

FORMULARIO DE INSPECCIÓN
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD
III NIVEL DE ATENCIÓN HOSPITALARIO
HOSPITAL ESPECIALIZADO PEDIÁTRICO

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: fijos/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]

[illegible]

[illegible]

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			
RECIBE COPIA DEL INFORME	NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	NÚMERO DE CÉDULA

OBSERVACIONES: