

FORMULARIO GUIA DE INSPECCION DEL SERVICIO DE ALIMENTACION Y DIETETICA BASICOS (Menos de 20 camas)

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

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 Profesional Nutriólogo o nutricionista		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. Ambientes

		SI	NO	Observaciones
1.1	Dimensiones minimas de 175 mts 2			
1.2	Area de preparacion de formulas nutricionales especiales (Enteral y parenteral) separada de la cocina y comedor			
1.3	Cocina			
1.4	Comedor			
1.5	Area de almacenamiento para víveres secos y víveres frescos			
1.6	Area de preparación de alimentos y área de cocción			
1.7	Area de lavado y secado de utensilios			

2. Equipos

		SI	NO	Observaciones
2.1	Refrigerador eléctrico de 20 pies cúbicos mínimo			
2.2	Congelador electico de 20 pies cubicos minimo			
2.3	Instrumental de cocina en cantidad de acuerdo al número de usuarios potenciales del servicio			
2.4	Vajilla en cantidad de acuerdo al número de usuarios			
2.5	Fregadero de acero inoxidable			
2.6	a) De dos pozas			
2.7	b)Con agua fria y caliente permanente			
2.8	Campana extractora central			
2.9	a) Con mural de acero			
2.10	Cocina/estufa mural			
2.11	Báscula de cocina			
2.12	Mesa de trabajo central con repisa inferior			
2.13	Módulo de apoyo			
2.14	Extintor de incendios			
2.15	Cubo para desperdicos			
2.16	a) Con tapa accionada a pedal			
2.17	b) Con bolsas de plastico			
2.18	Tablas de cortar de plastico clasificadas en color:			
2.19	a) Blanco para lacteos (Queso, mantequilla)			
2.20	b) Verde para vegetales			
2.21	c) Amarillo para Carnes Blancas (pollo, pavo)			
2.22	d) Rojas para carnes rojas			
2.23	e) Azul para pescados y mariscos			

3. Documentacion

		SI	NO	Observaciones
3.1	Contrato o constancia de fumigaciones de las áreas			
3.2	Protocolo de limpieza particular de las áreas, que debe contener el procedimiento especifico por área, insumos, detergentes utilizados y frecuencia de aseo			
3.3	Plan nutricional, por especialización y colectiva, elaborado por un nutricionista			
3.4	Procedimiento de almacenamiento por tipo de alimento			
3.5	Procedimiento e instructivo de control de lavado de manos del personal			

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	