

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

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 Odontólogos Generales		<b>Observaciones</b>
T.2	Número de Profesionales con Postgrado		
T.3	Número de Asistentes Dentales		
T.4	Número personal Administrativo y de apoyo		
T.6	Horario de Servicio en horas	4 ( ) 6 ( ) 8 ( )	

**1. EQUIPAMIENTO****1.1 Equipos de radiación**

		SI	NO	Observaciones
1.1	Rayos X periapical digital o analogico			

**1.2 Equipos de proteccion radiologica**

		SI	NO	Observaciones
1.2	2 Delantales Plomados			
1.3	2 Collarines			

**1.3 Equipos para revelado (Opcional)**

		SI	NO	Observaciones
1.4	Caja Reveladora			
1.5	Solucion Fijadora			
1.6	Solucion Reveladora			
1.7	Placas periapicales			

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**