

## FORMULARIO GUIA DE INSPECCION DE CONSULTA MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS

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**

<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 con Especialidad en Terapia del Dolor y Cuidado Paliativo		<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

		SI	NO	Observaciones
1.1	Dimensiones minimas 17.28 m2			
1.2	Separado del area de recepcion			
1.3	Separado del area de espera			
1.4	Area de anamnesis separada del area examen			
1.5	Area de anamnesis separada del area de procedimientos medico			
1.6	Disposicion de baños			
1.7	Area de examen con lavamanos			
1.8	Area de examen con jabon			
1.9	Area de examen con agua de calidad			

### 2. Ambientes

		SI	NO	Observaciones
2.1	Area realizacion procedimientos			
2.2	Area procedimientos separada de otras areas			
2.3	Area con procedimientos identificada			
2.4	Vestidor			
2.5	Sala de Espera			
2.6	Area de Atencion y Examen Clinico			

### 3. Equipamiento

		SI	NO	Observaciones
3.1	Balanza de pies con tallímetro o balanza de mesa			
3.2	Lámpara cuello de ganso para reconocimiento			
3.3	Negatoscopio			
3.4	Esfigmomanometro			
3.5	Estetoscopio			
3.6	Pantoscopio o set diagnóstico (oftalmoscopio,			
3.7	Lámpara o linterna médica			
3.8	Martillo de percusión			
3.9	Set informático			
3.10	Computadora fija o Portatil			
3.11	Impresora Propia o Comun			
3.12	Nota: En caso de no disponer de la tecnología señalada, se requerirá que el registro de los pacientes se haga en			
3.13	Teléfono			
3.14	Camilla para examen metálica, para dos o más posiciones			
3.15	Cortina de lino plastificado con tubo o riel, biombo o separación física fija, para especialidades que			

<b>3.16</b>	Escalinata metálica de uno o dos peldaños		
<b>3.17</b>	Taburete metálico		
<b>3.18</b>	Mesa multiuso		
<b>3.19</b>	Set de oficina: escritorio preferiblemente metálico, con cajones o gavetas		
<b>3.20</b>	Silla rodable		
<b>3.21</b>	Sillas apilables		
<b>3.22</b>	Papelera con bolsa plástica		
<b>3.23</b>	Cubo para desperdicios		
<b>3.24</b>	Metálico		
<b>3.25</b>	Rodable		
<b>3.26</b>	Con Funda Codificadas por Colores		
<b>3.27</b>	Apositos		
<b>3.28</b>	Gasas		
<b>3.29</b>	Guantes		
<b>3.30</b>	Lubricantes		
<b>3.31</b>	Gel		
<b>3.32</b>	Sábanas desechables		
<b>3.33</b>	Batas		
<b>3.34</b>	Mascarillas		
<b>3.35</b>	Gorros		
<b>3.36</b>	Recipiente rígido para desechos Punzocortantes		
<b>3.37</b>	Set de medicamentos básicos de acuerdo a la especialidad y a los procedimientos que se realicen.		

#### 4. Gestion y Documentacion

		SI	NO	Observaciones
4.1	Norma nacional de salud			
4.2	Manual de procedimientos administrativos			
4.3	Manual de procedimientos tecnicos correspondiente a la consulta especializada			
4.4	Libro de registro de pacientes			
4.5	Normas de procedimientos de bioseguridad			
4.6	Normas para la Prevención y Control de Infecciones en Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud Pública.			
4.7	Formulario de Notificacion obligatoria de enfermedades Infectocontagiosas			
4.8	Formulario de Consentimiento Informado			
4.9	Protocolo de Higiene y limpieza			
4.10	Formulario de Control de calidad de los equipos			
4.11	Matriz de fumigacion ( fecha, fumigador, producto utilizado, antidoto del mismo y áreas fumigadas)			
4.12	Matriz de mantenimiento preventivo y correctivo de equipos			
4.13	Plan de mejoramiento de la calidad en el servicio			

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**