

## FORMULARIO GUIA DE INSPECCION EVALUACIÓN GENERAL DE HIDROTERAPIA DE COLON

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**

<b>K.1-</b> Hospital ( )	<b>K.2-</b> Clínica ( )	<b>K.3-</b> Centro Médico ( )	<b>K.4-</b> Otros* ( )
--------------------------	-------------------------	-------------------------------	------------------------

**L- Dirección de Salud**

<b>L.1-</b> Regional _____	<b>L.2-</b> Provincia _____	<b>L.3-</b> Área _____
----------------------------	-----------------------------	------------------------

Para uso de la DHA

**M- Sector del Sistema Nacional de Salud**

<b>M.1-</b> Público ( )	<b>M.2-</b> Privado ( )
-------------------------	-------------------------

**N- Sector al que pertenece si es Público**

<b>N.1-</b> SNS ( )	<b>N.2-</b> MDRD ( )	<b>N.3-</b> PN ( )	<b>N.4-</b> Otros ( ) _____
---------------------	----------------------	--------------------	-----------------------------

**O- Sector al que pertenece si es Privado**

<b>O.1-</b> Privado Lucrativo ( )	<b>O.2-</b> ONG ( )	<b>O.3-</b> Otros ( ) _____
-----------------------------------	---------------------	-----------------------------

**P- Horario de Servicio**

<b>P.1-</b> 4hrs. ( )	<b>P.2-</b> 8 hrs. ( )	<b>P.3-</b> 12 hrs. ( )	<b>P.4-</b> 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 Médico General		<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

### 1.1 Dimensiones

		SI	NO	Observaciones
1.1	Dimensiones minimas de 17.28 mts2			

### 1.2 Espacios

		SI	NO	Observaciones
1.2	Separado del area de recepcion			
1.3	Separado del area de espera			
1.4	Area de anamnesis separada del area examen			
1.5	Area de anamnesis separada del area de procedimientos medico			

### 1.3 Servicios basicos

		SI	NO	Observaciones
1.6	Disposicion de baños			
1.7	Area de examen con lavamanos			
1.8	Area de examen con jabon			
1.9	Area de examen con agua de calidad			

## 2. EQUIPOS

### 2.1 Equipos Biomedicos

		SI	NO	Observaciones
2.1	Balanza de pies con tallímetro o balanza de mesa mecánica o digital			
2.2	Lámpara cuello de ganso para reconocimiento			
2.3	Lupa o Lente de aumento			
2.4	Esfigmomanómetro			
2.5	Estetoscopio			
2.6	Pantoscopio o set diagnóstico (oftalmoscopio, otoscopio con embudos desechables)			
2.7	Lámpara o linterna médica			
2.8	Sistema de Irrigacion colonica			

### 2.2 Set informático

		SI	NO	Observaciones
2.8	Computadora fija o portátil			
2.9	Impresora propia o común			

2.10	Nota: En caso de no disponer de la tecnología señalada, se requerirá que el registro de los pacientes se haga en forma manual.			
2.11	Teléfono			

### 2.3 Mobiliario

		SI	NO	Observaciones
2.12	Camilla con cabezal que permita la respiracion en posicion decubito-prono			
2.13	Cortina de lino plastificado con tubo o riel, biombo o separación física fija, para especialidades que requieran examen físico completo			
2.14	Escalinata metálica de uno o dos peldaños			

### 2.4 Taburete metálico

		SI	NO	Observaciones
2.15	a) Giratorio			
2.16	b) Rodable			

### 2.5 Lavamanos

		SI	NO	Observaciones
2.17	Lavamanos de cerámica o acero inoxidable			

### 2.6 Mesa multiuso

		SI	NO	Observaciones
2.18	a) Rodable			
2.19	b) Metalica			

### 2.7 Set de oficina

		SI	NO	Observaciones
2.20	Escritorio preferiblemente metálico, con cajones o gavetas,			
2.21	Silla rodable			
2.22	Sillas apilables			
2.23	Papelera con bolsa plástica			

### 2.8 Cubo para desperdicios

SI	NO	Observaciones

2.24	a) Metalico			
2.25	b) Con tapa accionada a pedal			

## 2.9 Insumos

		SI	NO	Observaciones
2.26	Apositos			
2.27	Gasas			
2.28	Guantes			
2.29	Gel Lubricante			
2.30	Detergente Enzimatico			
2.31	Sabanas desechables			
2.32	Batas			
2.33	Mascarillas			
2.34	Gorros			

## 3. GESTION Y DOCUMENTACION

### 3.1 Documentos

		SI	NO	Observaciones
3.1	Norma nacional de salud			
3.2	Manual de procedimientos administrativos			
3.3	Manual de procedimientos tecnicos correspondiente a la consulta especializada			
3.4	Libro de registro de pacientes			
3.5	Normas de procedimientos de bioseguridad			
3.6	Normas para la Prevención y Control de Infecciones en Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud Pública.			
3.7	Formulario de Notificacion obligatoria de enfermedades Infectocontagiosas			
3.8	Formulario de Consentimiento Informado			
3.9	Protocolo de Higiene y limpieza			
3.10	Reporte del ultimo analisis microbiologico realizada al agua utilizada para el tratamiento			
3.11	Formulario de Control de calidad, Mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos			
3.12	Matriz de fumigacion ( fecha, fumigador, producto utilizado, antidoto del mismo y áreas fumigadas)			
3.13	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

_____ <b>Nombre del Director Médico</b>	_____ <b>Firma del Director Médico</b>
_____ <b>Nombre del Inspector/a y/o Supervisor</b>	_____ <b>Firma del Inspector/a y/o Supervisor</b>
_____	_____
_____	_____
<b>Fecha:</b> _____	<b>Hora de Inspección:</b> _____
<b>Para uso exclusivo de la DHA</b>	