

FORMULARIO GUÍA DE INSPECCIÓN DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACION FOGMFR

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. Infraestructura

		SI	NO	Observaciones
1.1	Dimensiones minimas del consultorio 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. Equipos

		SI	NO	Observaciones
2.1	Balanza de pies con tallímetro o balanza de mesa			
2.2	Lampara cuello de ganso para reconocimiento			
2.3	Negatoscopio			
2.4	Esfigmomanómetro			
2.5	Estetoscopio			
2.6	Lampara o linterna medica			
2.7	Martillo de percusion			
2.8	Set informatico			
2.9	Computadora fija o portatil			
2.10	Impresora propia o comun			
2.11	En caso de no disponer de la tecnología señalada, se requerirá que el registro de los pacientes se haga en forma manual			
2.12	Teléfono			
2.13	Camilla para examen metálica, para dos o más			
2.14	Cortina de lino plastificado con tubo o riel, biombo o separación física fija, para especialidades que requieran examen físico completo			
2.15	Escalinata metálica de uno o dos peldaños			
2.16	Taburete metálico			
2.17	a) Giratorio			
2.18	b) Rodable			
2.19	Lavamanos de ceramica o acero inoxidable			
2.20	Mesa multiuso			
2.21	a) Metalica			
2.22	b) Rodable			
2.23	Set de oficina: escritorio preferiblemente metálico, con			
2.24	Silla rodable			
2.25	Sillas apilables			

2.26	Papelera con bolsa plástica		
2.27	Cubo para desperdicios metálico, con tapa accionada a		
2.28	Apositos		
2.29	Gasas		
2.30	Guantes		
2.31	Lubricante		
2.32	Gel		
2.33	Sábanas desechables		
2.34	Batas		
2.35	Mascarillas		
2.36	Gorros		
2.37	Rampa antiderrapante con pendiente menor del 5%		
2.38	Escaleras para entrenamiento de marcha		
2.39	Carril para marcha		
2.40	Módulo de poleas para el fortalecimiento		
2.41	Juego de pesas varios		
2.42	Cinturones de seguridad para bipedestación		
2.43	Camastro para ejercicio		
2.44	Tabla deslizante		
2.45	Silla de ruedas mecánica plegable de cuatro ruedas		
2.46	Silla romana		
2.47	Barras paralelas graduales		
2.48	Espalderas de pared		
2.49	Máquina para la marcha en inversión		
2.50	Estabilizador		
2.51	Bascula con altímetro		
2.52	Tanque de remolino		
2.53	Tanque para compresa caliente		
2.54	Con termostato		
2.55	Con compresas		
2.56	Y pinzas		
2.57	Regulador para compresas frías y sus accesorios		
2.58	Rueda de pared		
2.59	Rueda de mesa		
2.60	Mesa de fortalecimiento para musculo de miembros		
2.61	Mesas de tracción cervical y lumbar, bipedestación		
2.62	Parapodium		
2.63	Equipo de entrenamiento de equilibrio		
2.64	Tinas de hidroterapia de remolino para miembros		
2.65	Polipasto		
2.66	Armario guardarropa		
2.67	Estimulador eléctrico		
2.68	Ultrasonido terapéutico		
2.69	Lámpara de rayos infrarrojo		

2.70	Electro miógrafo		
2.71	Electro estimulador de corriente directa		
2.72	Máquina de tracción cervical y pélvica		
2.73	Parafinero eléctrico		
2.74	Camilla de base metálica, reforzada en su base y soportes		
2.75	Cinta métrica		
2.76	Colchoneta de uso fisiátrico		
2.77	Pelotas terapéuticas		
2.78	Bandas elásticas		
2.79	Set de evaluación psicomotora anular, motor grueso y fino, sensibilidad y reflejo de goniómetros		
2.80	Rolos y cuñas terapéuticas		
2.81	Bicicleta estacionaria con resistencias graduales		
2.82	Bastones		
2.83	Andadores		
2.84	Espejo de cuerpo completo		

3. Gestión y Documentación

		SI	NO	Observaciones
3.1	Norma nacional de salud			
3.2	Manual de procedimientos administrativos			
3.3	Manual de procedimientos tecnicos correspondiente a la consulta especializada			
3.4	Libro de registro de pacientes			
3.5	Normas de procedimientos de bioseguridad			
3.6	Normas para la Prevención y Control de Infecciones en Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud Pública			
3.7	Formulario de Notificacion obligatoria de enfermedades Infectocontagiosas			
3.8	Formulario de Consentimiento Informado			
3.9	Protocolo de Higiene y limpieza			
3.11	Formulario de Control de calidad de los equipos			
3.12	Matriz de fumigacion (fecha, fumigador, producto			
3.13	Matriz de mantenimiento preventivo y correctivo de			
3.14	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