

FORMULARIO GUÍA DE INSPECCIÓN DE JORNADAS MEDICAS

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 | | Observaciones |
| 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. Director Medico

| | | SI | NO | Observaciones |
|-----|--|----|----|---------------|
| 1.1 | Los servicios temporales deben tener un director técnico responsable, profesional del área de la salud con exequátur acorde al tipo de servicio ofrecido | | | |

2. Establecimiento Habilitado

| | | SI | NO | Observaciones |
|-----|---|----|----|---------------|
| 2.1 | Cuando la jornada se realice en un establecimiento no habilitado este debe hallarse en proceso de habilitación y contar con la aprobación de la Dirección de Habilitación para el seguimiento de este proceso | | | |

3. Espacios , Ambientes y Servicios Basicos

| | | SI | NO | Observaciones |
|-----|---|----|----|---------------|
| 3.1 | En caso de que la prestación de servicio no se realizara en un establecimiento de salud (escuela, iglesia, parque, otros), la DAS/DPS deberá notificar que las condiciones son idóneas a través de una inspección | | | |
| 3.2 | Disponibilidad de agua | | | |
| 3.3 | Disponibilidad de baños | | | |
| 3.4 | Espacios físicos suficientes para la prestación del servicio | | | |
| 3.5 | Espacios para la privacidad del paciente | | | |
| 3.6 | Rampa para personas con discapacidad o con movilidad reducida | | | |
| 3.7 | Energía eléctrica | | | |
| 3.8 | Sistema de manejo de desecho | | | |
| 3.9 | Coordinación con el establecimiento de salud más cercano de la red pública, de acuerdo al nivel de complejidad de servicios ofrecidos | | | |

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