

## FORMULARIO GUIA DE INSPECCION DE STOCK DE MEDICAMENTOS

**A- Código**

--	--	--	--	--	--

Para uso exclusivo de la DHA

**Coordenadas**

<b>X:</b>		<b>Y:</b>	
-----------	--	-----------	--

**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 Médicos		<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 E INSTALACIONES**

		SI	NO	Observaciones
1.1	Requerimientos de la ubicación y planta física			

1.2	Dimensiones Mínimas 86.40 m2		
1.3	Lugar de ubicación del mismo debe ser fresco, seco.		
1.4	Lugar de ubicación del mismo debe ser accesible y seguro.		
1.5	Estarán necesariamente vinculados a una farmacia ambulatoria pública de la red de Servicios de Salud		
1.6	Deberán estar dentro de la estructura física de estas Unidades de Atención		

## 2. Equipamientos y Mobiliario

		SI	NO	Observaciones
2.1	Armario metálico			
2.2	Vitrina			
2.3	Archivo pequeño			
2.4	Refrigerador (para productos que requieran condiciones de refrigeración)			

## 3. Documentación y Normas

		SI	NO	Observaciones
3.1	Ley General de Salud No. 42-01			
3.2	Reglamentos de medicamentos No. 246-06			
3.3	Norma oficial de Farmacia Hospitalaria			
3.4	Cuadro Básico de Medicamentos Esenciales de la República			
3.5	Registro de control de temperatura			
3.6	Normas para conservación de medicamentos refrigerados			
3.7	Registro de limpieza			
3.8	Libro de control de narcóticos y medicamentos controlados			
3.9	Protocolos sobre el almacenamiento y conservación de			
3.10	Programa y registro de control de plagas y roedores			
3.11	Manual de Normas y Procedimientos de Bioseguridad.			
3.12	Reportes mensuales de la información de su responsabilidad			
3.13	Kardex por cada medicamento que se dispensa. (Manual o			
3.14	Estandares definidos de consumo de medicamentos por tipo			
3.15	Se cuenta con las actas de medicamentos desechados por			

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**





)



