

Informe N°:

ENTIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD: PÚBLICO <input type="checkbox"/> PRIVADO <input type="checkbox"/>		CÓDIGO :
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL ESTABLECIMIENTO:		CLASE DE RIESGO: A
NOMBRE DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL:		NÚMERO DE RUC:
NOMBRE DEL RESPONSABLE TÉCNICO:		FECHA DE INSPECCIÓN:
ACTIVIDAD/ES:		FECHA DE REINSPECCIÓN:
DIRECCIÓN: <small>Calles (Principal y secundaria) y N°</small>		ACTIVIDAD/DES CORRESPONDEN AL TIPO DE ESTAB.: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
TRÁMITE: Permisos de Funcionamiento por primera vez: <input type="checkbox"/>		ZONA: PROVINCIA: CIUDAD:
Renovación de Permiso de Funcionamiento <input type="checkbox"/>		CANTÓN:
Modificaciones o ampliaciones <input type="checkbox"/>		TELÉFONO:

**MARCAR CON UN VISTO SEGÚN CORRESPONDA**

INFRAESTRUCTURA			EQUIPAMIENTO								OBSERVACIONES		
AMBIENTES			Equipo Médico		Equipo Médico		Equipo General		Mobiliario General				
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No			
Administración					N/A	N/A							
Admisión	Recepción, información y estadística			N/A	N/A								
	Sala de espera general			N/A	N/A	N/A							
	Baños/Batería Sanitaria			N/A	N/A								
Imagenología (Protección de Plomo en paredes y puertas) que cuente con alguna de las prestaciones: Resonancia magnética nuclear o angiografía e intervencionismo; • Unidades de radiología computarizada y digital para diagnóstico médico fijo y portátil y telemando digital; • Tomografía multicorte, de 16 cortes en adelante; • Mamografía digital (preferible) o digitalizada; • Intervencionismo intrahospitalario de alta complejidad (ecocardiografía de alta complejidad, drenaje de absceso hepático, biopsia de vellocidades coriales); • Ecografía especializada de tercero y cuarto nivel de complejidad (ecocardiógrafos); y, • Tomosíntesis para estudio mamario. Puede contar con una o mas las prestaciones de menor complejidad. Puede contar con una o mas las prestaciones de menor complejidad.	Rayos X para Diagnostico Médico (condición)					N/A							
	Ecografía convencional (condición)												
	Ecografía especializada												
	Rayos X dental panorámica (condición)					N/A							
	Tomografía Computarizada de 2 a 10 cortes -condición												
	Tomografía Multicorte de 16 cortes en adelante												
	Intervencionismos de alta complejidad (Biopsia PAAF punción de aguja fina, Mamaria, Prostata, Tiroides y otras; amniocentesis y punción de quistes)- condición												
	Eco Doppler, 3D y 4D												
	Mamografía digital o digitalizada						N/A						
	Radiología especial con intensificador de imagen (fluroscopia)						N/A						
Densimetría ósea													
Resonancia Magnética Nuclear o angiografía e intervencionismo													
Tomosíntesis para estudio mamario													
Bodega General					N/A	N/A							
Vestidores diferenciados					N/A	N/A							
Limpieza	Bodega de materiales				N/A	N/A							
Almacenamiento final de desechos					N/A	N/A	N/A						

CONDICIONES GENERALES DEL ESTABLECIMIENTO			
Estructura General	Si	No	Observaciones
Pisos: Lisos, antideslizantes de fácil limpieza, sin barreras arquitectónicas			
Paredes: Acabado liso de fácil limpieza, pintura lavable colores claros			
Cielo Raso/Cielo Falso: Fijos/desmontables de fácil limpieza de colores claros			
Puertas y Ventanas: Con superficies lisas de fácil limpieza. Estructura y materiales resistentes.			
Instalaciones Generales del Establecimiento	Si	No	
Rótulo que señale el tipo de establecimiento y la Razón Social y/o nombre comercial			
Accesos internos y externos diferenciados			
Baños/Batería sanitaria			
Iluminación natural o artificial			
Ventilación natural o artificial			
Eléctricas			
Sistema de computo en red			
Abastecimiento de agua potable o segura			
Desague de aguas lluvias / aguas residuales			
Generador eléctrico en funcionamiento			
NORMAS DE BIOSEGURIDAD	Si	No	Observaciones
Equipos de Protección			
VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS	Si	No	Observaciones
Licencia del MEER			
Títulos de los profesionales de la salud registrados en el MSP			

ESTABLECIMIENTO CUMPLE	Si	No

**COMISIÓN TÉCNICA RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN**

CARGO	NOMBRES Y APELLIDOS	NÚMERO DE CÉDULA	FIRMA
LIDER DE LA COMISIÓN			
INTEGRANTE DE LA COMISIÓN			
INTEGRANTE DE LA COMISIÓN			

**NOTIFICACIÓN ESTABLECIMIENTO INSPECCIONADO**

RECIBE COPIA DEL INFORME	NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	NÚMERO DE CÉDULA	FIRMA

OBSERVACIONES:

---



---



---



---

**REINSPECCIÓN**

**FECHA:**

---



---

ESTABLECIMIENTO CUMPLE	Si	No

**COMISIÓN TÉCNICA RESPONSABLE DE LA REINSPECCIÓN**

CARGO	NOMBRES Y APELLIDOS	NÚMERO DE CÉDULA	FIRMA
LIDER DE LA COMISIÓN			
INTEGRANTE DE LA COMISIÓN			
INTEGRANTE DE LA COMISIÓN			

NOTIFICACIÓN ESTABLECIMIENTO REINSPECCIONADO

	NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	NÚMERO DE CÉDULA	FIRMA
RECIBE COPIA DEL INFORME				

OBSERVACIONES:


