

## FORMULARIO GUIA DE INSPECCION DEL SERVICIO DE CONSULTA DE OPTOMETRIA (FUERA DEL ESTABLECIMIENTO 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**

<b>K.1-</b> Hospital ( )	<b>K.2-</b> Clínica ( )	<b>K.3-</b> Centro Médico ( )	<b>K.4-</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> MDRD ( )	<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**

--	--	--	--	--	--	--	--

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 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 Oftalmólogo		<b>Observaciones</b>
T.2	Número de Técnico Optometra		
T.3	Número de Profesionales con Postgrado		
T.4	Número personal Administrativo y de apoyo		
T.5	Horario de Servicio en horas	4 ( ) 6 ( ) 8 ( )	

### 1. Ambientes

		SI	NO	Observaciones
1.1	No puede ser realizado al aire libre			
1.2	Espacios climatizados de forma artificial o natural			
1.3	Mobiliario básico en buenas condiciones			

### 2. Equipamiento

		SI	NO	Observaciones
2.1	Caja de lunas y montura, que las mantenga con las siguientes condiciones:			
2.2	a) En buen estado			
2.3	b) Sin roturas			
2.4	c) Organizadas			
2.5	Lensómetro analógico o digital con lectura de dioptrías de todo tipo de lentes			
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	a) Pediátricos			
2.13	b) Letras			
2.14	c) Numeros			
2.15	e) Ilustrados			
2.16	Nota: en el nivel básico, el proyector puede ser sustituido por una carta de letras o figuras			

### 3. Documentación

		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 técnicos 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 Pública.			

		SI	NO	Observaciones
<b>3.8</b>	Formulario de Notificación obligatoria de enfermedades Infecciosas			
<b>3.9</b>	Formulario de Consentimiento Informado			
<b>3.10</b>	Protocolo de Higiene y limpieza			
<b>3.11</b>	Formulario de Control de calidad de los equipos			
<b>3.12</b>	Matriz de fumigación ( fecha, fumigador, producto utilizado, antídoto del mismo y áreas fumigadas)			
<b>3.13</b>	Matriz de mantenimiento preventivo y correctivo de equipos			
<b>3.14</b>	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

<hr/> <b>Nombre del Director Médico</b>	<hr/> <b>Firma del Director Médico</b>
<hr/> <b>Nombre del Inspector/a y/o Supervisor</b>	<hr/> <b>Firma del Inspector/a y/o Supervisor</b>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<b>Fecha:</b> _____	<b>Hora de Inspección:</b> _____
<b>Para uso exclusivo de la DHA</b>	