

FORMULARIO DE INSPECCIÓN
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD
I NIVEL DE ATENCIÓN
CONSULTORIO GENERAL DE ODONTOLOGIA

ENTIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD: PÚBLICO PRIVADO CÓDIGO: 1.2 UNICÓDIGO: versión 5.0

RAZÓN SOCIAL O NOMBRE COMERCIAL DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD:

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:

NOMBRE DEL RESPONSABLE TÉCNICO:

ACTIVIDAD/ES CORRESPONDEN AL TIPO DE ESTABLECIMIENTO: SI NO

DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD / CALLES (PRINCIPAL Y SECUNDARIA) y N°

ZONA: CANTÓN: PARROQUIA: PROVINCIA: TELÉFONO:

PERMISO DE FUNCIONAMIENTO

PRIMERA VEZ: No. ORDEN DE INSPECCIÓN: FECHA DE INSPECCIÓN: No. ORDEN DE REINSPECCIÓN:

RENOVACIÓN: No. ORDEN DE INSPECCIÓN: FECHA DE INSPECCIÓN: No. ORDEN DE REINSPECCIÓN:

CONTROL

FECHA DE CONTROL:

| AMBIENTES | ¿Se dispone de las áreas? | CONDICIONES HIGIÉNICO SANITARIAS - BIOSEGURIDAD | | | | | | | | | | OBSERVACIONES | Reinspección | | | | | | |
|--|--|---|----|--|----|--|----|--|----|----|----|---------------|--------------|----|---|----|--|--|--|
| | | Se evidencian condiciones de orden y limpieza en las áreas. | | Se evidencian condiciones de limpieza y desinfección en equipos y mobiliario | | Se dispone de implementos de aseo personal en lavamanos, baños/baterías sanitarias, según aplique: Dispensador de: papel higiénico, jabón líquido, toallas desechables y alcohol (70%). Cuenta con señalética de lavado de manos. (dentro o fuera de las instalaciones sanitarias) | | Se utilizan equipos de protección personal acorde a la actividad que realiza | | C | NC | | C | NC | | | | | |
| | | Si | No | C | NC | C | NC | C | NC | | | | | | C | NC | | | |
| Admisión (condición) | Recepción, Información y Estadística | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Consulta Externa (requerido) | Sala de espera general | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Baños/baterías sanitarias | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Consultorio de Odontología (Lavamanos) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Área de procedimientos (condición) | Procedimientos mínimos ambulatorios | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ▲ Curaciones, suturas, retiro de puntos | | | NA | NA | NA | NA | NA | NA | NA | NA | | | | | | | | |
| | Área de lavado (fregadero), desinfección, esterilización de instrumental | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Almacenamiento de dispositivos odontológicos e insumos. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Almacenamiento de materiales e insumos de limpieza (condición) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Área de limpieza (requerido) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Área diferenciada para el almacenamiento final de desechos, debe estar señalizada, con acceso restringido, puede ser un armario o un mueble, de uso exclusivo, de material lavable, y que debe permanecer cerrado con llave. Gestión Interna de Residuos y Desechos (AIM 323; AM 00036-2019) (requerido) | Comunes | | | | | | | | | NA | NA | | | | | | | | |
| | Aprovechables - reciclables | | | | | | | | | NA | NA | | | | | | | | |
| | Sanitarios (biológicos - infecciosos, cortopunzantes), | | | | | | | | | NA | NA | | | | | | | | |

