

FORMULARIO GUIA DE INSPECCION DE SERVICIOS DE REHABILITACION BUCAL Y ODONTOLOGIA ESTETICA

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 Odontólogos Rehabilitador Bucal		Observaciones
T.3	Número de Profesionales con Postgrado		
T.4	Número de Asistentes Dentales		
T.5	Número personal Administrativo y de apoyo		
T.6	Horario de Servicio en horas	4 () 6 () 8 ()	

1. Equipamiento para Rehabilitación Bucal

1.1 Equipos requeridos para Rehabilitación Bucal o Prostodoncia

		SI	NO	Observaciones
1.1	Extractor de Coronas y/o Pinza Wynman Removedor			
1.2	Calibrador de metal			
1.3	Pinceles de pelo de Malta			
1.4	Guía de Color Dental			
1.5	Cera rosada			
1.6	Espátula de cera			
1.7	Silicona			
1.8	Hilo Retractor			
1.9	Solucion Hemostatica			
1.10	Fresones para Porcelana			
1.11	Fresa tiburón			
1.12	Resina de modelaje acrilica (Pattern resin o Duralay)			
1.13	Cemento Temporal			
1.14	Perno de Fibra de Vidrio			
1.15	Removedor Coronas Christensen Recto y/o Angulado			
1.16	Kit Protésico para Implantes (Llaves para implantes)			
1.17	Material para restauración temporal			

1.2 Cementos para Cementación definitiva

		SI	NO	Observaciones
1.18	Cemento Resinoso			
1.19	Ionómero de vidrio			
1.20	Fosfato de Zinc (opcional)			

1.3 Fresas de preparación dental para prótesis fija

		SI	NO	Observaciones
1.21	Cilíndricas			
1.22	En llama o balón			
1.23	Troncocónicas			
1.24	De pulido (cinta roja, amarilla)			
1.25	de Diamante cónica de extremo redondeado			

1.4 Fresones para Pulido de Acrílico

		SI	NO	Observaciones
1.26	Metálicas			
1.27	Discos de papel			
1.28	Gomas			

2. Equipamiento para Odontología Estética

2.1 Fresas de Pulido para Odontología Estética

		SI	NO	Observaciones
2.1	Fresas Diamantadas de Pulido			
2.2	Gomas de Pulido			

2.2 Equipos Requeridos para Odontología Estética

		SI	NO	Observaciones
2.3	Tubos de resinas de diferentes colores			
2.4	Yeso			
2.5	Resina Flow			
2.6	Cubetas de Impresión			
2.7	Discos de pulido de resina			

2.3 Material requerido para Blanqueamiento

		SI	NO	Observaciones
2.8	Separadores bucales			
2.9	Kit para Blanqueamiento dental (opcional)			
2.10	Lampara para blanqueamiento (opcional)			

3. Documentación

3.1 Documentos

		SI	NO	Observaciones
3.1	Manual de procedimientos técnicos de Rehabilitación Bucal			
3.2	Manual de procedimientos técnicos de Odontología Estética			
3.3	Procedimiento en caso de complicaciones			
3.4	Formulario de consentimiento informado			

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	