

FORMULARIO GUÍA DE INSPECCIÓN DE SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN PARA COVID 19

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- 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- MIDE ()	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 MEDICO 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

PERSONAL TÉCNICO Y ADMINISTRATIVO		Cantidades		Observaciones
T.1	Numeros de Medicos			
T.2	Numero de Licenciadas en Enfermeria			
T.3	Numero de Profesionales con Postgrado			
T.4	Numero de Auxiliares de Enfermeria			
T.5	Numero Personal Administrativo y de Apoyo			
T.6	Horario de Servicio en horas	4 ()	6 () 8 ()	

1. INFRAESTRUCTURA

1.1 Capacidad

		SI	NO	N/A	Observaciones
1.1	Dispone de UCI con capacidad minima de 2 camas exclusivas (solo aplica en establecimientos de alta complejidad)				
1.2	Si el establecimiento posee mas de 20 camas la capacidad de la UCI sera como minimo 10 por ciento de la camas de hospitalizacion (solo aplica en establecimientos de alta complejidad)				
1.3	Maximo de dos camas por habitacion				

1.2 Climatizacion

		SI	NO	N/A	Observaciones
1.4	Unidad de Climatizacion funcional				
1.5	temperatura de 24º a 16 ºC				

1.3 Dimensiones

		SI	NO	N/A	Observaciones
1.6	Minimo 18 mts2				

1.4 Barreras Fisicas entre las Camas

		SI	NO	N/A	Observaciones
1.7	Cortinas tipo Oxford o mamparas plegables				

1.5 Baño

		SI	NO	N/A	Observaciones
1.8	Bañera con piso antideslizante				
1.9	Ducha de palanca				
1.10	Barras de apoyo				
1.11	Lavamanos				
1.12	Inodoro				
1.13	Dimensiones minimas 5.2 mts2				
1.14	Suministro de agua potable las 24 horas				

1.6 Area de Colocacion Temporal de Cadaveres

		SI	NO	N/A	Observaciones
1.15	Privada				
1.16	Alejado del flujo de usuarios				
1.17	Alejada de servicios activos				
1.18	Directrices para el manejo de cadaveres con sospecha o confirmacion de Covid 19 en establecimientos de Salud				

2. EQUIPOS

2.1 Camas

		SI	NO	N/A	Observaciones
2.1	Metálicas				
2.2	Rodables				
2.3	Una por cada paciente				
2.4	Con dos manibelas				

2.2 Panel de Cabecera

		SI	NO	N/A	Observaciones
2.5	Salida de Oxígeno				
2.6	Sistema al Vacío				
2.7	Salida de aire medicinal				
2.8	Tomacorrientes dobles estabilizados				
2.9	Sistema de llamado a enfermeras				
2.10	Uno por cada cama				

2.3 Equipos de Hotelería para el Paciente

		SI	NO	N/A	Observaciones
2.11	Teléfono				
2.12	Mesa móvil para comida del paciente metálica y rodable				
2.13	Mesa multiuso				
2.14	Papelera con fundas para desechos				
2.15	Sillón cómodo o sofá-cama				

2.4 Medicamentos Requeridos

		SI	NO	N/A	Observaciones
2.16	Solución Ringer				
2.17	Solución glucosada 5%				
2.18	Suero de hidratación oral				
2.19	Acetaminofén (presentaciones pediátrica)				
2.20	Acetaminofén (presentaciones adulto)				
2.21	Dopamina				
2.22	Adrenalina				
2.23	Norepinefrina				

3. DOCUMENTACION

3.1 Gestion Documental

		SI	NO	N/A	Observaciones
3.1	Protocolo para diagnostico y tratamiento de pacientes con coronavirus Covid 19				
3.2	Precauciones de Aislamiento en casos de Covid 19 y otros agentes infecciosos				
3.3	Directrices para prevención y manejo de enfermedad respiratoria por coronavirus (COVID-19) en embarazadas y recién nacidos				
3.4	Guía de precauciones estándares y medidas de aislamiento de pacientes para la prevención de infecciones asociadas a la atención en salud del MSP				

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 Inicial de Inspección: _____
	Hora Final de Inspección: _____
Para uso exclusivo de la DHA	

