

FORMULARIO GUÍA DE INSPECCIÓN DE SERVICIO DE RECUPERACION Y ATENCIÓN CLÍNICA

FOGICRAC

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		Observaciones
T.2	Número de Licenciadas en Enfermería		
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. Instalaciones Sanitarias

		SI	NO	Observaciones
1.1	Baños buenas condiciones de presentación y mantenimiento			
1.2	Baños para usuarios internos y externos			
1.3	Baños con inodoro de ceramica vitrificada			
1.4	Lavamanos de ceramica vitrificada			
1.5	Drenajes con tapas y rejillas			
1.6	Dispensador de toallas de papel desechables			
1.7	Secador de manos			
1.8	Jabonera o dispensador de jabon liquido			
1.9	Portarollo de papel higienico			
1.10	Papelera metalica para desechos biologicos			
1.11	Señal universal de accesibilidad en la entrada de los baños			
1.12	Baños se utilizan para los fines sanitarios			

2. Sistema de Señalización

		SI	NO	Observaciones
2.1	Sistema de señalizacion			
2.2	Sistema contra incendio (extintor)			
2.3	Rutas de evacuacion en casos de emergencias y desastres			
2.4	Señalizacion de areas de servicio			
2.5	Señalizacion de areas administrativas			
2.6	Cartera de servicios en lugar visible			
2.7	Informaciones utiles para los usuarios			

3. Mantenimiento de equipos e instalaciones

		SI	NO	Observaciones
3.1	Equipos con manual de usuario en español			
3.2	Registro de control de mantenimiento correctivo y preventivo de equipos			
3.3	Certificaciones de metrologia emitidas por la isntancia correspondiente			
3.4	Manual de usuario del equipo			

4. Mobiliario general

		SI	NO	Observaciones
4.1	Area o sala de espera			
4.2	La sala de espera debe tener sillones en buenas condiciones para los usuarios en una cantidad acorde a la capacidad del establecimiento			
4.3	Area de archivo fisico			
4.4	Area de archivo digital			
4.5	Buzon de quejas y sugerencias			
4.6	Silla de ruedas			

5. Condiciones de gestión y documentación

		SI	NO	Observaciones
5.1	Documentos administrativos			
5.2	Documentos clínicos			
5.3	Normas nacionales y reglamentos técnicos de los servicios prestados			
5.4	Documentos normativos sobre seguridad e higiene laboral			
5.5	Protocolo de limpieza, higiene y desinfección			
5.6	Protocolos de bioseguridad			
5.7	Protocolo de actuación ante enfermedades infectocont			
5.8	Normas para la Prevención y Control de Infecciones en Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud			
5.9	Encuestas de satisfacción			
5.10	Procedimiento para el manejo de quejas			
5.11	Procedimiento para el análisis de oportunidades			
5.12	Plan de mejoramiento de la calidad			
5.13	Servicio de ambulancia			
5.14	Contrato de servicios externos			
5.15	Manual de funciones y puestos			
5.16	Manual de procedimientos			
5.17	Gestión del recurso humano			
5.18	Disponibles las regulaciones, normativas, guías, manuales y protocolos de atención, de acuerdo a su cartera de servicio			
5.19	Cuadro Básico de Medicamentos y la documentación relativa al Sistema Dominicano de Seguridad Social			
5.20	Acta consentimiento informado			
5.21	Sistema de información			
5.22	Formulario EPI-1			
5.23	Sistema de referencia y contrareferencia			
5.24	Autorización de sustancias controladas por DNCD			
5.25	Programa o control de farmaco-vigilancia			

6. Requerimientos

		SI	NO	Observaciones
6.1	Habitaciones individuales o para dos personas máximo, equipadas con:			
6.2	Camas de hospitalización metálicas, rodables y con dos manivelas			
6.3	Teléfono			
6.4	Mesa rodable para comida del paciente			
6.5	Mesa multiuso			
6.6	Baño que incluya bañera			
6.7	Inodoro			
6.8	Bañera de piso antideslizante			
6.9	Ducha de palanca			
6.10	Barras de apoyo			
6.11	Papelera para desechos			
6.12	Sillón confortable o sofá-cama			
6.13	Sistema de llamado a enfermeras			
6.14	Un carro de paro			
6.15	Sillas de rueda			
6.16	Esfigmomanómetro			
6.17	Estetoscopio			
6.18	Glucómetro			
6.19	Medicamentos de uso de emergencia			
6.20	Insumos como apósitos			
6.21	Gasas			
6.22	Guantes			
6.23	Lubricante			
6.24	Gel			
6.25	Sábanas desechables			
6.26	Batas desechables			
6.27	Mascarilla			
6.28	Gorros			
6.29	Set de venoclisis			
6.30	Equipos requeridos para prestar la atención especializada que corresponda			
6.31	Habitaciones de alojamiento con barreras físicas móviles entre las camas			

7. Referencia y contrareferencia

		SI	NO	Observaciones
7.1	Contrato de convenios para referencia y contrareferencia de pacientes			

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