

FORMULARIO DE INSPECCIÓN
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD
III NIVEL DE ATENCIÓN HOSPITALARIO
HOSPITAL ESPECIALIZADO GINECO-OBSTETRA

Informe N°:

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

AMBIENTES		MARCAR CON UN VISTO SEGÚN CORRESPONDA																												OBSERVACIONES		
		¿Se dispone de las áreas?	EQUIPAMIENTO								CONDICIONES DE LA INFRAESTRUCTURA								CONDICIONES HIGIENICO SANITARIAS - BIOSEGURIDAD													
			Equipo Médico		Mobiliario Médico		Equipo General		Mobiliario General		Pisos: lisos, antideslizantes de fácil limpieza, en buen estado de conservación		Paredes: acabado liso de fácil limpieza, pintura lavable, colores claros, en buen estado de conservación		Cielo raso/cielo falso: tipos/desmontables de fácil limpieza de colores claros, en buen estado de conservación		Puertas y ventanas: con superficies lisas de fácil limpieza, en buen estado de conservación		Se evidencian condiciones de orden, limpieza y desinfección en las áreas.		Existen registros de la limpieza y desinfección del área		Se evidencian condiciones de limpieza y desinfección en equipos y mobiliario		Existen registros de la limpieza y desinfección de los equipos y mobiliario		Se dispone de implementos de aseo personal en lavabos, baños/baterías sanitarias según aplique.		Se utilizan los equipos de protección personal requeridos de acuerdo a la actividad que realiza		Cuenta con recipientes rotulados y diferenciados para acopio de desechos de acuerdo al reglamento 5186	
SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	C= CUMPLE NC= NO CUMPLE
Administración Técnica				N/A		N/A																										
Admisión	Recepción, Información y Estadística			N/A		N/A																										
	Sala de espera general			N/A		N/A																										
	Baños/baterías sanitarias con implementos de aseo necesarios			N/A		N/A																										

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

Manejo de desechos	Cuenta con un área para almacenamiento final de desechos?			
	¿Cuenta con registros de entrega de desechos peligrosos?			
	¿Cuenta con un contrato con un gestor autorizado por la Autoridad Ambiental Nacional?			
Almacenamiento Final diferenciado de desechos	Desechos no peligrosos			
	Desechos peligrosos, diferenciado			

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			
Zona de descanso para profesionales de la salud			
Iluminación natural o artificial			
Ventilación natural o artificial			
Lavabo en cada área de consulta médica			
Eléctricas			
Sistema de cómputo en red			
Abastecimiento de agua potable o segura			
Instalaciones especiales tratamiento de agua (Diálisis) (condición)			
Cisterna			
Desague de aguas lluvias / aguas residuales			
Gases medicinales			
Generador eléctrico en funcionamiento			
Suministro de vapor (caldero)			
VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS	SI	No	Observaciones
Títulos de los profesionales de la salud registrados en el MSP			
Procedimiento de limpieza y desinfección de las áreas			
Procedimiento de limpieza y desinfección de los equipos y mobiliario			
Programa de mantenimiento de equipos			
Programa de mantenimiento de las instalaciones generales de suministro de servicios : agua potable o segura, aire (ventilación), gases medicinales, vapor, etc.			

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				

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: