

FORMULARIO GUIA DE INSPECCION DEL SERVICIO DE ESTADISTICA

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	Licenciado en Informática o en Administración de Empresas Con Formación en Estadística		Observaciones
T.2	Asistente en estadística		
T.3	Técnicos capacitados		
T.4	Horario de Servicio en horas	4 () 6 () 8 ()	

2. Estructura Fisica e Instalaciones

		SI	NO	Observaciones
2.1	Cuenta con un Area de trabajo			

3. Equipamiento y Suministros

		SI	NO	Observaciones
3.1	Escritorio			
3.2	Sillas en buen estado			
3.3	Libreros o estantes			
3.4	Computadora en buenas condiciones de funcionamiento			
3.5	Impresora, en buenas condiciones de funcionamiento			
3.6	Aire acondicionado o ventilador, en buen estado y funcionando			
3.7	Extintidor portátil contra incendio, con carga útil			

4. Produccion de Servicios

		SI	NO	Observaciones
4.1	La unidad cuenta con los diferentes reportes mensuales, ordenados por mes y año			
4.2	Registro de información estadística obligatoria			
4.3	Todo paciente ingresado a hospitalización o con procedimiento quirúrgico ambulatorio cuenta con expediente clínico			
4.4	Registro de enfermedades infecto-contagiosas			
4.5	Programa de control de calidad, sobre la información estadística que emite el servicio			

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