

FORMULARIO GUIA DE INSPECCION DE SERVICIOS DE ENDODONCIA

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 Odontólogos Endodoncistas		Observaciones
T.3	Número de Profesionales con Postgrado		
T.4	Número de Asistentes Dentales		
T.5	Número personal Administrativo y de apoyo		
T.6	Horario de Servicio en horas	4 () 6 () 8 ()	

1. Equipamiento para Endodoncia

1.1 Equipos requerido para Endodoncia

		SI	NO	Observaciones
1.1	Fresa endo Z			
1.2	Explorador endodóntico			
1.3	Lentulo dental			
1.4	Fresa Redondas de diferentes tamaños			
1.5	Jeringas desechables para Irrigar			
1.6	Limas endodóntica			
1.7	Topes de goma			
1.8	Espaciadores digitales/manuales			
1.9	Condensadores/Atacadores endodonticos			
1.10	Material para restauracion temporal			
1.11	Mechero o Lámpara de alcohol			
1.12	Solución para irrigar (Clorhexidina, Hipoclorito).			
1.13	Regla milimetrada			
1.14	Conos de papel			
1.15	Conos de Gutapercha			
1.16	Localizador Apical (opcional)			
1.17	Limas tipo K o Flexofile #08, 15-40, 45-80 de 21 mm			
1.18	Limas tipo K o Flexofile #08, #15-40, 45-80 de 25 mm			
1.19	Limas tipo K o Flexofile # 15-40, 45-80 de 31 mm			
1.20	Limas Hedström # 15-40, 45-80 de 25mm/31 mm			
1.21	Fresas Gates # 1-6			
1.22	Grapas para dientes anteriores y posteriores.			
1.23	Endo Clean			
1.24	Agujas pata irrigación endodóntica			
1.25	Cemento para sellado coronario temporal			
1.26	Cemento de Obturación Endodóntica			
1.27	Aspiradores o Eyectores de Saliva de alta			
1.28	Endo Ice			
1.29	Alcohol al 95%			

2. Documentacion

2.1 Documentos

		SI	NO	Observaciones
2.1	Manual de procedimientos tecnicos de Endodoncia			
2.2	Procedimiento en caso de complicaciones de endondocia			
2.3	Formulario de consentimiento informado			

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	