

FORMULARIO GUÍA DE INSPECCIÓN DE SERVICIO DE RECUPERACION, REHABILITACION Y REINSERCIÓN SOCIAL

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 psiquiatra o Psicologo con formacion en Manejo de Adiciones y Desorden o patologia mental cronica | | Observaciones |
| T.2 | Número de Licenciadas en Enfermería con Formacion en manejo de pacientes con desorden o Patologia Mental Cronica y soporte Vital Basico | | |
| 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 | UCI con capacidad minima de 2 camas exclusivas (solo en establecimientos de alta complejidad) | | | |
| 1.2 | Si el establecimiento posee mas de 20 camas la capacidad de la UCI sera como minimo 10 por ciento de la camas de hospitalizacion | | | |
| 1.3 | Maximo de dos camas por habitacion | | | |

2. Habitacion

| | | SI | NO | Observaciones |
|------|--|----|----|---------------|
| 2,1 | Dimensiones Minimo 18 mts2 | | | |
| 2,2 | Barreras fisicas entre las camas | | | |
| 2,3 | Cortina tipo Oford | | | |
| 2,4 | Baño | | | |
| 2,5 | Ducha de Palanca | | | |
| 2,6 | Barra de Apoyo | | | |
| 2,7 | Lavamanos | | | |
| 2,8 | Inodoro | | | |
| 2,9 | Dimensiones Minima 5,2 mts2 | | | |
| 2,10 | Puertas | | | |
| 2,11 | Sin Seguros Internos | | | |
| 2,12 | De apertura hacia la parte exterior de la habitacion | | | |

3. Ambientes

| | | SI | NO | Observaciones |
|------|--|----|----|---------------|
| 3.1 | Área o unidad de intervencion en Crisis | | | |
| 3.2 | Sala de Espera | | | |
| 3.3 | Area de admision | | | |
| 3.4 | Area de Consulta y Consejeria Familiar | | | |
| 3.5 | Area para terapia de Grupo equipada con sillas | | | |
| 3.6 | Area de productos y equipo de limpieza | | | |
| 3.7 | Área de Enfemeria | | | |
| 3.8 | Área de Comedor | | | |
| 3.9 | Área de Comedor | | | |
| 3.10 | Area para guardar silla de rueda y camilla | | | |
| 3.11 | Area de Dormitorio | | | |
| 3.12 | Sala de Estar | | | |
| 3.13 | Área verde y /o de recreacion | | | |

| | | | |
|-------------|--|--|--|
| 3.14 | Area de colocacion temporal de cadaveres | | |
| 3.15 | Privada | | |
| 3.16 | Alejada del flujo de usuarios | | |
| 3.17 | Alejada de Servicios Activo | | |

4. EQUIPOS

| | | SI | NO | Observaciones |
|-------------|--|----|----|---------------|
| 4,1 | Camas | | | |
| 4,2 | Metalica | | | |
| 4,3 | Fija | | | |
| 4,4 | Una por cada Pacientes | | | |
| 4,5 | Con dos Manibelas | | | |
| 4,6 | Panel de Cabecera | | | |
| 4,7 | Salida de Oxigeno | | | |
| 4,8 | Sistema de Vacio | | | |
| 4,9 | Salida de Aire medicinal | | | |
| 4,10 | Toma corriente dobles estabilizado | | | |
| 4,11 | Sistema de llamada a enfermeras | | | |
| 4,12 | Uno por cada Cama | | | |
| 4,13 | Telefono (no debe estar disponible al paciente) | | | |
| 4,14 | Mesa móvil para comida del paciente metálica y rodable | | | |
| 4,15 | Mesa multiuso | | | |
| 4,16 | Papelera con fundas para desechos | | | |
| 4,17 | Sillón confortable o sofá-cama | | | |

5. EQUIPOS NO PERMITIDOS EN LAS HABITACIONES

| | | SI | NO | Observaciones |
|------------|-------------------|----|----|---------------|
| 5,1 | Telefono | | | |
| 5,2 | Cuerdas | | | |
| 5,3 | Objetos Cortantes | | | |
| 5,4 | Objetos Punzantes | | | |
| 5,5 | Objetos de Vidrio | | | |
| 5,6 | Television | | | |

6. Documentación

| | | SI | NO | Observaciones |
|------------|--|----|----|---------------|
| 6,1 | Norma nacional de salud | | | |
| 6,2 | Manual de procedimientos administrativos | | | |

| | | | |
|-------------|--|--|--|
| 6,3 | Libro de registro de pacientes | | |
| 6,4 | Normas de procedimientos de bioseguridad | | |
| 6,5 | Formulario de Notificacion obligatoria de enfermedades Infectocontagiosas | | |
| 6,6 | Protocolo de Atencion en Salud Mental | | |
| 6,7 | Formulario de Consentimiento Informado | | |
| 6,8 | Manual de Procedimientos de Seguridad | | |
| 6,9 | Protocolo de Higiene y limpieza | | |
| 6,10 | Ley sobre Salud Mental 12-06 | | |
| 6,11 | Formulario de Control de calidad de los equipos | | |
| 6,12 | Matriz de fumigacion (fecha, fumigador, producto utilizado, antidoto del mismo y áreas fumigadas) | | |
| 6,13 | Matriz de mantenimiento preventivo y correctivo de equipos (Marca, modelo, serie, Fecha de mantenimiento; tipo de mantenimiento y Fecha del proximo mantenimiento) | | |
| 6,14 | 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 | |