

## FORMULARIO GUIA DE INSPECCION EVALUACIÓN GENERAL DE RAYOS X PANORAMICO

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**

<b>K.1-</b> Hospital ( )	<b>K.2-</b> Clínica ( )	<b>K.3-</b> Centro Médico ( )	<b>K.4-</b> Otros* ( )
--------------------------	-------------------------	-------------------------------	------------------------

**L- Dirección de Salud**

<b>L.1-</b> Regional _____	<b>L.2-</b> Provincia _____	<b>L.3-</b> Área _____
----------------------------	-----------------------------	------------------------

Para uso de la DHA

**M- Sector del Sistema Nacional de Salud**

<b>M.1-</b> Público ( )	<b>M.2-</b> Privado ( )
-------------------------	-------------------------

**N- Sector al que pertenece si es Público**

<b>N.1-</b> SNS ( )	<b>N.2-</b> MDRD ( )	<b>N.3-</b> PN ( )	<b>N.4-</b> Otros ( ) _____
---------------------	----------------------	--------------------	-----------------------------

**O- Sector al que pertenece si es Privado**

<b>O.1-</b> Privado Lucrativo ( )	<b>O.2-</b> ONG ( )	<b>O.3-</b> Otros ( ) _____
-----------------------------------	---------------------	-----------------------------

**P- Horario de Servicio**

<b>P.1-</b> 4hrs. ( )	<b>P.2-</b> 8 hrs. ( )	<b>P.3-</b> 12 hrs. ( )	<b>P.4-</b> 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 Radiólogos o Imagenólogos		<b>Observaciones</b>
T.2	Número de Licenciadas en Enfermería		
T.3	Número de Técnicos de Rayos X		
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 e Instalaciones

### 1.1 Dimensiones

		SI	NO	Observaciones
1.1	Sala de Rayos X, 10.80 m2			

### 1.2 Areas o Ambientes

		SI	NO	Observaciones
1.2	Sala de espera			
1.3	Los ambientes permiten proteger la intimidad y privacidad auditiva y visual del usuario			
1.4	Área de ubicación de la consola de disparo ventilada, con protección radiológica (vidrio plomado que permita la observación del paciente)			
1.5	Área para facilidades del trabajo administrativo			
1.6	Estaciones de visualización			
1.7	Área descanso para el personal			
1.8	Área para depósito de materiales de uso común en el servicio			

### 1.3 Cuarto Oscuro

		SI	NO	Observaciones
1.9	Sistema de Extraccion de Aire			
1.10	Sistema de Drenaje y disposicion de aguas residuales y desechos quimicos			
1.11	Techo fabricado en material no descamativo			
1.12	Techo sin filtraciones de luz alrededor de las ventilaciones de aire			
1.13	Puerta que garantice que no haya penetracion de luz al interior del cuarto			
1.14	Muros con pintura color Mate.			
1.15	Muros en buen estado de acabado y conservacion.			

## 2. Equipos Biomedicos - Mobiliario de Oficina y Suministros

### 2.1 Equipamiento Biomedico

		SI	NO	Observaciones
2.1	Equipo de Rayos X panoramico con sus aditamentos			

### 2.2 Elementos de Proteccion Radiologicas

		SI	NO	Observaciones
2.2	Equipo personal de protección radiológica para el paciente y para el operador			
2.3	Equipo personal de protección radiológica Delantal			
2.4	Equipo personal de protección radiológica collar			
2.5	Dosímetro para medición de la radiación recibida por los trabajadores. Uno por cada trabajador			

### 2.3 Mobiliario Administrativo

		SI	NO	Observaciones
2.6	Escritorio			
2.7	Silla metálica rodable			
2.8	Meseta de madera con cajones y abierto abajo, tablero resistente a ácidos			
2.9	Archivo metálico			
2.10	Anaqueles en número suficiente para almacenar materiales			

### 2.4 Accesorios para Area de Imágenes

		SI	NO	Observaciones
2.11	Percha metálica de pared de 4 ganchos			
2.12	Lampara de aviso			

## 3. Normas y Documentacion

### 3.1 Normas y Documentacion

		SI	NO	Observaciones
3.1	Certificacion de la Comision Nacional de Energia			
3.2	Registro de resultados de la comprobación de los dispositivos de seguridad con un mínimo de dos años			
3.3	Manual de Normas y Procedimientos Técnicos de Radiodiagnóstico			
3.4	Control de calidad de los equipos Reportes periódicos sobre mantenimiento preventivo del equipos			
3.5	Registro de las pruebas de fuga			
3.6	Lecturas del dosímetro personal Registro de las dosis individuales y dosímetros			
3.7	Constancia de comprobación diaria de las alarmas de los equipos.			

<b>3.8</b>	Registro de la calibración de los equipos de monitoreo y comprobación diaria		
<b>3.9</b>	Registro del personal de reciente incorporación y del programa de entrenamiento anual de todo el personal		
<b>3.10</b>	Programa de vigilancia radiológica.		
<b>3.11</b>	Copia de los informes de monitoreo radiológico realizados		
<b>3.12</b>	Procedimientos en caso de accidentes de trabajo de acuerdo a lo dispuesto por la Comisión Nacional de Energía y el Ministerio de Medio Ambiente.		
<b>3.13</b>	Control de Fumigación		
<b>3.14</b>	Control de Mantenimiento		
<b>3.15</b>	Plan de mejora		

Con mi Nombre y Firma, Declaro que toda la Información que se ha Suministrado es Verídica

_____ <b>Nombre del Director Médico</b>	_____ <b>Firma del Director Médico</b>
_____ <b>Nombre del Inspector/a y/o Supervisor</b>	_____ <b>Firma del Inspector/a y/o Supervisor</b>
_____	_____
_____	_____
<b>Fecha:</b> _____	<b>Hora de Inspección:</b> _____
<b>Para uso exclusivo de la DHA</b>	