

## FORMULARIO GUIA DE INSPECCION DE SERVICIO DE TELEMEDICINA

**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**

<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 con manejo de tecnología		<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. Equipamiento

		SI	NO	Observaciones
1.1	Equipo de informatica para el servicio			
1.2	Equipo de comunicacion para el servicio			

## 2. Documentacion

		SI	NO	Observaciones
2.1	Consentimiento informado			
2.2	Control de historia clinica			
2.3	Convenio de gestion con establecimientos de salud			

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**