

FORMULARIO GUIA DE INSPECCION DE SERVICIOS DE ODONTOLOGIA GENERAL

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 Generales		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. INFRAESTRUCTURA

1.1 Dimensiones

		SI	NO	Observaciones
1.1	Dimensiones mínimas 8 m2 maximas 17.28 m2			

1.2 Espacios

		SI	NO	Observaciones
1.2	Área Administrativa			
1.3	Área de Recepción			
1.4	Área de Procedimientos			
1.5	Área de Rayos X			
1.6	Área de Lavado y Esterilización de instrumental			
1.7	Área de Almacenamiento de Biomateriales			
1.8	Área de Almacenamiento de Material Gastable			
1.9	Área de Almacenamiento de instrumental			

1.3 Servicios basicos

		SI	NO	Observaciones
1.10	Disposición de baños			
1.11	Área de procedimientos con lavamanos			
1.12	Área de procedimientos con jabón			
1.13	Área de procedimientos con agua de calidad			

1.4 Condiciones Basicas del Ambiente

		SI	NO	Observaciones
1.14	Fuente de energía permanente			
1.15	Iluminación 600-900 luxes			
1.16	Ventilación			
1.17	Mesa de trabajo de material adecuado (Melamina, cuarzo, granito cristalizado, acero inoxidable)			
1.18	Gabinetes colgantes en materiales no porosos, con cajones y puertas, con tablero preformado de marmolite cristalizado			
1.19	Asientos de trabajo tapizados en vinil			
1.20	Sistema de desagüe adecuado			
1.21	Conexiones eléctricas identificadas y suficientes			

2. EQUIPOS GENERALES

2.1 Set informático

		SI	NO	Observaciones
2.1	Computadora fija o portátil			
2.2	Impresora propia o común			
2.3	Nota: En caso de no disponer de la tecnología señalada, se requerirá que el registro de los pacientes se haga en forma manual.			
2.4	Teléfono			

2.2 Sillón para operador

		SI	NO	Observaciones
2.5	a) Giratorio			
2.6	b) Rodable			

2.3 Lavamanos

		SI	NO	Observaciones
2.7	Lavamanos de cerámica o acero inoxidable			

2.4 Mesa multiuso

		SI	NO	Observaciones
2.8	a) Rodable			
2.9	b) Metalica			

2.5 Set de oficina

		SI	NO	Observaciones
2.10	Escritorio preferiblemente metálico, con cajones o gavetas			
2.11	Silla Rodable			
2.12	Sillas Apilables			
2.13	Papelera con bolsa plastica			

2.6 Sistema contra incendios

		SI	NO	Observaciones
2.14	Extintor con fecha de Expiracion vigente			

2.7 Climatizacion

		SI	NO	Observaciones
2.15	Aire acondicionado funcionando			
2.16	Ambiente aclimatado entre 15°C y 25 °C			

2.8 Cubo para desperdicios

		SI	NO	Observaciones
2.17	a) Metalico			
2.18	b) Con tapa accionada a pedal			

2. EQUIPAMIENTO PARA DIAGNOSTICO Y OPERATORIA

2.9 Instrumentos para Diagnostico y Operatoria

		SI	NO	Observaciones
2.19	Unidad dental			
2.20	Jeringa Triple			
2.21	Espejo			
2.22	Pinza para algodón			
2.23	Explorador			
2.24	Sonda periodontal			
2.25	Cucharilla para dentina			
2.26	Instrumento de obturaciones plásticas			
2.27	Aplicador de base (Dicalero)			
2.28	Vaso dappen			
2.29	Tijera de metal			
2.30	Jacket Anterior			
2.31	Jacket Posterior			
2.32	Curetas universales			
2.33	Porta matrices			
2.34	Micromotor			
2.35	Contra ángulos			
2.36	Turbina y aditamentos			
2.37	Set de reparación (Turbina)			
2.38	Lámpara para resina			
2.39	Tabletas para cemento			
2.40	Espátula para cemento			
2.41	Compresor			
2.42	Negatoscopio de uno o dos campos			
2.43	Estetoscopio.			
2.44	Esfigmomanómetro.			
2.45	Botiquín de emergencia de acuerdo con el manual de manejo de urgencias odontológicas			
2.46	Cubetas para impresión			
2.47	Quita fresa			

2.10 Cavitron

		SI	NO	Observaciones
2.48	Con punta reemplazable			
2.49	Con punta esterilizable			
2.50	De red eléctrica			
2.51	Con control de flujo y salida de agua			
2.52	Con 4 curetas periodontales			

2.11 Fresas

		SI	NO	Observaciones
2.53	Redondas			
2.54	Cilíndricas			
2.55	Cono Invertido			

2.12 Equipo de esterilización

		SI	NO	Observaciones
2.56	Autoclave			

2.13 Elementos para aislamiento

		SI	NO	Observaciones
2.57	Grapas			
2.58	Arco de Young			
2.59	Dique de Goma			
2.60	Perforadora de goma			
2.61	Porta grapas			

