

## FORMULARIO GUIA DE EVALUACION GENERAL BASICO PARA CONSULTAS

**A- Código**

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

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**

<b>R.1</b>	Nombre(s)	
<b>R.2</b>	Apellido(s)	
<b>R.3</b>	Cédula de Ident. y Electoral	
<b>R.4</b>	Dirección (Calle y Número)	
<b>R.5</b>	Barrio o Sector	
<b>R.6</b>	Municipio	
<b>R.7</b>	Provincia	
<b>R.8</b>	Teléfono(s)	
<b>R.9</b>	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 y/o Odontólogos		<b>Observaciones</b>
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	El Establecimiento esta protegido contra posibilidades de deslizamientos				
1.2	El establecimiento esta protegido contra Caída de aluviones en estaciones lluviosas				
1.3	El establecimiento esta ubicado en un terreno con poca o ninguna facilidad de inundación				

### 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 desechos hospitalarios				
2.4	El Edificio esta libre de Contaminación sonora				
2.5	El edificio esta libre de Contaminación Atmosférica				
2.6	El edificio esta libre de Contaminación 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 area alrededor del establecimiento muestra condiciones de Saneamiento Urbano				
3.5	El establecimiento se encuentra alejado de Escuelas				
3.6	El establecimiento se encuentra alejado de Vertederos				
3.7	El establecimiento se encuentra alejado de Mataderos				
3.8	El establecimiento se encuentra alejado de sitios de recreación (parques, infantiles, cines, auditorios)				
3.9	El establecimiento se encuentra alejado de Cuarteles policiales				
3.10	El establecimiento se encuentra alejado de Cementerios				

3.11	El establecimiento se encuentra alejado de Centros comerciales			
3.12	El establecimiento se encuentra alejado de Mercados públicos			
3.13	El establecimiento se encuentra alejado de Industrias			
3.14	El establecimiento se encuentra a mas de 100 mts de los linderos de Estaciones de servicios y depositos de combustibles			
3.15	El establecimiento se encuentra alejado de Ferias			
3.16	No existen aeropuertos cercanos. (Se excluyen aquellos que prestan servicio exclusivo al aeropuerto).			

#### 4. Estacionamiento

		SI	NO	N/A	Observaciones
4.1	Los estacionamientos estan señalizados				
4.2	Los estacionamientos estan delimitados				
4.3	Los estacionamientos estan iluminados				
4.4	Los estacionamientos estan limpios				
4.5	Los estacionamientos estan en buen estado				
4.6	Posee Tres (03) estacionamientos por cada consultorio o unidad asistencial.				

#### 5. Acceso al Consultorio

		SI	NO	N/A	Observaciones
5.1	Áreas de flujo peatonal permiten el paso seguro				
5.2	Areas de flujo peatonal se encuentran alejadas del paso de ambulancias				
5.3	Areas de flujo peatonal se encuentran alejadas del Tránsito vehicular.				
5.4	El acceso al edificio no presentan roturas				
5.5	El acceso al edificio no presentan Zanjas				
5.6	El acceso al edificio esta libre de obstáculos				
5.7	Las Areas de acceso al edificio se encuentran correctamente señalizadas.				
5.8	Cuenta con rampas construidas de acuerdo a las normativas nacionales vigentes.				
5.9	La rampa es de alto transito				
5.10	Cuenta con estacionamientos para embarazadas y personas con movilidad reducida				
5.11	Posee Pavimento				

5.12	Posee Contén			
5.13	Posee señalización vertical			
5.14	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	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 comprendan 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	Una (01 )Salida de emergencia minimo por unidad.				
6.6	La ruta de evacuacion conduce al exterior lo más directamente posible				
6.7	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	Las escaleras se encuentran Iluminadas				
7.4	No poseen escalones en los descansos.				
7.5	Las escaleras de emergencia no son en espiral (caracol)				
7.6	Las escaleras son rectas (en un solo tramo)				
7.7	Estarán protegidas en sus laterales a una altura mínima de 1.50 m para impedir el pánico				
7.8	Las escaleras estan construidas en metal u hormigón armado				
7.9	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	Construidos en Materiales no porosos				
8.8	Son de Fácil limpieza				
8.9	Son de facil desinfección				
8.10	Recubiertos con Pintura Epoxica				

## 8.3 Paredes y Revestimiento

		SI	NO	N/A	Observaciones
8.11	Fabricadas en materiales lavables				
8.12	Fabricadas en materiales no porosos				
8.13	Son de Fácil limpieza				
8.14	Se encuentran limpias				
8.15	Recubiertos con 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				
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 están provistas de un borde de seguridad				
9.8	Las bandejas están provistas de un borde de seguridad				
9.9	Los cajones poseen un sistema de bloqueo o de puertas con cerradura automática				
9.10	Las gavetas poseen 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 están firmemente fijados y estabilizados, y las puertas permanecen cerradas				
9.12	Almacén: Los muebles están firmemente fijados y estabilizados, y las puertas permanecen cerradas				
9.13	Stock de medicamentos : Los muebles están 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 Circulación Externa

		SI	NO	N/A	Observaciones
10.1	Ingresos y salidas independientes ,				
10.2	Pacientes				
10.3	Personal médico y Administrativo				

### 11. Areas de Circulación interna

		SI	NO	N/A	Observaciones
11.1	Poseen un Diseño de flujo				
11.2	Libre de obstáculos				

11.3	Evitan los cruces de elementos sucios y limpios.				
------	--	--	--	--	--

## 12. Instalaciones eléctricas

		SI	NO	N/A	Observaciones
12.1	Todas las instalaciones eléctricas tienen un cierre de seguridad				
12.2	Son funcionales				
12.3	Los tomacorrientes no poseen deterioros físicos visibles				
12.4	Interruptores no poseen deterioros físicos visibles				
12.5	Sistemas de iluminación no poseen deterioros físicos visibles				
12.6	Son de 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	Posee Sistema eléctrico de Doble alimentación				
12.9	Posee Circuito permanente				
12.10	Posee un Circuito emergente ante la falla del primero.				
12.11	Con dispositivos de protección				

## 13. Equipos propios de climatización

		SI	NO	N/A	Observaciones
13.1	Equipos de climatización Sin deterioro				
13.2	Equipos de climatización Funcionales				
13.3	Equipo de climatización Centrales, tipo split o de ventana				
13.4	Posee abanicos convencionales exceptuando áreas críticas				
13.5	Las tuberías de los equipos de climatización en buenas				
13.6	Cableado de los equipos de climatización no deben estar visibles				
13.7	Tuberías de los equipos de climatización sin lıqueo				
13.8	Mantenimiento de forma continua y verificable				

## 14. Sistema de iluminación

		SI	NO	N/A	Observaciones
14.1	Cuenta con sistemas de iluminación				
14.2	Sistema de iluminación adecuados según las necesidades de las áreas y ambientes				
14.3	En buenas condiciones de presentación				

14.4	En buenas condiciones de mantenimiento			
------	--	--	--	--

### 15. Instalaciones Sanitarias

		SI	NO	N/A	Observaciones
15.1	Baños acorde a la capacidad del establecimiento				
15.2	En buenas condiciones de presentación				
15.3	Mantenimiento adecuado				
15.4	Baño para usuarios Externos				
15.5	Cuenta con barras para personas con discapacidad o movilidad reducida				

#### 15.1 - Baños

		SI	NO	N/A	Observaciones
15.6	Cuentan con Baños				
15.7	Cuenta con Inodoro de cerámica vitrificada.				
15.8	Cuenta con Lavamanos de cerámica vitrificada.				
15.9	Cuenta con drenajes				
15.10	Cuenta con las rejillas.				
15.11	Cuenta con dispensador de toallas de papel desechables o secador de manos				
15.12	Cuenta con dispensador de jabón líquido				
15.13	Cuenta con porta rollo de papel higiénico				
15.14	Cuenta con papelera metálica para desechos				
15.15	a) Con tapa				
15.16	b) De Accionado de pie				
15.17	Cuenta con espejo.				
15.18	El recubrimiento de pared es de porcelanato tipo brillo				
15.19	Piso no es resbaladizo				
15.20	Piso de color claro				
15.21	Los baños no son utilizados para otros fines que no sean sanitarios, tales como almacenamiento o área de apoyo de algún tipo de servicio.				

### 16. Sistema de Señalización

		SI	NO	N/A	Observaciones
16.1	Posee un Sistema de señalización				
16.2	Señalización clara				
16.3	Señalización de Todas las áreas de servicio				
16.4	Sistema de señalización y rutas de evacuación segura en caso de emergencias y desastres				
16.5	Señalización inequívoca de las salidas				

#### 16.1 Cartera de Servicios

		SI	NO	N/A	Observaciones
16.6	Contiene Indicaciones útiles para los usuarios.				

16.7	Visible			
16.8	Elaborada con material en Plástico o Acrílico			
16.9	Pegada a la pared			

### 16.2 Informaciones de los derechos de los usuarios

		SI	NO	N/A	Observaciones
16.10	Visible				
16.11	Elaborada con material en Plástico o Acrílico				
16.12	Pegada a la pared				

### 16.3 Informaciones de los deberes de los usuarios

		SI	NO	N/A	Observaciones
16.13	Visible				
16.14	Elaborada con material en Plástico o Acrílico				
16.15	Pegada a la pared				

## 17 - Los establecimientos de salud, de acuerdo a su cartera de servicios deben contar con

		SI	NO	N/A	Observaciones
17.1	Estacionamientos para usuarios.				
17.2	Áreas administrativas y financieras.				
17.3	Servicios sanitarios para el personal y para los usuarios externos.				

### 17.1 - Area de recepción

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

### 17.2 - Sala de espera

		SI	NO	N/A	Observaciones
17.6	Cuenta con sala de esperas				
17.7	Sala de espera se encuentra ubicada en un espacio ventilado o climatizado				
17.8	Sala de esperas se encuentra iluminada				
17.9	Sala de esperas esta ubicada en una espacio accesible a los usuarios				
17.10	Tiene disponibilidad de agua potable				
17.11	Tiene acceso a servicios sanitarios, durante el horario de servicios.				

### 17.3 - Mobiliario

		SI	NO	N/A	Observaciones
17.12	Cuenta con Mobiliario funcional				
17.13	Mobiliario limpio				

17.14	Mobiliario organizado.				
-------	------------------------	--	--	--	--

#### 17.4 - Espacio para Almacenamiento

		SI	NO	N/A	Observaciones
17.15	Deben contar con un espacio para almacenamiento de insumos				
17.16	Deben contar con un espacio para almacenamiento de instrumentales				
17.17	Espacio para almacenamiento separados y diferenciados de acuerdo a su uso				

#### 18. Condiciones de Equipamiento y Mobiliario

		SI	NO	N/A	Observaciones
18.1	El equipamiento y mobiliario se corresponde en cantidad y especificaciones con el nivel de complejidad y capacidad resolutive del establecimiento.				
18.2	Se encuentra en buenas condiciones de presentación				
18.3	Esta en buenas condiciones de mantenimiento				
18.4	Los equipos y mobiliarios son seguros				
18.5	Equipamiento y mobiliario cuenta con la proteccion adecuada				

#### 18.1 - Telefonos

		SI	NO	N/A	Observaciones
18.6	El establecimiento tiene disponibilidad de comunicación telefonica en areas administrativas de forma permanente				

#### 18.2 - Red de datos

		SI	NO	N/A	Observaciones
18.7	Se facilitan terminales de toma de datos o sistema de conexión a internet via inalambrica en todos los areas administrativas.				
18.8	Se facilitan terminales de toma de datos o sistema de conexión a internet via inalambrica en áreas de atención				
18.9	Se facilitan terminales de toma de datos o Conexión de Red Inalambrica en áreas tecnológicas médicas				

#### 18.3 - Archivadores

		SI	NO	N/A	Observaciones
18.10	Sólidamente fijado a la estructura del edificio (piso, paredes)				

#### 18.4 - Mantenimiento de equipos biomedicos

		SI	NO	N/A	Observaciones
18.11	Manuales de mantenimientos de equipos				
18.12	Manuales de mantenimientos de equipos en español				
18.13	Procedimientos de supervisión equipos biomédicos				

#### 19 - Sistema Contra Incendios

		SI	NO	N/A	Observaciones
19.1	Posee extintores con su tarjeta de vida útil vigente (Bitácora)				
19.2	Los extintores y demás equipos contra incendios se encuentran en perfecto estado de conservación y funcionamiento				
19.3	Extintores estan correctamente cargados				
19.4	Personal entrenado sobre manejo y uso de los extintores				
19.5	Cuenta con 1 extintor por cada 200m				
19.6	Posee señales de seguridad contra incendio				

#### 20. - Del Manejo del Consultorio

##### 20.1 - Residuos y/o Desechos Comunes

		SI	NO	N/A	Observaciones
20.1	Posee Bolsas o fundas de color negras en areas de consulta				
20.2	Bolsas o fundas de color negras areas de oficina				

##### 20.2 - Transporte Externo

		SI	NO	N/A	Observaciones
20.3	Contrato con empresa debidamente autorizada por el Ministerio de Salud Publica y el ayuntamiento				

##### 20.3 - Equipo e Instrumentos de Limpieza

		SI	NO	N/A	Observaciones
20.4	Cuentan con equipos e instrumentos de limpieza				
20.5	Los equipos e instrumentos de limpieza estan clasificados e identificados por areas				

#### 21 - Mobiliario General

		SI	NO	N/A	Observaciones
21.1	Tienen Sillones				
21.2	sillones en buenas condiciones				

21.3	Sala de espera para los usuarios en una cantidad acorde a la capacidad del establecimiento.				
------	---	--	--	--	--

## 22 - Area de archivo para salvaguardar los expedientes de los usuarios y registros clinicos

		SI	NO	N/A	Observaciones
22.1	Debe contar con un área destinada a archivo,				
22.2	Poseen Archivo Físico				
22.3	Cuentan con la cantidad suficiente de Archivos físicos				
22.4	Archivos físicos en buenas condiciones				
22.5	Poseen Archivo digital				
22.6	Cuenta con respaldo de seguridad que garantiza confidencialidad de los datos archivados.				
22.7	Cuenta con sistema de registro y control de la historia clínica de los usuarios.				

## 23 - Buzon de quejas y sugerencias

		SI	NO	N/A	Observaciones
23.1	Cuenta con buzón de quejas y sugerencias				
23.2	El buzón de quejas y sugerencias está ubicado en lugar visible y accesible al público				
23.3	Cuenta con silla de ruedas para los pacientes que lo requieran.				

## 24 - Mantenimiento de equipos e instalaciones

		SI	NO	N/A	Observaciones
24.1	Todos los equipos tienen manual de usuario en español				
24.2	Registro de control de mantenimiento correctivo				
24.3	Registro de control de mantenimiento preventivo				
24.4	Hay evidencia de disponibilidad de soporte técnico o proveedor externo calificado				
24.5	El manual de usuario está disponible siempre en el mismo espacio físico donde esté instalado el equipo.				

## 25 - Programa de mantenimiento preventivo y correctivo

		SI	NO	N/A	Observaciones
25.1	formulario de mantenimiento preventivo				
25.2	formulario de mantenimiento correctivo				
25.3	constancia de calibración de los equipos biomédicos, eléctricos o mecánicos.				

## 26 - Condiciones de gestión y documentación

		SI	NO	N/A	Observaciones
26.1	El establecimiento tiene disponibles todas las normativas y reglamentos técnicos nacionales vinculados con los tipos de servicios ofertados.				

<b>26.2</b>	El establecimiento cumple con las normativas vigentes sobre seguridad e higiene laboral establecidas por la autoridad competente.			
<b>26.3</b>	El establecimiento posee los protocolos de limpieza, higiene y desinfección de cada una de las áreas del recinto de salud			
<b>26.4</b>	El establecimiento posee los protocolos de bioseguridad, manejo y actuación ante alguna situación de emergencia o desastre natural			
<b>26.5</b>	El establecimiento tiene descrito un procedimiento para el manejo de quejas, el cual establecerá los criterios para la recolección, el análisis y las acciones correctivas derivadas.			
<b>26.6</b>	El establecimiento tiene descrito el procedimiento para el análisis de oportunidades de mejora que permita la elaboración de un plan de mejoramiento de la calidad de los servicios.			
<b>26.7</b>	El plan de mejoramiento de la calidad cumple con los siguientes criterios: a) Realización periódica del análisis de oportunidades de mejora b) Análisis de indicadores de satisfacción de usuarios, quejas y sugerencias c) Análisis de los reportes e informes técnicos de inspección de la autoridad sanitaria, si los hubiere d) Acciones correctivas y preventivas de incidentes con plazos de cumplimiento e) Gestión de recursos de las acciones para el mejoramiento de la calidad f) Responsables de las acciones y tareas			
<b>26.8</b>	En caso de no ofertar el servicio de ambulancia, el establecimiento cuenta con contrato de servicios que garantice el mismo.			
<b>26.9</b>	El establecimiento dispone de una constancia de la contratación de los servicios con proveedores externos, según corresponda.			
<b>26.10</b>	El establecimiento posee normativas internas de funcionamiento y gestiones administrativas, tales como: manual de funciones y puestos que incluya especificaciones sobre rotación y servicios, manual de procedimientos, gestión del recurso humano, entre otros.			
<b>26.11</b>	Para la prestación de servicios de salud, los establecimientos tiene disponibles las regulaciones, normativas, guías, manuales y protocolos de atención, de acuerdo a su cartera de servicio, así como el Cuadro Básico de Medicamentos y la documentación relativa al Sistema Dominicano de Seguridad Social.			

26.12	El establecimiento tiene disponible un acta de consentimiento informado en el que el paciente o su representante apruebe o no, documentalmente, el procedimiento e intervención en salud al que va a ser sometido, previa información de los beneficios y riesgos, según lo establecido por la Ley General de Salud No. 42-01, las normativas para expedientes clínicos emanadas del Ministerio de Salud y la legislación nacional vigente.				
-------	---	--	--	--	--

**27. Sistema de Información**

		SI	NO	N/A	Observaciones
27.1	Los establecimientos de salud tiene establecidos y documentados 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.				

**28. Analisis Microbiologico de Zonas de Riesgo**

		SI	NO	N/A	Observaciones
28.1	Resultados de los Analisis Microbiologicos realizados a las <b>zonas de Mediano riesgo</b> realizado en el ultimo semestre ( Consultorios, Odontologia general y especializada,)				
28.2	Resultados de los Analisis Microbiologicos realizados a las <b>zonas de Bajo riesgo</b> realizado en el ultimo año (Area administrativa, pasillos, sala de espera, informacion al usuario)				
28.3	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

_____ <b>Nombre del Director Médico</b>	_____ <b>Firma del Director Médico</b>
_____ <b>Nombre del Inspector/a y/o Supervisor</b>	_____ <b>Firma del Inspector/a y/o Supervisor</b>
_____	_____
_____	_____
<b>Fecha:</b> _____	<b>Hora de Inspección:</b> _____
<b>Para uso exclusivo de la DHA</b>	