

## FORMULARIO GUIA DE EVALUACION GENERAL DE SERVICIO DE ATENCION Y MANEJO DE URGENCIAS

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		<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. Condiciones de Infraestructura Planta Física.

### 1.1 Espacios

		SI	NO	Observaciones
1.1	Area de urgencias separada del area de recepcion			
1.2	Area de urgencias separada del area de espera			
1.3	Area de urgencias separada del area de anamnesis			
1.4	Area de Urgencias cuenta con lavamanos			
1.5	Area de Urgencias cuenta con dispensador de jabon bactericida			

## 2. Condiciones de Equipamiento y Mobiliario

### 2.1 Servicio de urgencias

		SI	NO	Observaciones
2.1	Lavamanos			
2.2	Camilla para Examen de Emergencia			
2.3	Camilla de Curación e Inyectables			
2.4	Lámpara Cuello de Ganso			
2.5	Nebulizador			
2.6	Oxigeno Integrado o tanque de oxigeno con manometro			
2.7	Esfigmomanómetros con brazaletes para adultos y niños			
2.8	Equipo de diagnostico Otorrino-Oftalmologico			
2.9	Estetoscopio			
2.10	Glucometro			
2.11	Martillo de percusión			
2.12	Pinza porta gasas			
2.13	Balanza de adultos			
2.14	Balanza pediátrica			
2.15	Bandejas de curación			
2.16	Equipo de cirugía menor o de sutura con instrumentos mínimos			
2.17	Vitrina para medicamentos de urgência			
2.18	Escritorio con tres silas			
2.19	Mampara o cortina de separacion tipo Oxford			
2.20	Mesa porta instrumentos de acero inoxidable			
2.21	Bomboneras de acero inoxidable o de vidrio			
2.22	Balon de ambu			
2.23	Esterilizador de equipos o materiales, tipo olla o autoclave			
2.24	Zafacones con tapa y pedal, con bolsas de color rojo para desechos infecciosos o contaminantes			
2.25	z) Documentación que confirme si tiene acceso a un servicio de referencia y transporte rápido en caso de urgencia			

### 3. Condiciones de gestión y documentación

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

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>	