observaciones
13.6	Las cisternas estan alejadas de depósitos de basura				
13.7	Las cisternas estan alejadas de letrinas y/o fosos septicos				

13.3 Colocacion de tinacos

		SI	NO	N/A	Observaciones
13.8	Tinacos sobre una base de hormigón				
13.9	Anclados				
13.10	Cerrados con su tapa				
13.11	Con flota funcional				
13.12	Sin corrosión				
13.13	Protegidas				

14. Equipos propios de climatizacion

		SI	NO	N/A	Observaciones
14.1	Equipos de climatizacion Sin deterioro				
14.2	Equipos de climatizacion Funcionales				
14.3	Equipo de climatizacion Centrales, tipo split o de ventana				
14.4	Abanicos convencionales exceptuando áreas criticas				
14.5	Las tuberías se encuentran en buenas condiciones				
14.6	Cableado de los equipos de climatizacion no estan visibles				
14.7	Tuberias sin liqueo				
14.8	Mantenimiento de forma continua y verificable				

15. Sistema de iluminación

		SI	NO	N/A	Observaciones
15.1	Cuenta con sistemas de iluminación				

15.2	Sistema de iluminacion adecuados según las necesidades de las áreas y ambientes			
15.3	En buenas condiciones de presentación			
15.4	En buenas condiciones de mantenimiento			
15.5	Luminarias fijadas de forma que se evite el balanceo			

16. Instalaciones Sanitarias

		SI	NO	N/A	Observaciones
16.1	Baños acorde a la capacidad del establecimiento				
16.2	En buenas condiciones de presentación				
16.3	Mantenimiento adecuado				
16.4	Baño para usuarios internos				
16.5	Baño para usuarios Externos				
16.6	cuenta con barras para personas con discapacidad O movilidad reducida				

16.1 - Baños

		SI	NO	N/A	Observaciones
16.7	Cuentan con Baños				
16.8	Con Inodoro de cerámica vitrificada.				
16.9	Con Lavamanos de cerámica vitrificada.				
16.10	Cuenta con drenajes				
16.11	Cuenta con las tapas				
16.12	Cuenta con las rejillas.				
16.13	Dispensador de toallas de papel desechables o secador de manos				
16.14	Dispensador de jabón líquido				
16.15	Porta rollo de papel higiénico				
16.16	Papelera metálica para desechos biológicos.				
16.17	a) Con tapa				
16.18	b) De Accionado de pie				
16.19	Espejo.				
16.20	El recubrimiento de pared debe ser porcelanato brillo				
16.21	Piso No resbaladizo				
16.22	Piso De color claro				
16.23	Los baños no deben ser utilizados para otros fines que no sean sanitarios, tales como almacenamiento o área de apoyo de algún tipo de servicio.				

17. Sistema de Señalización

17.1 Señaletica

		SI	NO	N/A	Observaciones
17.1	Posee un Sistema de señalización				
17.2	Señalización clara				
17.3	Señalización de Todas las áreas de servicio				
17.4	Señalización clara de áreas administrativas,				
17.5	Sistema de señalización y rutas de evacuación segura en caso de emergencias y desastres				
17.6	Señalización inequívoca de las salidas				
17.7	Señalización establecida de la ruta de evacuación de los desechos hospitalarios,				

17.2 Cartera de Servicios

		SI	NO	N/A	Observaciones
17.8	Contiene Indicaciones útiles para los usuarios.				
17.9	Visible				
17.10	Elaborada con material en Plástico o Acrílico				
17.11	Pegada a la pared				
17.12	Tiene el logo del establecimiento				

17.3 Informaciones de los derechos de los usuarios

		SI	NO	N/A	Observaciones
17.12	Visible				
17.13	Elaborada con material en Plástico o Acrílico				
17.14	Pegada a la pared				
17.15	Tiene el logo del establecimiento				

17.4 Informaciones de los deberes de los usuarios

		SI	NO	N/A	Observaciones
17.15	Visible				
17.16	Elaborada con material en Plástico o Acrílico				
17.17	Pegada a la pared				
17.18	Tiene el logo del establecimiento				

18. Ambiente

18.1 Area de recepción

		SI	NO	N/A	Observaciones
18.1	El área de recepción e información al usuario esta en buenas condiciones de presentación y mantenimiento				
18.2	Contar con materiales informativos, instructivos y de promoción de la salud y prevención de enfermedades.				

18.2 Sala de espera

SI	NO	N/A	Observaciones
----	----	-----	---------------

18.3	Cuenta con sala de esperas				
18.4	Espacio responde a la cantidad de consultorios y servicios ofertados				
18.5	Espacio responde a flujo esperado de usuarios.				
18.6	Sala de espera ubicada en un espacio ventilado o climatizado				
18.7	Sala de esperas iluminada				
18.8	Sala de esperas accesible a los usuarios				
18.9	Disponibilidad de agua potable				
18.10	Servicios sanitarios, durante el horario de servicios.				

18.3 Mobiliario

		SI	NO	N/A	Observaciones
18.11	Cuenta con Mobiliario funcional				
18.12	Mobiliario limpio				
18.13	Mobiliario organizado.				

18.4 Area de Manejo de Residuos Hospitalarios

		SI	NO	N/A	Observaciones
18.14	Cuenta con acceso restringido				
18.15	Esta debidamente señalado				
18.16	Cuenta con protección en caso de lluvia				
18.17	Ventilado adecuadamente				
18.18	Tiene paredes lisas de fácil limpieza				
18.19	Cuenta con elementos de barrera impidan el acceso de vectores y roedores.				

18.5 Clasificacion y Segregacion de los Residuos Solidos y Desechos Hospitalarios

		SI	NO	N/A	Observaciones
18.20	Residuos Hospitalarios se encuentran clasificados y segregados				
18.21	a) Área para Residuos Infecciosos: Cultivos y muestras, anatómicos infecciosos, sangre y productos derivados, corto-				
18.22	b) Área para Residuos Comunes: Reciclables, biodegradables no infecciosos.				
18.23	c) Area para Residuos Radioactivos: Residuos de Rayos X y tratamiento y diagnóstico radiológico.				

19. Condiciones de Equipamiento y Mobiliario

		SI	NO	N/A	Observaciones
19.1	El equipamiento y mobiliario se corresponde en cantidad y especificaciones con el nivel de complejidad y capacidad resolutoria del establecimiento.				

19.2	Se encuentra en buenas condiciones de presentación			
19.3	Esta en buenas condiciones de mantenimiento			
19.4	Los equipos y mobiliarios son seguros			
19.5	Equipamiento y mobiliario cuenta con la protección adecuada			

19.1 Telefonos

		SI	NO	N/A	Observaciones
19.6	Cuenta con comunicación telefonica				
19.7	Comunicación telefonica en areas administrativas de forma permanente				
19.8	Comunicación telefonica en areas tecnicas de forma permanente				

19.2 Red de datos

		SI	NO	N/A	Observaciones
19.9	Se facilitan terminales de toma de datos o sistema de conexión a internet via inalambrica en todos los areas administrativas.				
19.10	Se facilitan terminales de toma de datos en áreas de atención				
19.11	Se facilitan terminales de toma de datos en áreas tecnológicas médicas				

19.3 Armarios, estanterias y archivadores

		SI	NO	N/A	Observaciones
19.12	Se encuentran sólidamente fijado a la estructura del edificio (piso, paredes)				

19.4 Mantenimiento de equipos biomedicos

		SI	NO	N/A	Observaciones
19.13	Manuales de mantenimientos de equipos				
19.14	Manuales de mantenimientos de equipos en español				
19.15	Procedimientos de supervisión equipos biomédicos				

20. Sistema Contra Incendios

		SI	NO	N/A	Observaciones
20.1	Cuentan con extintores o mangueras o aspersores aéreos				
20.2	Extintores con su tarjeta de vida útil vigente (Bitácora)				

20.3	Los extintores y demás equipos contra incendios deben mantenerse en perfecto estado de conservación y funcionamiento			
20.4	Extintores con carga segun amerite el ambiente			
20.5	Personal entrenado sobre manejo y uso de los extintores			
20.6	cuenta con 1 extintor por cada 200m			
20.7	Señales de seguridad contra incendio			

21. Del Manejo del Centro

21.1 Características de Identificación de los Residuos

		SI	NO	N/A	Observaciones
21.1	Bolsas o fundas de color rojo				
21.2	Recipiente rigido para objetos corto-punzantes desechados				

21.2 Residuos y/o Desechos Comunes

		SI	NO	N/A	Observaciones
21.3	bolsas o fundas de color negras				
21.4	bolsas o fundas de color negras areas de oficina				
21.5	Contrato con empresa debidamente autorizada por el Ministerio de Salud Publica y el ayuntamiento correspondiente para el transporte de residuos sólidos y desechos hospitalarios infecciosos.				