| ESTRUCTURA GENERAL (ANEXO EG_01) E INSTALACIONES GENERALES (ANEXO IG_01) | | | | SI | NO | OBSERVACIONES | Reinspección | | |
|--|---|---|--|---|----|---------------------|----------------------|----|--|
| | | | | | | | C | NC | |
| Rótulo que señale la tipología del establecimiento de salud y la Razón Social, y/o nombre comercial | | | | | | | | | |
| Cumplimiento del ANEXO (EG_01) | | | | | | | | | |
| Cumplimiento del ANEXO (IG_01) | | | | | | | | | |
| EQUIPAMIENTO BIOMÉDICO (ANEXO EQ-01) | | | | SI | NO | OBSERVACIONES | Reinspección | | |
| | | | | | | | C | NC | |
| Cumplimiento del ANEXO (EQ_01) | | | | | | | | | |
| Carpeta con cronograma y/o planificación del mantenimiento preventivo anual del equipamiento biomédico | | | | | | | | | |
| Carpeta con registro de mantenimiento preventivo de equipamiento Biomédico - hojas de servicio y contratos o facturas de servicios, en caso de equipamiento nuevo solo presentar garantías | | | | | | | | | |
| Carpeta con registro de mantenimientos correctivos de equipamiento Biomédico - Hojas de servicio y/o informes técnicos (en caso de existir mantenimientos correctivos) | | | | | | | | | |
| TALENTO HUMANO | | | | SI | NO | OBSERVACIONES | Reinspección | | |
| | | | | | | | C | NC | |
| Título del profesional de la salud que brinda la atención, registrado en la ACESS (MSP anterior a diciembre de 2014) | | | | | | | | | |
| Documento que acredite la designación del responsable técnico del establecimiento (Requerido en consultorios compartidos con otros profesionales). Se verificará durante la inspección, en consultorios compartidos. | | | | | | | | | |
| Profesionales de la salud que comparten el consultorio general | | | | Nombres y apellidos del profesional de la salud y número de cédula: | | Título profesional: | Horario de atención: | | |
| | | | | Nombres y apellidos del profesional de la salud y número de cédula: | | Título profesional: | Horario de atención: | | |
| | | | | Nombres y apellidos del profesional de la salud y número de cédula: | | Título profesional: | Horario de atención: | | |
| VERIFICACIÓN DOCUMENTAL ACORDE A NORMATIVA VIGENTE | | | | SI | NO | OBSERVACIONES | Reinspección | | |
| | | | | | | | C | NC | |
| Bioseguridad | Protocolo de limpieza y desinfección de las áreas | | | | | | | | |
| | Registro de limpieza y desinfección de las áreas | | | | | | | | |
| | Protocolo de limpieza y desinfección de los equipos y mobiliario | | | | | | | | |
| | Registro de limpieza y desinfección de los equipos mobiliarios | | | | | | | | |
| | Programa para el control de plagas suscrito por el responsable técnico del establecimiento de salud. (ANEXO IG 01) (En el caso de consultorios ubicados dentro de edificios, será válido el programa, o método, que aplique la administración del mismo) | Ejecuta: servicio externo (Permiso de funcionamiento ARCSA) / establecimiento de salud. (Nombre de establecimiento que presta el servicio, o en su defecto si lo realiza el mismo establecimiento de salud) | | | | | | | |
| | | Periodicidad (Registro donde conste la frecuencia de ejecución de control de plagas). | | | | | | | |
| | Métodos que aplica | Físico | | | | | | | |
| | | Químico | | | | | | | |
| Gestión Interna de residuos y desechos (A.I.M 323) (Manual AM. 36-2019) | Matriz de evaluación de la gestión interna de residuos y desechos firmada por el responsable de la gestión o quien haga sus veces (último semestre Anexo 10 (A)). (La verificación de cada ítem del Anexo 10 se realizará durante la inspección del establecimiento de salud) | | | | | | | | |
| | Documento que evidencie la entrega de desechos sanitarios generados (manifiesto único/contrato/certificado/cadena de custodia /guía/factura entre otros) (Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal o Gestor ambiental calificado). | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|---|----------------------|----|---------------|--------------------------|-------|------------------------|----|----|--|--|--|
| Cartera de servicios del establecimiento de salud firmada por el responsable técnico | SI | NO | OBSERVACIONES | Reinspección | | | | | | | |
| | | | | C | NC | | | | | | |
| Descripción de la cartera de servicios: | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| INSPECCIÓN, OBSERVACIONES ADICIONALES: | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;">ESTABLECIMIENTO CUMPLE</td> <td style="padding: 2px; text-align: center;">SI</td> <td style="padding: 2px; text-align: center;">NO</td> </tr> <tr> <td style="height: 15px;"></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> | | | | | | ESTABLECIMIENTO CUMPLE | SI | NO | | | |
| ESTABLECIMIENTO CUMPLE | SI | NO | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| RESPONSABLE(S) DE LA INSPECCIÓN | | | | | | | | | | | |
| CÉDULA DE CIUDADANIA | NOMBRES Y APELLIDOS | | | CARGO | FIRMA | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| ESTABLECIMIENTO INSPECCIONADO: | | | | | | | | | | | |
| RECIBÍ COPIA DE ESTE FORMULARIO | CÉDULA DE CIUDADANIA | | | CARGO EN ESTABLECIMIENTO | FIRMA | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| REINSPECCIÓN, OBSERVACIONES ADICIONALES: | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;">ESTABLECIMIENTO CUMPLE</td> <td style="padding: 2px; text-align: center;">SI</td> <td style="padding: 2px; text-align: center;">NO</td> </tr> <tr> <td style="height: 15px;"></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> | | | | | | ESTABLECIMIENTO CUMPLE | SI | NO | | | |
| ESTABLECIMIENTO CUMPLE | SI | NO | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| RESPONSABLE (S) DE LA REINSPECCIÓN | | | | | | | | | | | |
| CÉDULA DE CIUDADANIA | NOMBRES Y APELLIDOS | | | CARGO | FIRMA | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| ESTABLECIMIENTO REINSPECCIONADO: | | | | | | | | | | | |
| RECIBÍ COPIA DE ESTE FORMULARIO | CÉDULA DE CIUDADANIA | | | CARGO EN ESTABLECIMIENTO | FIRMA | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |