

FORMULARIO DE INSPECCIÓN
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD
III NIVEL DE ATENCIÓN HOSPITALARIO
HOSPITAL ESPECIALIZADO EN SALUD MENTAL/PSIQUIÁTRICO

Informe N°:

ENTIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD:		PÚBLICO <input type="checkbox"/>	CÓDIGO :
		PRIVADO <input type="checkbox"/>	
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:	
ACTIVIDADES:		ACTIVIDAD/DES CORRESPONDEN AL TIPO DE ESTAB.:	
DIRECCIÓN:		ZONA:	DISTRITO:
<small>Calles (Principal y secundaria) y N°</small>		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"/>	

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	
SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	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																									
	Consultorios de especialidades o subespecialidades clínicas y/o quirúrgicas, con lavabo: neurología.																														

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

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

OBSERVACIONES:
