

FORMULARIO GUIA DE INSPECCION EVALUACIÓN GENERAL DE DENSITOMETRIA

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		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 e Instalaciones

1.1 Infraestructura e Instalaciones

		SI	NO	Observaciones
1.1	Sala de densitometria Osea			
1.2	Vestidor			
1.3	Servicios Sanitarios 2.88 m2			
1.4	La construcción del ambiente cumple con las normas de protección radiológica: Paredes, techos, puertas, pisos			

1.2 Areas o Ambientes

		SI	NO	Observaciones
1.5	Sala de espera			
1.6	Los ambientes permiten proteger la intimidad y privacidad auditiva y visual del usuario			
1.7	Área de ubicación de la consola de disparo ventilada, que permita la observación del paciente)			
1.8	Área para facilidades del trabajo administrativo			
1.9	Estaciones de visualización			
1.10	Área para vestidor y descanso para el personal de guardia			
1.11	Área para vestidor de usuarios			
1.12	Área para depósito de materiales de uso común en el servicio			

1.3 Instalaciones Sanitarias

		SI	NO	Observaciones
1.13	Lavamanos de cerámica con grifería control de mano,			
1.14	Inodoro de cerámica vitrificada con válvula fluxómetro o similar			

1.4 Accesorios para Baño

		SI	NO	Observaciones
1.15	Espejo adosado marco metálico de 40 x 60 cm o			
1.16	Toallero de gancho cromado			
1.17	Jabonera cromada con dispensador para jabón líquido o similar			
1.18	Porta rolo de papel higiénico de loza o similar			
1.19	Papelera de plástico o metálica con tapa y ventana			

1.5 Instalacion Electrica

		SI	NO	Observaciones
1.20	Equipo de iluminación de emergencia, funcionando, encendido automático ante cortes de energía eléctrica			
1.21	Tomacorriente de Grado Hospitalario con brakets integrados			

1.6 Sistema Contra Incendio

		SI	NO	Observaciones
1.22	Extintor portátil contra incendio, con carga útil, según materiales inflamables de uso constante			

1.7 Climatizacion

		SI	NO	Observaciones
1.23	Aire acondicionado			

2. Equipos Biomedicos - Mobiliario de Oficina y Suministros

2.1 Equipamiento Biomedico

		SI	NO	Observaciones
2.1	Sistema de Densintometría ósea con tecnología dxa o dxa completa			

2.2 Mobiliario Administrativo

		SI	NO	Observaciones
2.2	Escritorio			
2.3	Silla metálica rodable			
2.4	Meseta de madera con cajones y abierto abajo,			
2.5	Archivo metálico			
2.6	Anaqueles en número suficiente para almacenar			

2.3 Mobiliario Clinico

		SI	NO	Observaciones
2.7	Portasueros			
2.8	Mesa de mayo			

2.4 Accesorios para Area de Imágenes

		SI	NO	Observaciones
2.9	Cortina de lino plastificado incluye riel			
2.10	Banco de madera o mdf o similar para desvestir			
2.11	Percha metálica de pared de 4 ganchos			
2.12	Lampara de aviso			

3. Normas y Documentacion

3.1 Normas y Documentacion

		SI	NO	Observaciones
3.1	Registro de resultados de la comprobación de los			
3.2	Control de calidad de los equipos Reportes periódicos sobre mantenimiento preventivo del equipos			
3.3	Constancia de comprobación diaria de las alarmas de los equipos.			
3.4	Registro de la calibración de los equipos de monitoreo y comprobación diaria			
3.5	Registro del personal de reciente incorporación y del programa de entrenamiento anual de todo el personal			
3.6	Procedimientos en caso de accidentes de trabajo de acuerdo a lo dispuesto por la Comisión Nacional de Energía y el Ministerio de Medio Ambiente.			
3.7	Control de Fumigacion			
3.8	Plan de mejora			

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	