

## FORMULARIO GUIA DE INSPECCION DE SERVICIO DE ULTRASONOGRAFIA

**A- Codigo**

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

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**

<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 Sonografistas y/ o Imagenologos		<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

### 1.1 Dimensiones

		SI	NO	Observaciones
1.1	Sala de Ecografia 17.28 m2			
1.2	Servicios Sanitarios 2.88 m2			

### 1.2 Instalaciones Sanitarias

		SI	NO	Observaciones
1.3	Lavamanos de cerámica con grifería control de mano, agua fría			
1.4	Inodoro de cerámica vitrificada con válvula fluxómetro			

### 1.3 Accesorios para Baño

		SI	NO	Observaciones
1.5	Espejo adosado marco metálico de 40 x 60 cm			
1.6	Toallero de gancho cromado			
1.7	Jabonera cromada con dispensador para jabón líquido			
1.8	Porta rolo de papel higiénico de loza			
1.9	Dispensador de toalla de papel			
1.10	Cubo metálico para desperdicios, con tapa accionada a pedal			

### 1.4 Instalacion Electrica

		SI	NO	Observaciones
1.11	Equipo de iluminación de emergencia, funcionando, encendido automático ante cortes de energía eléctrica			
1.12	Tomacorriente de Grado Hospitalario			

### 1.5 Sistema contra Incendios

		SI	NO	Observaciones
1.13	Extintidor portátil contra incendio, con carga útil, según materiales inflamables de uso constante			

## 1.6 Climatizacion

		SI	NO	Observaciones
1.14	Aire acondicionado			

## 2. Areas o Ambiente

### 2.1 Areas o Ambiente propios del servicio

		SI	NO	Observaciones
2.1	Sala de esperas			
2.2	Los ambientes permiten proteger la intimidad y privacidad auditiva y visual del usuario			
2.3	Área para facilidades del trabajo administrativo			
2.4	Área para vestidor de usuarios			

## 3. Equipos y Suministros, Area Administrativa

### 3.1 Mobiliario Administrativo

		SI	NO	Observaciones
3.1	Escritorio metálico de 2 cajones de 100 x 60 cm			
3.2	Silla metálica apilable			
3.3	Meseta de madera con cajones y abierto abajo, tablero resistente a ácidos			
3.4	Archivo metálico			
3.5	Papelera metálica			
3.6	Anaqueles en número suficiente para almacenar materiales			

### 3.2 Mobiliario Clinico

		SI	NO	Observaciones
3.7	Portasueros			
3.8	Vitrina metálica para instrumentos o material estéril 0.68 x 0.45 x 1.70 m			
3.9	Taburete metálico asiento giratorio fijo			
3.10	Escalinata metálica de 1 peldaño			
3.11	Sillón metálico confortable giratorio y rodable con brazos			
3.12	Mesa (diván) para exámenes y curaciones			

### 3.4 Accesorios para Area de Sonografia

		SI	NO	Observaciones
3.13	Cortina de lino plastificado incluye riel			
3.14	Banco de madera para desvestir			
3.15	Percha metálica de pared de 4 ganchos			

### 3.5 Accesorio de Oficina

		SI	NO	Observaciones
3.16	Papelera de plástico con tapa y ventana abatible			
3.17	Unidad de computadora personal			
3.18	Impresora			
3.19	Teléfono de mesa			

## 4. Equipamiento Biomedico Sala de Rayos X - EQUIPO TECHO

### 4.1 Equipamiento Biomedico

		SI	NO	Observaciones
4.1	Ecógrafo multipropósito II			
4.2	Negatoscopio de 2 campos			
4.3	Lámpara de reconocimiento cuello de ganso			

## 5. Normas y Documentacion

### 5.1 Documentacion

		SI	NO	Observaciones
5.1	Control de calidad de los equipos Reportes periódicos sobre mantenimiento preventivo del equipos			
5.2	Control de Fumigacion			
5.3	Plan de mejora			

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

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