

FORMULARIO GUÍA DE INSPECCIÓN DE SERVICIO ENFERMERIA NIVEL BASICO

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- Recursos Humanos

| | | SI | NO | Observaciones |
|-----|--------------------------------------|-------------------|----|---------------|
| T.1 | Licenciada en Enfermería | | | |
| T.2 | Auxiliares de enfermería capacitadas | | | |
| T.3 | Horario de Servicio en horas | 4 () 6 () 8 () | | |

1. Estructura Física e Instalaciones

| | | SI | NO | Observaciones |
|-----|--|----|----|---------------|
| 1.1 | Cada estación de enfermería de los servicios, está ubicada en un lugar que permita un control visual | | | |

| | | | |
|-----|--|--|--|
| 1.2 | Área para facilidades del trabajo administrativo | | |
| 1.3 | Área para almacenamiento de materiales de uso | | |
| 1.4 | Área de preparación de materiales y medicamentos | | |
| 1.5 | Área de colocación de expedientes | | |
| 1.6 | Área de depósito temporal de ropa sucia | | |
| 1.7 | Área de vestidor con gabinetes para uso del personal | | |
| 1.8 | Cuarto de aseo para lavado materiales y otros | | |

2. Equipamiento y Suministro

| | | SI | NO | Observaciones |
|------|---|----|----|---------------|
| 2.1 | Escritorio | | | |
| 2.2 | Unidad de computadora personal | | | |
| 2.3 | Impresora | | | |
| 2.4 | Teléfono de mesa | | | |
| 2.5 | Al menos tres sillas | | | |
| 2.6 | Sillas seguras y en buen estado | | | |
| 2.7 | Mesa metálica rodable para curaciones con tablero de | | | |
| 2.8 | Fichero metálico para 20 porta historias clínicas de | | | |
| 2.9 | Carro metálico fichero para 20 porta historias clínicas | | | |
| 2.10 | Papelera metálica | | | |
| 2.11 | Silla metálica giratoria rodable | | | |
| 2.12 | Papelera de plástico con tapa y ventana abatible | | | |
| 2.13 | Mueble de madera con mesa superior e inferior según detalle | | | |
| 2.14 | Recipiente recolector de jeringas usadas | | | |
| 2.15 | Refrigerador acorde a la especialidad para almacenamiento exclusivo de medicamentos | | | |
| 2.16 | Estantes o anaqueles para almacenar materiales propios del uso de cada servicio | | | |
| 2.17 | Gabinetes, botiquines o vitrinas con llave, cantidad suficiente para las necesidades del servicio | | | |
| 2.18 | Dispensador con agua purificada | | | |
| 2.19 | Equipo de iluminación de emergencia, funcionando, encendido automático ante cortes de energía eléctrica | | | |
| 2.20 | Extintidor portátil contra incendio, con carga útil, según materiales inflamables de uso constante | | | |
| 2.21 | Aire acondicionado o ventilador funcionando | | | |
| 2.22 | Tablas de conversión de peso, kilogramos a libras y viceversa, colocadas o fijas en un lugar visible | | | |

3. Producción de Servicios

| | | SI | NO | Observaciones |
|-----|---|----|----|---------------|
| 3.1 | Registros de reportes por día | | | |
| 3.2 | Roles actualizados de los turnos por cada servicio | | | |
| 3.3 | El servicio cuenta con los reportes mensuales | | | |
| 3.4 | El servicio mantiene un control sistemático a los registros de enfermería de cada servicio | | | |
| 3.5 | El servicio cuenta con Sistema de control de asistencia, descanso y vacaciones del personal de enfermería | | | |
| 3.6 | Tarjeta de vacunación del personal | | | |

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