

## FORMULARIO GUIA DE INSPECCION DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA

**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**

|             |                              |  |
|-------------|------------------------------|--|
| <b>R.1</b>  | Nombre(s)                    |  |
| <b>R.2</b>  | Apellido(s)                  |  |
| <b>R.3</b>  | Cédula de Ident. y Electoral |  |
| <b>R.4</b>  | Dirección (Calle y Número)   |  |
| <b>R.5</b>  | Barrio o Sector              |  |
| <b>R.6</b>  | Municipio                    |  |
| <b>R.7</b>  | Provincia                    |  |
| <b>R.8</b>  | Teléfono(s)                  |  |
| <b>R.9</b>  | Celular                      |  |
| <b>R.10</b> | 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 Gastroenterología       |                   | <b>Observaciones</b> |
| 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

|      |  | SI | NO | Observaciones |
|------|--|----|----|---------------|
| 1.1  | Vestidor   |    |    |               |
| 1.2  | Sala de espera   |    |    |               |
| 1.3  | Area de atención y examen clínico  |    |    |               |
| 1.4  | Disponibilidad de baño   |    |    |               |
| 1.5  | Cama multipropósito con baranda de seguridad   |    |    |               |
| 1.6  | Lavador de endoscopios, automático o manual  |    |    |               |
| 1.7  | Gastroduodenoscopio flexible   |    |    |               |
| 1.8  | Colonoscopio flexible  |    |    |               |
| 1.9  | Máquina de anestesia con sistema de monitoreo ECG, presión arterial no invasiva y oximetría y flujómetro integrado |    |    |               |
| 1.10 | Recipiente para desechos punzo-cortantes   |    |    |               |

## 2. Gestion y Documentacion

|      |   | SI | NO | Observaciones |
|------|---|----|----|---------------|
| 2.1  | Norma nacional de salud   |    |    |               |
| 2.2  | Manual de procedimientos administrativos  |    |    |               |
| 2.3  | Manual de procedimientos tecnicos correspondiente a la consulta especializada                                   |    |    |               |
| 2.4  | Protocolo de toma, recoleccion y envio de muestra al laboratorio  |    |    |               |
| 2.5  | Libro de registro de pacientes  |    |    |               |
| 2.6  | Normas de procedimientos de bioseguridad  |    |    |               |
| 2.7  | Normas para la Prevención y Control de Infecciones en Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud Pública |    |    |               |
| 2.8  | Formulario de Notificacion obligatoria de enfermedades Infectocontagiosas                                       |    |    |               |
| 2.9  | Formulario de Consentimiento Informado  |    |    |               |
| 2.10 | Protocolo de Higiene y limpieza   |    |    |               |
| 2.11 | Formulario de Control de calidad de los equipos   |    |    |               |
| 2.12 | Matriz de fumigacion ( fecha, fumigador, producto utilizado, antidoto del mismo y áreas fumigadas)              |    |    |               |
| 2.13 | Matriz de mantenimiento preventivo y correctivo de equipos  |    |    |               |
| 2.14 | Plan de mejoramiento de la calidad en 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**