21.3 - Equipo e Instrumentos de Limpieza

		SI	NO	N/A	Observaciones
21.6	Cuentan con equipos e instrumentos de limpieza				
21.7	Los equipos e instrumentos de limpieza estan clasificados e identificados por areas				
21.8	Los equipos e instrumentos de limpieza de zonas de alto riesgo poseen un deposito exclusivo				
21.9	los equipos e intrumentos de limpieza son desinfectados de forma continua				

22. Buzon de quejas y sugerencias

		SI	NO	N/A	Observaciones
22.1	cuenta con buzón de quejas y sugerencias				
22.2	el buzón de quejas y sugerencias en lugar visible y accesibles al público				

22.3	conta con silla de ruedas para los pacientes que lo requieran.			
------	--	--	--	--

23. Medicamentos e Insumos Medicos

		SI	NO	N/A	Observaciones
23.1	la administracion lleva los registros de todos los medicamentos administrados en el establecimiento				
23.2	los registros deben incluir el principio activo, forma farmacéutica, concentración, lote, fecha de vencimiento, presentación comercial, unidad de medida y registro sanitario vigente expedido por el Ministerio de Salud.				
23.3	Los medicamentos deben estar clasificados según especialidad y disponibles en cantidades suficientes de acuerdo a la capacidad resolutive del establecimiento.				

24. Materiales Médico-Quirúrgico Descartables

		SI	NO	N/A	Observaciones
24.1	cuentan con Materiales Medico-Quirurgico Descartables				
24.2	gasas				
24.3	jeringas				
24.4	apósitos				

25. Mantenimiento de equipos e instalaciones

		SI	NO	N/A	Observaciones
25.1	Todos los equipos deben tener manual de usuario en español				
25.2	registro de control de mantenimiento correctivo				
25.3	registro de control de mantenimiento preventivo				
25.4	evidenci de disponibilidad de soporte tecnico o proveedor externo calificado				
25.5	El manual de usuario debe estar disponible siempre en el mismo espacio físico donde esté instalado el equipo.				

26. Equipos emisores de radiación ionizante

		SI	NO	N/A	Observaciones
26.1	Los equipos emisores de radiación ionizante de tipo médico tienen certificación Comisión Nacional de Energía				
26.2	Los equipos emisores de radiación ionizante conectados e instalados correctamente				
26.3	Los equipos y dispositivos que lo requieran, cuentan con la autorización de la Dirección General de Medicamentos, Alimentos y Productos Sanitarios del Ministerio de Salud.				
26.4	La administración del establecimiento dispone de los avales de calificación o certificaciones del proveedor para realización de los servicios de mantenimiento.				

27. Personal Técnico y Profesional en Salud.

27.1 Personal Técnico y Profesional en Salud.

		SI	NO		Observaciones
27.1	Cuenta con una Dirección Médica				
27.2	la Dirección Médica está representada por un Profesional de la Salud				
27.3	constancia de vacunación periódica en los expedientes de todo el personal de acuerdo a la función desempeñada				

27.2 Personal Administrativo

		SI	NO	N/A	Observaciones
27.4	El personal administrativo de un establecimiento de salud está debidamente identificado y uniformado				
27.5	el área administrativa se encuentra equipada y organizada				
27.6	el área administrativa cuenta con todas las documentaciones requeridas				

28. Sistema de Información

		SI	NO	N/A	Observaciones
28.1	Los establecimientos de salud establecen y documentan los mecanismos de coordinación con la Dirección Provincial de Salud correspondiente, conforme a lo establecido por la Dirección General de Epidemiología a fin de garantizar la notificación oportuna de los eventos de notificación obligatoria.				

29. Analisis Microbiologico de Zonas de Riesgo

		SI	NO	N/A	Observaciones
29.1	Resultados de los Analisis Microbiologicos realizados a las zonas de Muy Alto riesgo realizado en el ultimo mes (Hemodialisis)				
29.2	Resultados de los Analisis Microbiologicos realizados a las zonas de Alto riesgo realizado en el ultimo trimestre (Servicio de Patologia)				
29.3	Resultados de los Analisis Microbiologicos realizados a las zonas de Mediano riesgo realizado en el ultimo semestre (Laboratorio Clinico, Imagenes, Banco de Sangre y Servicio de Transfusion)				
29.4	Resultados de los Analisis Microbiologicos realizados a las zonas de Bajo riesgo realizado en el ultimo año (Area administrativa, pasillos, biblioteca, informacion al usuario)				
29.5	Estos analisis provienen de un laboratorio habilitado por la DHA				

Con mi Nombre y Firma, Declaro que toda la Información que se ha Suministrado es Verídica

_____ Nombre del Director Médico	_____ Firma del Director Médico
_____ Nombre del Inspector/a y/o Supervisor	_____ Firma del Inspector/a y/o Supervisor
_____	_____
_____	_____

Fecha: _____ Hora de Inspección: _____

Para uso exclusivo de la DHA

