

FORMULARIO GUIA DE INSPECCION DEL SERVICIO DE CONSULTA OPTOMETRIA (DENTRO DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD)

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 Optometras		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 muinimas de 21.60 mts2			
1.2	Separado del area de recepcion			
1.3	Separado del area de espera			
1.4	Area de anamnesis separada del area examen			
1.5	Area de anamnesis separada del area de procedimientos medico			
1.6	Disposicion de baños			
1.7	Area de examen con lavamanos			
1.8	Area de examen con jabon			
1.9	Area de examen con agua de calidad			

2. Equipamiento

		SI	NO	Observaciones
2.1	Caja de lunas y montura			
2.2	Lensómetro analógico o digital con lectura de dioptrías de todo tipo de lentes			
2,3	En Buen Estado			
2,4	Sin Roturas			
2,5	Organizadas			
2,6	Caja de pruebas o foróptero			
2,7	Caja de pruebas de lentes de contactos			
2,8	Juego de herramientas para el ajuste de anteojos			
2,9	Test o pruebas de valoración cromática y de esterópsis			
2,10	Proyector de optotipos con soporte de sobremesa o mural con distancia de proyección de 2,9 a 6,1 mts.			
2,11	Lámpara halógena de 12V/50W, con optotipos variados			
2,12	Pediatricos			
2,13	Letras			
2,14	Numeros			
2,15	Iletrados			
2,16	Nota: en el nivel básico, el proyector puede ser sustituido por una carta de letras o figuras			

3. Documentacion

		SI	NO	Observaciones
3.1	Acuerdos de interrelación con un servicio de oftalmología para fines de consulta especializada o procedimientos quirúrgicos.			
3.2	Norma nacional de salud			
3.3	Manual de procedimientos administrativos			
3.4	Manual de procedimientos tecnicos correspondiente a la consulta especializada			
3.5	Libro de registro de pacientes			
3.6	Normas de procedimientos de bioseguridad			
3.7	Normas para la Prevención y Control de Infecciones en Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud			
3.8	Formulario de Notificacion obligatoria de enfermedades Infectocontagiosas			
3.9	Formulario de Consentimiento Informado			
3.10	Protocolo de Higiene y limpieza			
3.11	Formulario de Control de calidad de los equipos			
3.12	Matriz de fumigacion (fecha, fumigador, producto utilizado, antidoto del mismo y áreas fumigadas)			
3.13	Matriz de mantenimiento preventivo y correctivo de equipos			
3.14	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