

FORMULARIO GUIA DE INSPECCION DEL SERVICIO DE UNIDADES DE CONSULTA MOVILES

A- Codigo

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

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 Médicos General		Observaciones
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 Y PLANTA FISICA

1.1 Infraestructura e instalaciones físicas de las áreas u oficinas administrativas

		SI	NO	Observaciones
1.1	Área de recepción o atención a usuarios o clientes			
1.2	Servicios sanitarios para usuarios.			
1.3	Áreas de descanso para el personal.			
1.4	Ventilación e iluminación adecuadas			
1.5	Área de estacionamiento			
1.6	Vías de acceso adecuadas			
1.7	Salida de emergencia			

1.2 Planta física e instalaciones

		SI	NO	Observaciones
1.8	Resguardo de Unidades Moviles			
1.9	Almacén de medicamentos y suministros			

1.3 Instalaciones del area de resguardo de ambulancias

		SI	NO	Observaciones
1.10	Espacio destinado para el lavado y desinfección de las unidades Moviles			

2. REQUISITOS PARA LAS UNIDADES MOVILES

2.1 Carrocería

		SI	NO	Observaciones
2.1	Carrocería homologada por la Dirección General de Tránsito Terrestre.			
2.2	Chasis homologado por la Dirección General de Tránsito Terrestre.			
2.3	Interior fabricado con materiales resistentes al agua, la corrosión, los agentes químicos desinfectantes y no propagantes de fuego.			
2.4	Dos accesos mínimo para el compartimento del conductor			

2.2 Luces

		SI	NO	Observaciones
2.5	Conjunto de luces delanteras y traseras que permita la fácil identificación de la ambulancia a los 360° y a una distancia mínima de 200 metros.			
2.6	El haz de luz emitido debe ser de color rojo – rojo ó Rojo – incoloro			
2.7	Dos lámparas que emitan luces rojas y blancas hacia adelante de manera intermitente visibles desde 150 mts.			

2.8	Una centella con lámparas giratorias de 360° o estroboscópicas que proyecten luz roja visible desde 150 mts.		
2.9	Filtros para evitar la interferencia de las luces con los equipos de radiocomunicación		
2.10	Luces laterales halógenas, estroboscópicas o diodo de emisión de luz LED de dos colores, blancas (incoloras) y rojas. Ubicadas simetricamente a cada lado.		
2.11	Nota: De ser necesario, dos faros antiniebla colocados en la parte delantera de la unidad, dependiendo de la zona geográfica y si las condiciones ambientales de la zona de operación lo ameritan.		

2.3 Pito del vehiculo

		SI	NO	Observaciones
2.12	Pito convencional de fábrica del vehículo en funcionamiento			

2.4 Identificacion Exterior

		SI	NO	Observaciones
2.13	Nombre de la institucion o empresa titular del servicio colocado en los costados de la unidad			
2.14	Nombre de la institucion o empresa titular del servicio colocado en la parte posterior de la unidad			
2.15	Logo de la Institucion o empesa titular del servicio colocado en los costados de la unidad			
2.16	Logo de la Institucion o empesa titular del servicio colocado en la parte posterior de la unidad			
2.17	Numero de telefono de atencion a usuario de la institucion o empresa titular del servicio			
2.18	Nombre de la ciudad donde se encuentra la oficina principal			
2.19	Leyenda "CONSERVE SU DISTANCIA", ubicada en la parte posterior de la unidad.			
2.20	Escrita en mayúscula			
2.21	En material reflectivo			
2.22	Legible a una distancia mínima de 10 metros			

2.5 Compartimientos

		SI	NO	Observaciones
2.23	Compartimento independiente para el conductor			
2.24	Compartimento posterior independiente para la atencion clinica de los pacientes			

2.25	a) Que permita fácil limpieza y desinfección		
2.26	b) con superficies lisas, impermeables y uniformes		
2.27	c) que garantice la privacidad durante el proceso de atención		
2.28	d) Superficie antideslizante en las áreas de circulación de personas		
2.29	e) Sin escalones		
2.30	f) Uniones herméticamente selladas		
2.31	g) Fabricado con material resistente al agua y a los agentes químicos desinfectantes		
2.32	Soportes y elementos metálicos para fijar la camilla u otros accesorios firmemente		
2.33	Diseño que garantice la circulación de aire fresco al interior de la cabina de atención clínica		
2.34	Equipo de acondicionador de aire funcionando.		
2.35	Ventanas y vidrio de seguridad con dispositivo de martillo o de otro tipo, adecuado para emergencias.		
2.36	Dimensiones interiores mínimas para el compartimiento del paciente 2.20 metros de longitud, 1.50 metros de ancho y 1.35 metros de altura.		

2.6 Mobiliario Interior

		SI	NO	Observaciones
2.37	Gabinets para el almacenamiento de las herramientas del vehículo, elementos de aseo y desinfección, elementos de señalización, entre otros			
2.38	Leyendas o logos "prohibido fumar" y "uso obligatorio del cinturón de seguridad", tanto en el compartimiento del conductor como del paciente, ambos en lugar visible.			
2.39	Dos puestos para personal de salud, como mínimo, uno de ellos preferiblemente a la cabecera de la camilla o lateral a la cabecera, según la dimensión de la ambulancia en cuyo caso se recomienda que el asiento sea abatible			
2.40	Todos los puestos tendrán cinturón de seguridad de tipo vehicular			
2.41	Asiento disponible para la tripulación o acompañantes con cinturón de seguridad de tipo vehicular y de tres puntos.			

