

## FORMULARIO GUIA DE INSPECCION DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACION

A- Codigo

--	--	--	--	--	--

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 Médicos Geriatría		<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 Capacidad

		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			

### 1.2 Dimensiones

		SI	NO	Observaciones
1.4	Minimo 18 mts <sup>2</sup>			

### 1.3 Barreras fisicas entre las camas

		SI	NO	Observaciones
1.5	Cortinas tipo Oxford o mamparas plegables			

### 1.4 Baño

		SI	NO	Observaciones
1.6	a) Bañera con Piso antideslizante			
1.7	b) Ducha de palanca			
1.8	c) Barras de apoyo			
1.9	e) Lavamanos			
1.10	f) Inodoro			
1.11	g) Dimensiones minimas 5.2 mts <sup>2</sup>			

### 1.5 Area de colocacion temporal de cadaveres

		SI	NO	Observaciones
1.12	a) Privada			
1.13	b) Alejado del flujo de usuarios			
1.14	c) Alejada de servicios activos			

## 2. EQUIPOS

### 2.1 Camas

		SI	NO	Observaciones
2.1	a) Metalicas			
2.2	b) Rodables			
2.3	c) Una por cada paciente			
2.4	d) Con dos manibelas			

### 2.2 Panel de Cabecera

		SI	NO	Observaciones
2.5	a) Salida de Oxigeno			
2.6	b) Sistema al Vacio			
2.7	c) Salida de aire medicinal			
2.8	d) Tomacorrientes dobles estabilizados			
2.9	e) Sistema de llamado a enfermeras			
2.10	f) Uno por cada cama			

### 2.3 Equipos de Hoteleria para el Paciente

		SI	NO	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 confortable o sofá-cama			

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>	