

FORMULARIO GUIA DE INSPECCION DEL SERVICIO DE CONSULTA DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

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 Médicos Ginecología Y Obstétrico		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. Infraestructura

		SI	NO	Observaciones
1.1	Dimensiones minimas del consultorio 17.28 mts2			
1.2	Dimensiones minimas de los servicios sanitarios 2.88			
1.3	Separado del area de recepcion			
1.4	Separado del area de espera			
1.5	Area de anamnesis separada del area examen			
1.6	Area de anamnesis separada del area de procedimientos medico			
1.7	Disposicion de baños			
1.8	Area de examen con lavamanos			
1.9	Area de examen con jabon			
1.10	Area de examen con agua de calidad			

2. Equipamiento

		SI	NO	Observaciones
2.1	Balanza de pies con tallímetro o balanza de mesa mecánica o digital			
2.2	Lámpara cuello de ganso para reconocimiento			
2.3	Negatoscopio			
2.4	Esfigmomanómetro			
2.5	Pantoscopio o set diagnóstico (oftalmoscopio, otoscopio con embudos desechables)			
2.6	Lámpara o linterna médica			
2.7	Martillo de percusión			
2.8	Set informático:			
2.9	Computadora fija o portátil			
2.10	Impresora propia o común			
2.11	Nota: En caso de no disponer de la tecnología señalada, se requerirá que el registro de los pacientes se haga en forma manual			
2.12	Teléfono			
2.13	Cortina de lino plastificado con tubo o riel, biombo o separación física fija, para especialidades que requieran examen físico completo			
2.14	Escalinata metálica de uno o dos peldaños			
2.15	Taburete metálico			
2.16	a) Giratorio			
2.17	b) Rodable			
2.18	Lavamanos de cerámica o acero inoxidable			
2.19	Mesa multiuso			
2.20	a) Rodable			
2.21	b) Metalica			
2.22	Set de oficina:			
2.23	Escritorio preferiblemente metálico, con cajones o gavetas			

		SI	NO	Observaciones
2.24	Silla rodable			
2.25	Sillas apilables			
2.26	Papelera con bolsa plástica			
2.27	Cubo para desperdicios			
2.28	a) Metalico			
2.29	b) Con tapa accionada a pedal			
2.30	Apósitos			
2.31	Gasas			
2.32	Guantes			
2.33	Lubricante			
2.34	Gel			
2.35	Sábanas desechables			
2.36	Batas			
2.37	Mascarilla			
2.38	Gorros			
2.39	Set de medicamentos básicos de acuerdo a la especialidad y a los procedimientos que se realicen			
2.40	En lugar de la camilla metálica para examen, debe tener una camilla para examen ginecobstétrico metálica, de posición, con accesorios para el examen ginecobstétrico			
2.41	Mesa de mayo metálica			
2.42	Monitor cardiaco fetal			
2.43	Estetoscopio biauricular con campana fetal			
2.44	Set de toma de muestras citológicas que contenga:			
2.45	a) Cepillo endocervical			
2.46	b) Espátula exocervical tipo AYRE			
2.47	c) Láminas de fijación			
2.48	d) Cubierta para laminas de Fijacion			
2.49	Espéculo vaginal desechable			
2.50	Colposcopio, para establecimientos del nivel especializado			

3. Gestion y Documentacion

		SI	NO	Observaciones
3.1	Norma nacional de salud			
3.2	Manual de procedimientos administrativos			
3.3	Manual de procedimientos tecnicos correspondiente a la consulta especializada			
3.4	Libro de registro de pacientes			
3.5	Normas de procedimientos de bioseguridad			
3.6	Normas para la Prevención y Control de Infecciones en Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud Pública			

		SI	NO	Observaciones
3.7	Formulario de Notificación obligatoria de enfermedades Infecciosas			
3.8	Formulario de Consentimiento Informado			
3.9	Protocolo de Higiene y limpieza			
3.10	Formulario de Control de calidad de los equipos			
3.11	Matriz de fumigación (fecha, fumigador, producto utilizado, antídoto del mismo y áreas fumigadas)			
3.12	Matriz de mantenimiento preventivo y correctivo de equipos			
3.13	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	