2.7 Sistema Electrico

		SI	NO	Observaciones
2.42	Sistema eléctrico fabricado con materiales de alta calidad para su conducción, protección y aislamiento			
2.43	Sistema generador de energía, de tipo alternador, que funcione a partir del motor, con regulación y rectificación electrónica			
2.44	Sistema generador de energía con capacidad de producir mínimo 60 amperios nominales, a una tensión de 12 Voltios de corriente continua, con polaridad negativa a la masa del vehículo.			
2.45	Cables eléctricos, interruptores y mandos de la instalación eléctrica en capacidad de soportar como mínimo un 25% por encima de la capacidad nominal del circuito eléctrico.			
2.46	Instalación eléctrica protegida, conducidas dentro de tuberías específicas para la red eléctrica y aislada del agua.			
2.47	Instalación eléctrica señalizada e identificada en un plano eléctrico y electrónico			
2.48	plano electrico y electronico colocado fijo y en material resistente en el compartimiento del paciente y cerca del tablero de control de encendido y de mando.			
2.49	Instalación eléctrica estará fabricada en material auto extingible y con supresión de interferencia de ondas de radio			
2.50	Circuito independiente para el vehiculo			
2.51	Circuito independiente para el compartimiento de atención clinica			
2.52	Interruptor maestro para el circuito del compartimiento del paciente			
2.53	Fusibles de emergencia de facil accesibilidad			
2.54	Caja unica para fusibles y conexiones en el compartimiento del paciente			

2.8 Sistema de Iluminacion

		SI	NO	Observaciones
2.55	Sistema de luz ambiental con varias lámparas ubicada en el techo del compartimiento del paciente			
2.56	Bombillas de luz fluorescente o LED o una lámpara flexible o dirigible			

2.57	Sistema de iluminación del techo con dos niveles de intensidad, una baja entre 10 a 50 lux y una alta mínima de 200 lux,			
------	--	--	--	--

3. EQUIPOS REQUERIDOS PARA LAS UNIDADES MOVILES

3.1 Equipamiento biomedico

		SI	NO	Observaciones
3.1	Balanza de pies con tallímetro o balanza de mesa mecánica o digital			
3.2	Lámpara cuello de ganso para reconocimiento			
3.3	Negatoscopio			
3.4	Esfigmomanómetro			
3.5	Estetoscopio			
3.6	Lámpara o linterna médica			
3.7	Martillo de percusión			
3.8	Cortina de lino plastificado con tubo o riel, biombo o separación física fija, para especialidades que requieran examen físico completo			
3.9	Escalinata metálica de uno o dos peldaños			

3.2 Set informático

		SI	NO	Observaciones
3.10	Computadora fija o portátil			
3.11	Impresora propia o común.			
3.12	Nota: En caso de no disponer de la tecnología señalada, se requerirá que el registro de los pacientes se haga en forma manual.			
3.13	Teléfono			

3.3 Taburete metálico

		SI	NO	Observaciones
3.14	a) Giratorio			
3.15	b) Rodable			

3.4 Higiene de manos

		SI	NO	Observaciones
3.16	Lavamanos de cerámica o acero inoxidable			

3.5 Mesa multiuso

		SI	NO	Observaciones
3.17	a) Rodable			
3.18	b) Metalica			

3.6 Set de oficina

		SI	NO	Observaciones
3.19	Escritorio preferiblemente metálico, con cajones o gavetas			
3.20	Silla rodable			
3.21	Sillas apilables			
3.22	Papelera con bolsa plástica			

3.7 Cubo para desperdicios

		SI	NO	Observaciones
3.23	a) Metalico			
3.24	b) Con tapa accionada a pedal			

3.8 Insumos

		SI	NO	Observaciones
3.25	Apósitos			
3.26	Gasas			
3.27	Guantes			
3.28	Lubricante			
3.29	Gel			
3.30	Sábanas desechables			
3.31	Batas			
3.32	Mascarilla			
3.33	Gorros			

3.9 Farmacos

		SI	NO	Observaciones
3.34	Set de medicamentos básicos de acuerdo a la especialidad y a los procedimientos que se realicen.			

4. GESTION Y DOCUMENTACION

4.1 Documentos

		SI	NO	Observaciones
4.1	Norma nacional de salud			
4.2	Manual de procedimientos administrativos			
4.3	Manual de procedimientos tecnicos correspondiente a la consulta especializada			
4.4	Libro de registro de pacientes			
4.5	Normas de procedimientos de bioseguridad			
4.6	Normas para la Prevención y Control de Infecciones en Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud Pública.			
4.7	Formulario de Notificacion obligatoria de enfermedades Infectocontagiosas			
4.8	Formulario de Consentimiento Informado			
4.9	Protocolo de Higiene y limpieza			
4.10	Formulario de Control de calidad de los equipos			
4.11	Matriz de fumigacion (fecha, fumigador, producto utilizado, antidoto del mismo y áreas fumigadas)			
4.12	Matriz de mantenimiento preventivo y correctivo de equipos			
4.13	Plan de mejoramiento de la calidad en el servicio			
4.14	Cartera de servicios visibles			
4.15	Derechos y deberes de los usuarios colocado en lugar visible			
4.16	Personal identificado			

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	