

FORMULARIO GUIA DE INSPECCION DEL SERVICIO DE PROMOCION Y PREVENCION

A- Codigo

--	--	--	--	--	--

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 Medicos		Observaciones
T.2	Número de Licenciadas en Enfermería		
T.3	Número de Profesionales con Postgrado		
T.4	Número de Promotores		
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 minimas del area administrativa 17.28 mts2			
1.2	Dimensiones minimas del Salon de Capacitacion 34.90 mts2			

1.2 Espacios

		SI	NO	Observaciones
1.3	Separado del area de recepcion			
1.4	Separado del area de espera			
1.5	Area Administrativa			
1.6	Cuenta con Salon de capacitacion			
1.7	Area de Administrativa separada del Salon de Capacitacion			

1.3 Servicios basicos

		SI	NO	Observaciones
1.8	Disposicion de baños para usuarios externos			
1.9	Disposicion de baños para el personal			

2. Equipamiento

2.1 Equipamiento Audiovisual

		SI	NO	Observaciones
2.1	Proyector de Video portatil			
2.2	Microfonos			
2.3	Bocinas altoparlantes			
2.4	Consola de Sonido			
2.5	Amplificador			
2.6	Proyector de Diapositivas en microfilm (Opcional)			
2.7	Retroproyector (Opcional)			
2.8	Megáfono (Opcional)			

2.2 Material Educativo

		SI	NO	Observaciones
2.9	Formato Impreso			
2.10	Formato Audiovisual			

2.3 Set informático

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

2.4 Set de oficina

		SI	NO	Observaciones
2.15	Escritorio preferiblemente metálico, con cajones o gavetas			
2.16	Silla rodable			
2.17	Sillas apilables			
2.18	Papelera con bolsa plástica			

2.5 Capacitacion

		SI	NO	Observaciones
2.19	Sillas apilables en cantidad adecuada para el flujo de usuarios			

3. Gestion y Documentación

3.1 Documentos

		SI	NO	Observaciones
3.1	Norma nacional de atencion en salud			
3.2	Dec. No. 59-05 que establece el Reglamento sobre Promoción de la Salud.			
3.3	Manual de procedimientos administrativos			
3.4	Manual de procedimientos tecnicos para elaboracion de material de educacion para la salud			
3.5	Libro de registro de asistentes a las actividades de Promocion y Prevencion			
3.6	Plan Anual de Prevencion y Promocion de la Salud			
3.7	Protocolo de Higiene y limpieza			
3.8	Formulario de Control de calidad de los equipos			
3.9	Matriz de fumigacion (fecha, fumigador, producto utilizado, antidoto del mismo y áreas fumigadas)			
3.10	Matriz de mantenimiento preventivo y correctivo de equipos			
3.11	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	