

FORMULARIO GUÍA DE INSPECCIÓN DE SERVICIO DE ENFERMERIA MEDIANA COMPLEJIDAD

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	Licenciadas en Enfermería jefe de cada servicio intra hospitalario			
T.3	Horario de Servicio en horas	4 ()	6 ()	8 ()

1. Estructura Física e Instalaciones

		SI	NO	Observaciones
1.1	Dimensiones minimas 26 metros cuadrados			

1.2	Cada estación de enfermería de los servicios, está ubicada en un lugar que permita un control visual		
1.3	Área para facilidades del trabajo administrativo		
1.4	Área para almacenamiento de materiales de uso constante en el servicio		
1.5	Área de preparación de materiales y medicamentos		
1.6	Instalaciones sanitarias para el personal		
1.7	Área de colocación de expedientes		
1.8	Área de depósito temporal de ropa sucia		
1.9	Área de vestidor con gabinetes para uso del personal		
1.10	Area para equipos auxiliares (EKG, carro de paro, nebulizadores, etc)		
1.11	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	Recipiente recolector de jeringas usadas			
2.8	Balanza			
2.9	Fichero metalico			
2.10	Reloj			
2.11	Esfigmomanómetro móvil de adultos y pediátrico con estetoscopio			
2.12	Termómetro			
2.13	Contenedor para objetos punzantes			
2.14	Medicamentos e insumos			
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	Foco de mano con baterías útiles		
2.21	Extintidor portátil contra incendio, con carga útil, según materiales inflamables de uso constante		
2.22	Aire acondicionado o ventilador funcionando		
2.23	Tablas de conversión de peso, kilogramos a libras y viceversa. colocadas o fijas en un lugar visible		
2.24	Lavamanos de cerámica con grifería control de mano, agua fría		
2.25	Lavadero de acero inoxidable 18" x 35" de 2 pozas		
2.26	Inodoro de cerámica vitrificada con válvula fluxómetro		
2.27	Cubo metálico para desperdicios, con tapa accionada a pedal		
2.28	Tensiómetro rodable (esfigmomanómetro)		
2.29	Espejo adosado marco metálico de 40 x 60 cm		
2.30	Toallero de gancho cromado		
2.31	Jabonera cromada con dispensador para jabón líquido		
2.32	Porta rollo de papel higiénico cromado		
2.33	Dispensador de toallas de papel		
2.34	Meseta para empotrar lavadero con tablero de melanina o similar. prof. 60 cm, módulos aprox. de 90		
2.35	Meseta con cajones y puertas		
2.36	Mueble de madera con mesa superior e inferior, según detalle arquitectónico		
2.37	Vitrina de acero inoxidable para instrumental o material estéril 68 x 45 cm		
2.38	Fichero metálico para 20 porta historias clínicas de aplique mural		
2.39	Carro metálico fichero para 20 porta historias clínicas		
2.40	Papelera metálica		
2.41	Silla metálica giratoria rodable		
2.42	Papelera de plástico con tapa y ventana abatible		

3. Producción de Servicios

		SI	NO	Observaciones
3.1	Registros de reportes por día			
3.2	Roles actualizados de los turno 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 vacunacion 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