

FORMULARIO DE INSPECCIÓN
ESTABLECIMIENTOS DE SERVICIOS DE SALUD
SERVICIOS DE APOYO
RADIOLOGÍA E IMAGEN DE BAJA COMPLEJIDAD

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:
Calle (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 Médico		Equipo General		Mobiliario General		
		Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	
Administración				N/A		N/A						
Admisión	Recepción, información y estadística			N/A		N/A						
	Sala de espera general			N/A		N/A		N/A				
	Baños/Batería Sanitaria			N/A		N/A						
Imagenología (Protección de Plomo en paredes y puertas)	Rayos X para Diagnostico Médico					N/A						
	Ecografía convencional											
	Rayos X Panoramica dental (condición)					N/A						
	Rayos X dental apical (condición)					N/A						
Bodega General				N/A		N/A						
Vestidores diferenciados				N/A		N/A						
Limpieza	Bodega de materiales			N/A		N/A						
Almacenamiento final de desechos				N/A		N/A		N/A				

CONDICIONES GENERALES DEL ESTABLECIMIENTO

Estructura General	Si	No	Observaciones
Pisos: Lisos, antideslizantes de fácil limpieza, sin barreras arquitectónicas			
Paredes: Acabado liso de fácil limpieza, pintura lavable colores claros			
Cielo Raso/Cielo Falso: Fijos/desmontables de fácil limpieza de colores claros			
Puertas y Ventanas: Con superficies lisas de fácil limpieza. 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 internos y externos diferenciados			
Baños/Batería sanitaria			
Iluminación natural o artificial			
Ventilación natural o artificial			
Eléctricas			
Abastecimiento de agua potable o segura			
Desague de aguas lluvias / aguas residuales			
Generador eléctrico en funcionamiento			

NORMAS DE BIOSEGURIDAD	SI	No	Observaciones
Equipos de Protección			
VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS	Sí	No	Observaciones
Licencia de MEER			
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: