

FORMULARIO GUIA DE INSPECCION DE SERVICIO DE ARCHIVO

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 Personal Profesional en Archivo		Observaciones
T.2	Numero de Licda. En Enfermeria Personal tecnico en Archivo		
T.3	Número personal Administrativo y de apoyo		
T.4	Horario de Servicio en horas	4 () 6 () 8 ()	

1. Equipamiento y Suministros

		SI	NO	Observaciones
1.1	Area para facilidades de trabajo			
1.2	Set de oficina e informático			
1.3	Sillas seguras y en buen estado			
1.4	Anaqueles o libreros, en cantidad suficiente para las necesidades del servicio			
1.5	Tarjetero en orden alfabético o listado de usuarios registrados en el establecimiento			
1.6	Mobiliario para almacenamiento de documental			
1.7	Area ventilada buenas condiciones de conservación y			
1.8	Area iluminada			
1.9	Extintidor portátil contra incendio, con carga útil, según materiales inflamables de uso constante			

2. Produccion de Servicios

		SI	NO	Observaciones
2.1	Los expedientes clínicos deben ser archivados y custodiados conforme a la normativa de expedientes clínicos establecida por el Ministerio de Salud			
2.2	En caso de que la institución establezca archivos electrónicos, estos deben contar con respaldo físico, de acuerdo a lo establecido en el presente Reglamento Técnico			
2.3	En archivos de establecimientos con un número elevado de usuarios, el área debe ser preparada con equipos para la protección de los documentos, tales como control de humedad y control y prevención de incendios			
2.4	Sistemas de Registros			

3. Existencia de Normas

		SI	NO	Observaciones
3.1	Los procedimientos de este servicio se regirá por lo dispuesto en la Ley General de Archivos No. 481-08			

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	