2. BIOMATERIALES E INSUMOS

2.14 Biomateriales

		SI	NO	Observaciones
2.62	Guantes según procedimiento			
2.63	Algodón			
2.64	Agujas desechables cortas			
2.65	Agujas desechables largas			
2.66	Anestesia con adrenalina			
2.67	Anestesia sin adrenalina			
2.68	Líquido revelador de placa bacteriana			
2.69	Pasta profiláctica y/o Piedra pómez			
2.70	Copas de goma / Brochitas profilácticas			
2.71	Hilo dental			

2.72	Colutorios y/o Enjuague bucal		
2.73	Flúor		
2.74	Cubetas para flúor		
2.75	Cánulas de eyectores		
2.76	Bandas metálicas para matrices		
2.77	Bandas de celuloide		
2.78	Papel de articular		
2.79	Cuñas de madera		
2.80	Tira de lija		
2.81	Gomas para pulir restauraciones		
2.82	Resinas compuestas		
2.83	Sellantes de fosas y fisuras		
2.84	Desinfectante cavitario (Clorhexidina u otros).		
2.85	Grabado ácido		
2.86	Adhesivo		
2.87	Hidróxido de calcio puro		
2.88	Hidróxido de calcio autopolimerizable o		
2.89	Óxido de zinc		
2.90	Eugenol		
2.91	Alcohol		
2.92	Envase para esterilizar en frio		
2.93	Solución esterilizadora (Lysol, Hiaminol, etc).		
2.94	Lubricante para turbina		
2.95	Acrílico fotopolimerizable o autopolimerizable polvo y		
2.96	Alginato o material de impresión		

2.15 Barreras Fisicas

		SI	NO	Observaciones
2.97	Mascarillas			
2.98	Lentes			
2.99	Baberos			
2.100	Uniforme, gorro, papel aislante			

2. INSTRUMENTAL PARA CIRUGIA

2.16 Instrumental minimo requerido

		SI	NO	Observaciones
2.101	Portacarpule			
2.102	Mango de bisturí			
2.103	Hojas de bisturí			
2.104	Legras			
2.105	Cureta para hueso			
2.106	Lima para hueso			
2.107	Hilo y agujas para sutura			
2.108	Fresas quirúrgicas			

2.109	Tijeras quirúrgicas		
2.110	Separador quirurgico		
2.111	Elevadores rectos planos de Seldin		
2.112	Elevadores rectos acanalados finos		
2.113	Elevadores rectos acanalados gruesos		
2.114	Elevadores de Winter M y D		
2.115	Pinza universal superior #150		
2.116	Pinza universal inferior #151		
2.117	Pinza para molar superior derecho #18R		
2.118	Pinza para molar superior izquierdo #18L		
2.119	Pinza para molar inferior #16		
2.120	Pinza para restos radiculares anterior #65		
2.121	Pinza para restos radiculares posterior #69		

2. EQUIPAMIENTO PARA AMALGAMA

2.17 Equipos para realizar amalgamas

	SI	NO	Observaciones
2.122			
2.123			
2.124			
2.125			
2.126			
2.127			
2.128			
2.129			
2.130			
2.131			
2.132			

3. GESTION Y DOCUMENTACION

3.1 Documentacion

		SI	NO	Observaciones
3.1	Norma nacional de Salud oral			
3.2	Manual de procedimientos administrativos			
3.3	Ficha Clínica, Formulario de Informe diario o Agenda			
3.4	Libro de registro de pacientes			
3.5	Normas de procedimientos de bioseguridad			
3.6	Procedimiento en caso de accidente de trabajo			
3.7	Normas para la Prevención y Control de Infecciones en Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud Pública.			
3.8	Formulario de Notificación obligatoria de enfermedades Infectocontagiosas			
3.9	Tarjeta de Vacunación del personal			
3.10	Protocolo de Higiene y limpieza			
3.11	Matriz de fumigación (fecha, fumigador, producto utilizado, antídoto del mismo y áreas fumigadas)			
3.12	Matriz de mantenimiento preventivo y correctivo de equipos			
3.13	Plan de mejoramiento de la calidad en el servicio			

3.2 Gestion

		SI	NO	Observaciones
3.16	Buzón de quejas y sugerencias			
3.17	Cartera de Servicios visible			
3.18	Derechos y deberes de los usuarios			
3.19	Personal debidamente uniformado, vestido e identificado			
3.20	Eliminación adecuada de desechos con recipiente rotulado para desechos y contenedor rigido para desechos punzocortantes			
3.21	Sistema de Salida de emergencia			
3.22	Señalización de las áreas			
3.23	Uso de detergentes y desinfectantes adecuados para los fines			
3.24	Uso de batas			
3.25	Uso de Zafacones con funda y tapa			

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	