

FORMULARIO GUÍA DE INSPECCIÓN DE SERVICIO DE ATENCION DOMICILIARIA

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 ()

T- PERSONAL TÉCNICO Y ADMINISTRATIVO

T.1	Número de Médicos		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. Equipamiento

		SI	NO	Observaciones
1.1	Esfigmomanómetro			
1.2	Estetoscopio			
1.3	Glucómetro			
1.4	Martillo de reflejos			
1.5	Set diagnóstico (oftalmoscopio y otoscopio con embudos desechables)			
1.6	Set de extracción de muestras sanguíneas			
1.7	Medicamentos de uso de emergencia			
1.8	Apósitos			
1.9	Gasas			
1.10	Guantes			
1.11	Lubricante			
1.12	Gel			
1.13	Batas desechables			
1.14	Mascarilla			
1.15	Gorros			
1.16	Set de venoclisis			
1.17	Set de oficina: escritorio preferiblemente metálico, con cajones o gavetas			
1.18	Silla rodable			
1.19	Sillas apilables			
1.20	Papelera con bolsa plástica			
1.21	Set informático:			
1.22	Computadora fija o portátil			
1.23	Impresora propia o común			
1.24	En caso de no disponer de la tecnología señalada, se requerirá que el registro de los pacientes se haga en forma manual			
1.25	Teléfono			
1.26	Equipos requeridos para prestar la atención especializada que corresponda			

2. Documentación

		SI	NO	Observaciones
2.1	Convenios de referencia y contrareferencia			
2.2	Norma nacional de salud			
2.3	Manual de procedimientos administrativos			
2.4	Manual de procedimientos técnicos correspondiente a la consulta especializada			
2.5	Protocolo de toma, recolección y envío de muestra al laboratorio			
2.6	Libro de registro de pacientes			
2.7	Normas de procedimientos de bioseguridad			

		SI	NO	Observaciones
2.8	Normas para la Prevención y Control de Infecciones en Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud Pública			
2.9	Formulario de Notificación obligatoria de enfermedades Infectocontagiosas			
2.10	Formulario de Consentimiento Informado			
2.11	Protocolo de Higiene y limpieza			
2.12	Formulario de Control de calidad de los equipos			
2.13	Matriz de fumigación (fecha, fumigador, producto utilizado, antídoto del mismo y áreas fumigadas)			
2.14	Matriz de mantenimiento preventivo y correctivo de equipos			
2.15	Plan de mejoramiento de la calidad en el servicio			

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	