

FORMULARIO GUIA DE INSPECCION DE SERVICIOS DE IMPLANTOLOGIA DENTAL

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 Odontólogos Implantólogos | | Observaciones |
| T.3 | Número de Profesionales con Postgrado | | |
| T.4 | Número de Asistentes Dentales | | |
| T.5 | Número personal Administrativo y de apoyo | | |
| T.6 | Horario de Servicio en horas | 4 () 6 () 8 () | |

1. Equipamiento para Implantología

1.1 Equipos requeridos para Implantología

| | | SI | NO | Observaciones |
|------|--|----|----|---------------|
| 1.1 | Machos | | | |
| 1.2 | Terrejas | | | |
| 1.3 | Paralizadores- Calibradores | | | |
| 1.4 | Cubetas de Impresión | | | |
| 1.5 | Osteodilatadores o Expansores de Hueso | | | |
| 1.6 | Implantes | | | |
| 1.7 | Cubetas de impresión | | | |
| 1.8 | Bisturí Circular | | | |
| 1.9 | Periostótomo o Legra | | | |
| 1.10 | Separador Minnesota | | | |
| 1.11 | Contraángulo para implantes | | | |
| 1.12 | Llaves para sobredentadura e híbridas. | | | |

1.2 Caja Quirúrgica

| | | SI | NO | Observaciones |
|------|-----------------------------------|----|----|---------------|
| 1.13 | Fresa lanza de diferentes tamaños | | | |
| 1.14 | Destornilladores | | | |
| 1.15 | Bisturi Circular | | | |
| 1.16 | Llave Motor | | | |
| 1.17 | Prolongador de fresas | | | |
| 1.18 | Prolongador de Porta implantes | | | |
| 1.19 | Llave Kit overdent | | | |
| 1.20 | Carraca no dinamométrica | | | |
| 1.21 | Carraca dinamométrica | | | |

2. Documentación

2.1 Documentos

| | | SI | NO | Observaciones |
|-----|---|----|----|---------------|
| 2.1 | Manual de procedimientos técnicos de implantología | | | |
| 2.2 | Procedimiento en caso de complicaciones implantológicas | | | |
| 2.3 | Formulario de consentimiento informado | | | |

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 | |