

FORMULARIO GUIA DE INSPECCION DE HOSPITALIZACION PSIQUIATRICA

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	Número de Médicos Psiquiatría y Formación en Soporte Vital Básico y Avanzado		Observaciones
T.2	Número de Licenciadas en Enfermería con manejo de paciente psiquiátrico y soporte vital Básico		
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	UCI con capacidad minima de 2 camas exclusivas (solo 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			
1.3	Maximo de dos camas por habitacion			

2. Habitacion

		SI	NO	Observaciones
2.1	Minimo 18 mts2			
2.2	Cortinas tipo Oxford o mamparas plegables			
2.3	Baño			
2.4	Bañera con Piso Antidelizante			
2.5	Ducha de Palanca			
2.6	Barra de apoyo			
2.7	Lavamanos			
2.8	Inodoro			
2.9	Dimensiones Minimas del Baño 5.2 mtros2.			
2.10	Puertas			
2.11	Paneles para Observacion en material grueso y			
2.12	de Apertura hacia la parte exterior de la habitacion			
2.13	Sin Seguros Internos			

3.1 Ambientes

		SI	NO	Observaciones
3.1	Área o unidad de intervencion en Crisis			
3.2	Sala de Espera			
3.3	Area de admision			
3.4	Area de Consulta y Consejeria Familiar			
3.5	Area para terapia de Grupo equipada con sillas			
3.6	Area de productos y equipo de limpieza			
3.7	Área de Enfemeria			
3.8	Área de Comedor			
3.9	Área para guardar sillas de ruedas y camillas			
3.10	Area de Dormitorios			
3.11	Sala de Estar			
3.12	Área verde y /o de recreacion			

3.13	Area de colocacion temporal de cadaveres		
3.14	Privada		
3.15	Alejada del flujo de Usuario		
3.16	Alejada de Servicio activos		

4. Equipos

		SI	NO	Observaciones
3,1	Camas Metalicas			
3,2	Fijas			
3,3	Una por cada pacientes			
3,4	Con dos Manibelas			
3,5	Panel de Cabecera			
3,6	Salida de Oxigeno			
3,7	Sistema de Vacio			
3,8	Salida de Aire Medicinal			
3,9	Tomacorrientes dobles Esterilizados			
3,10	Sistema de llamado a Enfermeras			
3,11	Uno por cada Cama			
3,12	Telefono (no debe estar disponible al paciente)			
3,13	Mesa móvil para comida del paciente metálica y rodable			
3,14	Mesa multiuso			
3,15	Papelera con fundas para desechos			
3,16	Sillón confortable o sofá-cama			

5. Equipos No Permitidos En Las Habitaciones

		SI	NO	Observaciones
5.1	Telefono			
5.2	Cuerdas			
5.3	Objetos Cortantes			
5.4	Objetos Punzantes			
5.5	Objetos de Vidrio			
5.6	Television			

6. Documentacion

		SI	NO	Observaciones
6.1	Norma nacional de salud			
6.2	Manual de procedimientos administrativos			
6.3	Libro de registro de pacientes			
6.4	Normas de procedimientos de bioseguridad			
6.5	Formulario de Notificacion obligatoria de			
6.6	Protocolo de Atencion en Salud mental			
6.7	Formulario de Consentimiento Informado			
6.8	Manual de Procedimientos de Seguridad			
6.9	Protocolo de Higiene y limpieza			
6.10	Ley sobre Salud Mental 12-06			
6.11	Formulario de Control de calidad de los equipos			
6.12	Matriz de fumigacion (fecha, fumigador, producto utilizado, antidoto del mismo y áreas fumigadas)			
6.13	Matriz de mantenimiento preventivo y correctivo de equipos			
6.14	Plan de mejoramiento de la calidad en el servicio			

Con mi Nombre y Firma, Declaro que toda la Informacion que se ha Suministrado es Verdica

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