

FORMULARIO DE INSPECCIÓN
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD
III NIVEL DE ATENCIÓN HOSPITALAR
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES

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:		
Calle (Principal y secundaria) y N°		PROVINCIA:		
TRÁMITE:		CANTÓN:		
Permiso de Funcionamiento por primera vez:		☐		
Renovación de Permiso de Funcionamiento		☐		
Modificaciones o ampliaciones		☐		
		TELÉFONO:		

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	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																										
	Consultorios de especialidades o subespecialidades clínicas y/o quirúrgicas, con lavabo.													1																		

[illegible]

[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				
Ventilación natural o artificial				
Iluminación natural o artificial				
Lavabo en cada área de consulta médica				
Eléctricas				
Sistema de cómputo en red				
Abastecimiento de agua potable o segura				
Desagüe de aguas lluvias/ aguas residuales				
Generador eléctrico en funcionamiento				
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			

NOTIFICACIÓN ESTABLECIMIENTO INSPECCIONADO				
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: