

FORMULARIO GUIA DE INSPECCION DEL SERVICIO DE ALIMENTACION Y DIETETICA INDUSTRIALES (Mas de 20 camas)

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 () |

1. Ambientes

1.1 Áreas del servicio

| | | SI | NO | Observaciones |
|-----|---|----|----|---------------|
| 1.1 | Area de preparacion de formulas nutricionales especiales (Enteral y parenteral) separada de la cocina y comedor | | | |
| 1.2 | Cocina | | | |
| 1.3 | Comedor | | | |

1.2 Áreas de la Cocina

| | | SI | NO | Observaciones |
|------|--|----|----|---------------|
| 1.4 | Área de almacenamiento para víveres secos y víveres frescos | | | |
| 1.5 | Área de preparación de alimentos | | | |
| 1.6 | Area de Coccion | | | |
| 1.7 | Área de lavado y secado de utensilios | | | |
| 1.8 | Área de deposito de residuos | | | |
| 1.9 | Área exclusiva de almacenamiento de material e insumos de limpieza | | | |
| 1.10 | Área de almacenamiento de Insumos de cocina y desechables | | | |
| 1.11 | Estacion de carros dispensadores | | | |

1.3 Condiciones del area

| | | SI | NO | Observaciones |
|------|--|----|----|---------------|
| 1.12 | La cocina esta ubicada en el primer nivel | | | |
| 1.13 | La cocina esta separada de la lavandería | | | |
| 1.14 | la cocina esta separada de la morgue | | | |
| 1.15 | la cocina esta separada del depósito de basura | | | |

2. Equipos

2.1 Almacenamiento en frio

| | | SI | NO | Observaciones |
|-----|--|----|----|---------------|
| 2.1 | Refrigerador eléctrico de 20 pies cúbicos mínimo | | | |
| 2.2 | Congelador electico de 20 pies cubicos minimo | | | |

2.1 Materiales y Suministros

| | | SI | NO | Observaciones |
|-----|--|----|----|---------------|
| 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 | | | |

2.3 Lavadero

| | | SI | NO | Observaciones |
|-----|---------------------------------------|----|----|---------------|
| 2.5 | a) De dos pozas | | | |
| 2.6 | b)Con agua fria y caliente permanente | | | |
| 2.7 | c) Con ducha de mano | | | |
| 2.8 | d) Con escurridero | | | |

2.4 Campana extractora central

| | | SI | NO | Observaciones |
|-----|-----------------------|----|----|---------------|
| 2.9 | a) Con mural de acero | | | |

2.5 Equipamiento de la cocina

| | | SI | NO | Observaciones |
|------|------------------------------|----|----|---------------|
| 2.10 | Cocina/estufa mural | | | |
| 2.11 | Báscula de cocina | | | |
| 2.12 | Licuada industrial eléctrica | | | |
| 2.13 | Triturador de desperdicios | | | |

2.6 Muebles fijos

| | | SI | NO | Observaciones |
|------|---|----|----|---------------|
| 2.14 | Mesa de trabajo central con repisa inferior | | | |
| 2.15 | Módulo de apoyo | | | |
| 2.16 | Modulo para bebidas | | | |
| 2.17 | Mesa de cocina con salida de lava vajillas | | | |

2.7 Carro de Transporte

| | | SI | NO | Observaciones |
|------|--|----|----|---------------|
| 2.18 | Carro transporte de bandejas servidas. | | | |

2.8 Fregadero de acero inoxidable

| | | SI | NO | Observaciones |
|------|------------------------|----|----|---------------|
| 2.19 | a) De dos pozas | | | |
| 2.20 | b) De dos escurrideros | | | |

2.9 Mesa de prelavado

| | | SI | NO | Observaciones |
|------|----------------|----|----|---------------|
| 2.21 | a) De una poza | | | |
| 2.22 | b) Con ducha | | | |

2.10 Sistema contra Incendios

| | | SI | NO | Observaciones |
|------|-----------------------|----|----|---------------|
| 2.23 | Extintor de incendios | | | |

2.11 Cubo para desperdicio

| | | SI | NO | Observaciones |
|------|-------------------------------|----|----|---------------|
| 2.24 | a) Con tapa accionada a pedal | | | |
| 2.25 | b) Con bolsas de plastico | | | |

2.12 Tablas de cortar de plástico clasificadas en color:

| | | SI | NO | Observaciones |
|------|---|----|----|---------------|
| 2.26 | a) Blanco para lácteos (Queso, mantequilla) | | | |
| 2.27 | b) Verde para vegetales | | | |
| 2.28 | c) Amarillo para Carnes Blancas (pollo, pavo) | | | |
| 2.29 | d) Rojas para carnes rojas | | | |
| 2.30 | e) Azul para pescados y mariscos | | | |

3. Documentación

| | | 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 específico 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 | |