Ministerio de Salud Pública

FORMULARIO DE INSPECCION

ESTABLECIMIENTOS DE SERVICIOS DE SALUD

III NIVEL DE ATENCION AMBULATORIO

CENTRO ESPECIALIZADO DE ……..

Informe N°:

ENTIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD:	**PÚBLICO** ☐ **PRIVADO** ☐	**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** ☐ **NO** ☐
DIRECCIÓN:		**ZONA:**	**DISTRITO:**
Calles (Principal y secundaria) y N°		**PROVINCIA:**	**CIUDAD:**
TRÁMITE:	Permiso de Funcionamiento por primera vez: ☐	**CANTÓN:**	
	Renovación de Permiso de Funcionamiento ☐	**TELÉFONO:**	
	Modificaciones o ampliaciones ☐		

MARCAR CON UN VISTO SEGÚN CORRESPONDA

INFRAESTRUCTURA				**EQUIPAMIENTO**								**OBSERVACIONES**
AMBIENTES				Equipo Médico		Mobiliario Medico		Equipo General		Mobiliario General		
		Si	**No**	**Si**	**No**	**Si**	**No**	**Si**	**No**	**Si**	**No**	
Dirección y Administración				N/A		N/A						
Admisión	Recepción e información			N/A		N/A						
	Sala de espera general			N/A		N/A						
	Baño/ Batería Sanitaria			N/A		N/A		N/A				
Consulta Externa	Consultorio/os (con lavabo)											
	Gabinetes (Específico acorde a las especialidades que disponga)											
Internación-condición	Sala/Habitación con baño			N/A		N/A						
	Estación de enfermería					N/A						
	Lencería, Limpio y Usado			N/A		N/A		N/A				
Procedimientos (condición), será requerido si el establecimiento realiza intervenciones quirúrgicas.	Quirófano, lavabo quirúrgico							N/A				
	Recuperación (con coche de paro)							N/A				
	Habitación individual o múltiples con baño							N/A				
	Estación de enfermería,					N/A						
	Lecería: Limpio, Usado			N/A		N/A		N/A				
	Cuarto/Area de limpieza					N/A						
	Esterilización (Se demostrará la diferenciaciíon del área sucia de la limpia)			N/A		N/A						
Laboratorio Clínico (condición)	Recepción y entrega			N/A		N/A						
	Toma de Muestras							N/A				
	Preanálisis					N/A						
	Análisis: Hematología, Química Clínica, Uroanálisis, Coproanálisis, Microbiología de Baja Complejidad (condición)					N/A						
	Almacenamiento de componentes sanguíneos.(condición)					N/A		N/A		N/A		
	Inmuno hematología (condición)					N/A						
	Lavado, desinfección, y ;esterilización-(condición)			N/A		N/A		N/A				
	Almacenamiento intermedio/ Temporal de desechos (condición)			N/A		N/A		N/A				
Alimentación y nutrición (condición)	Comedor			N/A				N/A				
	Cocina			N/A		N/A						
	Bodega/almacenamiento diferenciadas (perecibles, no perecibles y congelados)			N/A		N/A						
Servicios generales	Bodega/Almacenamiento general			N/A		N/A						
	Limpieza			N/A		N/A		N/A				
	Lavandería (condición)			N/A		N/A						
	Almacenamiento final de desechos			N/A		N/A		N/A				

Estructura General	Si	No	Observaciones
Pisos:De fácil limpieza y mantenimiento, sin barreras arquitectónicas			
Paredes: De fácil limpieza y mantenimiento, preferentemente con acabado liso y pintura lavable de colores claros. Con protecciones anti-choque(topacamillas y esquineros) en áreas por donde circulen camillas			
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 desague			
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

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

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

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: