

## FORMULARIO GUIA DE INSPECCION DEL SERVICIO SALA DE PARTO

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 Gineco-Obtestra         |                   | <b>Observaciones</b> |
| 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.INFRAESTRUCTURA

### 1.1 Dimensiones

|     |  | SI | NO | Observaciones |
|-----|--|----|----|---------------|
| 1.1 | Dimension minima de entre 20 a 30 mts2 |    |    |               |

### 1.2 Paredes y Techo

|     |  | SI | NO | Observaciones |
|-----|--|----|----|---------------|
| 1.2 | Paredes y Techo con pintura epoxica, antibacterial y retardante al fuego |    |    |               |

### 1.3 Pisos

|     |                          | SI | NO | Observaciones |
|-----|--------------------------|----|----|---------------|
| 1.3 | Pisos asepticos          |    |    |               |
| 1.4 | Antiestaticos            |    |    |               |
| 1.5 | Planos                   |    |    |               |
| 1.6 | Impermeables             |    |    |               |
| 1.7 | Inalterables             |    |    |               |
| 1.8 | Resistentes              |    |    |               |
| 1.9 | con Esquinas Redondeadas |    |    |               |

### 1.4 Climatizacion

|      |   | SI | NO | Observaciones |
|------|---|----|----|---------------|
| 1.10 | Sistema de aire acondicionado con flujo de aire que utilicen filtro de intercambio tipo HEPA. |    |    |               |

## 2. EQUIPAMIENTO

### 2.1 Mobiliario de la sala

|     |   | SI | NO | Observaciones |
|-----|---|----|----|---------------|
| 2.1 | Mesa de parto con accesorios                                  |    |    |               |
| 2.2 | Banquillo para sala de operaciones metálico de un peldaño     |    |    |               |
| 2.3 | Vitrina metálica para instrumentos o material estéril         |    |    |               |
| 2.4 | Reloj de pared digital  |    |    |               |
| 2.5 | Escalinata metálica de un peldaño                             |    |    |               |
| 2.6 | Mesa de mayo metálica (Mesa multiusos en mediana complejidad) |    |    |               |
| 2.7 | Silla de ruedas   |    |    |               |
| 2.8 | Taburete giratorio  |    |    |               |

### 2.2 Lámpara quirúrgica fija

|      |                      | SI | NO | Observaciones |
|------|----------------------|----|----|---------------|
| 2.9  | a) De techo          |    |    |               |
| 2.10 | b) De Potencia media |    |    |               |

### 2.3 Equipamiento Biomedico

|      |   | SI | NO | Observaciones |
|------|---|----|----|---------------|
| 2.11 | Aspirador de secreciones eléctrico portátil |    |    |               |
| 2.12 | Cuna de calor radiante                      |    |    |               |
| 2.13 | Bandejas de instrumental para partos        |    |    |               |
| 2.14 | Balanza - tallímetro para lactantes         |    |    |               |
| 2.15 | Lámpara cuello de ganso para reconocimiento |    |    |               |

### 2.4 Camilla de transporte

|      |                 | SI | NO | Observaciones |
|------|-----------------|----|----|---------------|
| 2.16 | a) Metalica     |    |    |               |
| 2.17 | b) Con Ruedas   |    |    |               |
| 2.18 | c) Con barandas |    |    |               |

### 2.5 Cubo para desperdicios

|      |                               | SI | NO | Observaciones |
|------|-------------------------------|----|----|---------------|
| 2.19 | a) Metalico                   |    |    |               |
| 2.20 | b) Con tapa accionada a pedal |    |    |               |

## 2.6 Trituradora de placenta

|      |   | SI | NO | Observaciones |
|------|---|----|----|---------------|
| 2.21 | a) Colocada próximo al área de lavado de instrumentos |    |    |               |

## 2.7 Mesa de curaciones

|      |                                  | SI | NO | Observaciones |
|------|----------------------------------|----|----|---------------|
| 2.22 | a) Metalica, de acero inoxidable |    |    |               |
| 2.23 | c) Rodable                       |    |    |               |

## 2.8 Medicamentos de acuerdo a especialidad.

|      |   | SI | NO | Observaciones |
|------|---|----|----|---------------|
| 2.24 | Medicamentos de acuerdo a especialidad. |    |    |               |

## 2.9 Insumos

|      |                     | SI | NO | Observaciones |
|------|---------------------|----|----|---------------|
| 2.25 | Gasas               |    |    |               |
| 2.26 | Apositos            |    |    |               |
| 2.27 | Compresas           |    |    |               |
| 2.28 | Suturas             |    |    |               |
| 2.29 | Torundas            |    |    |               |
| 2.30 | Jeringuillas        |    |    |               |
| 2.31 | Tubos               |    |    |               |
| 2.32 | Gradillas           |    |    |               |
| 2.33 | Lapiz               |    |    |               |
| 2.34 | Luces de emergencia |    |    |               |

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

|   |  |
|---|--|
| _____<br><b>Nombre del Director Médico</b>            | _____<br><b>Firma del Director Médico</b>            |
| _____<br><b>Nombre del Inspector/a y/o Supervisor</b> | _____<br><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>                   |  |