

FORMULARIO GUIA DE INSPECCION DEL SERVICIO DESTINADO AL EXPENDIO, ELABORACION Y ENSAMBLE DE ELEMENTOS ORTOPEDICOS (ORTESIS Y PROTESIS)

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		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

1.1 Espacios

		SI	NO	Observaciones
1.1	Sala de Medidas en Yeso			
1.2	Sala de Medidas de Ortesis y Protesis que garantice la privacidad del Usuario			
1.3	Area de Modificacion y Vaciados de Yeso			
1.4	Area de Produccion de Ortesis y protesis			
1.5	Area de Costura			
1.6	Area de Entrenamiento en el uso de ortesis y protesis			
1.7	Area administrativa			
1.8	Area de Termoformado			

1.2 Ambientes

		SI	NO	Observaciones
1.9	Pasillos y Puertas que permitan el paso de sillas de ruedas con espacio minimo de m y maximo de 2.5 m			
1.10	Espacios que permitan la circulacion de discapacitados			

2. EQUIPOS

2.1 Equipos especificos del servicio

		SI	NO	Observaciones
2.1	Reloj de pared			
2.2	Textiles			
2.3	Termoplásticos			
2.4	Resina acrílica			
2.5	Maderas			
2.6	Metales			
2.7	Pieles			
2.8	Taladro de pedestal			
2.9	Pulidoras de materiales			
2.10	Horno para termoplásticos			
2.11	Succionador sistema de vacío			
2.12	Máquina de coser industrial			
2.13	Prensa de pedestal			
2.14	Prensa de banco			
2.15	Taladro manual			
2.16	Caladora			
2.17	Pistola de calor			
2.18	Calibrador M/L			
2.19	Calibrador A/P			
2.20	Separador de yeso			

2.21	Tijera de cortar yeso		
2.22	Cortadora de yeso		
2.23	Plomada		
2.24	Lápiz de tinta indeleble		
2.25	Calzador		
2.26	Rayo láser		
2.27	Nivel pélvico		
2.28	Tabla de medición (asimétrica)		
2.29	Centímetro		
2.30	Camilla		
2.31	Martillo de bola		
2.32	Martillo de goma		
2.33	Alicate sencillo		
2.34	Alicate de presión		
2.35	Alicate de punta		
2.36	Alicate de corte		
2.37	Marco de segueta		
2.38	SERRUCHO		
2.39	Tijeras de pieles		
2.40	Tijeras de metales		
2.41	Lima de metal		
2.42	Lima plana		
2.43	Lima de metal circular		
2.44	Lima escofina		
2.45	Juego de llave Allen		
2.46	Lima de yeso media caña		
2.47	Lima de yeso redonda		
2.48	Regla en centímetro y pulgada		
2.49	Escuadra		
2.50	Escuadra de nivel		
2.51	Juego de destornilladores		
2.52	Botador		
2.53	Centrapunto		
2.54	Punzón		
2.55	Cuchilla scarpa		
2.56	Scarpa		
2.57	Dobladores de metal (grifas)		

3. GESTION Y DOCUMENTACION

3.1 Documentos

		SI	NO	Observaciones
3.1	Manual de procedimientos administrativos			
3.2	Manual de procedimientos tecnicos de Ortesis y Protesis			
3.3	Libro de registro de pacientes			
3.4	Normas de procedimientos de bioseguridad			
3.5	Normas para la Prevención y Control de Infecciones en Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud Pública.			
3.6	Formulario de Notificacion obligatoria de enfermedades Infectocontagiosas			
3.7	Protocolo de Higiene y limpieza			
3.8	Matriz de fumigacion (fecha, fumigador, producto utilizado, antidoto del mismo y áreas fumigadas)			
3.9	Matriz de mantenimiento preventivo y correctivo de equipos			

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	