

FORMULARIO DE INSPECCION
ESTABLECIMIENTOS DE SERVICIOS DE SALUD
III NIVEL DE ATENCION AMBULATORIO
CENTRO ESPECIALIZADO DE OFTALMOLOGÍA

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
		NÚMERO DE RUC:
NOMBRE DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL:		FECHA DE INSPECCIÓN:
NOMBRE DEL RESPONSABLE TÉCNICO:		FECHA DE REINSPECCIÓN:
ACTIVIDAD/ES:		ACTIVIDAD/DES CORRESPONDEN AL TIPO DE ESTAB.: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
DIRECCIÓN: <small>Calles (Principal y secundaria) y N°</small>		ZONA: DISTRITO:
		PROVINCIA: CIUDAD:
TRÁMITE:	Permiso de Funcionamiento por primera vez: <input type="checkbox"/>	CANTÓN:
	Renovación de Permiso de Funcionamiento <input type="checkbox"/>	TELÉFONO:
	Modificaciones o ampliaciones <input type="checkbox"/>	

MARCAR CON UN VISTO SEGÚN CORRESPONDA

INFRAESTRUCTURA			EQUIPAMIENTO								OBSERVACIONES	
AMBIENTES			Equipo Médico		Mobiliario Médico		Equipo General		Mobiliario General			
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No		
Dirección y Administración					N/A	N/A						
Admisión	Recepción, información y Estadística				N/A	N/A						
	Sala de espera general				N/A	N/A						
	Baño/ Bateria Sanitaria				N/A	N/A	N/A					
Consulta Externa	Consultorios oftalmológicos (con lavado)											
Cirugía ambulatoria	Vestidor y Baño				N/A	N/A	N/A					
	Zona de lavado quirúrgico				N/A	N/A	N/A					
	Quirófano						N/A					
	Recuperación						N/A					
	Estación de enfermería,						N/A					
	Lecería, Limpio, Usado				N/A	N/A	N/A					
	Cuarto/Area de limpieza				N/A	N/A	N/A					
Servicios de apoyo de diagnóstico	Esterilización				N/A	N/A						
	Diagnóstico(exámenes especiales)						N/A					
Servicios de apoyo (condición)	Farmacia interna o institucional				N/A	N/A						
Servicios generales	Bodega				N/A	N/A						
	Limpieza				N/A	N/A	N/A					
	Almacenamiento final de desechos				N/A	N/A	N/A					

CONDICIONES GENERALES DEL ESTABLECIMIENTO

Estructura General	Si	No	Observaciones
Pisos:De fácil limpieza y mantenimiento, sin barreras arquitectó			
Paredes: De fácil limpieza y mantenimiento, preferentemente con acabado liso y pintura lavable de colores claros. Con protecciones anti - choque (topacamillas y esquineros) en			
Cielo Raso/Cielo Falso: Fijos/desmontables de fácil limpieza y mantenimiento y de color claro.			
Puertas y Ventanas: :De fácil limpieza y mantenimiento. 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 adecuados			
Baños/Baterías sanitarias			
Iluminación natural o artificial			
Ventilación natural o artificial			

Lavamanos en cada área de consulta médica			
Abastecimiento de agua potable o segura			
Sistema de desagüe			
Red de tomacorrientes			
Sistema de computo en red/internet			
Cisterna/almacenamiento de agua			
Central de Gases medicinales			
Sistema de provisión de energía eléctrica de emergencia (generador)			
NORMAS DE BIOSEGURIDAD	SI	No	Observaciones
Equipos de Protección			
VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS	Sí	No	Observaciones
Títulos de los profesionales de la salud registrados en el MSP			

ESTABLECIMIENTO CUMPLE	Si	No
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

OBSERVACIONES:
