

## FORMULARIO GUÍA DE INSPECCIÓN DE SERVICIO DE AREA DE TRIAJE RESPIRATORIO

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**

<b>K.1-</b> Hospital ( ) <b>K.2-</b> Otros ( )
------------------------------------------------

**L- Dirección de Salud**

<b>L.1-</b> Regional _____	<b>L.2-</b> Provincia _____	<b>L.3-</b> Área _____
----------------------------	-----------------------------	------------------------

Para uso de la DHA

**M- Sector del Sistema Nacional de Salud**

<b>M.1-</b> Público ( ) <b>M.2-</b> Privado ( )
-------------------------------------------------

**N- Sector al que pertenece si es Público**

<b>N.1-</b> SNS ( ) <b>N.2-</b> MIDE ( ) <b>N.3-</b> PN ( ) <b>N.4-</b> Otros ( ) _____
-----------------------------------------------------------------------------------------

**O- Sector al que pertenece si es Privado**

<b>O.1-</b> Privado Lucrativo ( ) <b>O.2-</b> ONG ( ) <b>O.3-</b> Otros ( ) _____
-----------------------------------------------------------------------------------

**P- Horario de Servicio**

<b>P.1-</b> 4hrs. ( ) <b>P.2-</b> 8 hrs. ( ) <b>P.3-</b> 12 hrs. ( ) <b>P.4-</b> 24 hrs. ( )
----------------------------------------------------------------------------------------------

**Q- Fecha de Instalación**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

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	
<b>R.10</b>	Correo Electrónico	

**S-DIRECTOR MEDICO 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**

PERSONAL TÉCNICO Y ADMINISTRATIVO		Cantidades		Observaciones
T.1	Numeros de Medicos			
T.2	Numero de Licenciadas en Enfermeria			
T.3	Numero de Profesionales con Postgrado			
T.4	Numero de Auxiliares de Enfermeria			
T.5	Numero Personal Administrativo y de Apoyo			
T.6	Horario de Servicio en horas	4 ( )	6 ( ) 8 ( )	

## 1. INFRAESTRUCTURA

### 1.1 Area

		SI	NO	N/A	Observaciones
1.1	Ubicado en la entrada o próxima a la sala de emergencia				
1.2	Diferenciada de salas de espera y áreas administrativas.				

### 1.2 Dimensiones

		SI	NO	N/A	Observaciones
1.3	20.16 Mts. tamaño minimo del area				

## 2. EQUIPAMIENTO

### 2.1 Especificaciones

		SI	NO	N/A	Observaciones
2.1	Sillas para espera, en cantidad suficientes de acuerdo a la capacidad				
2.2	Camillas de transporte metálica, con ruedas y barandas				
2.3	Camilla para examen metálica, de dos o más posiciones				
2.4	Silla de ruedas mecánica, plegable, de cuatro ruedas				
2.5	Taburete metálico giratorio, rodable				
2.6	Escalinata metálica de uno o dos peldaños				
2.7	Negatoscopio de cuatro u ocho campos				
2.8	Reloj de pared				
2.9	Lámpara cuello de ganso				
2.10	Luz frontal LED con cinta craneal ajustable				
2.11	Cortina de lino plastificado, con tubo, riel o biombo				
2.12	Set informático que incluya computadora fija o portátil				
2.13	Impresora propia o común				
2.14	Teléfono				

## 2.2 Equipo de Protección Personal (EPP)

		SI	NO	N/A	Observaciones
2.15	Batas quirurgica de manga larga desechable				
2.16	Delantal				
2.17	Gorros desechables				
2.18	Cubre Zapato desechable				
2.19	Guantes de examinación, estériles				
2.20	Guantes de examinación, no estériles				
2.21	Guantes para limpieza				
2.22	Mascarilla médica/quirúrgica				
2.23	Protección ocular (anteojos)				
2.24	Protector facial (careta)				
2.25	Respirador (N95 / FFP2)				

## 3. DOCUMENTACION

### 3.1 Documentos

		SI	NO	N/A	Observaciones
3.1	Norma nacional de salud				
3.2	Manual de procedimientos tecnicos correspondiente al Area de Triage Respiratorio				
3.3	Normas de procedimientos de bioseguridad				
3.4	Normas para la Prevención y Control de Infecciones en Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud Pública.				
3.5	Libro de Registro de pacientes atendidos en el Area				
3.6	Formulario de Notificacion obligatoria de enfermedades Infectocontagiosas				
3.7	Directrices para la referencia, traslado y recepción de pacientes afectados por COVID-19, República Dominicana				
3.8	Protocolo de Higiene y limpieza				

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 Inicial de Inspección:</b> _____
	<b>Hora Final de Inspección:</b> _____
<b>Para uso exclusivo de la DHA</b>	











