

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

Informe N°:

ENTIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD: PÚBLICO ☐		PRIVADO ☐		CÓDIGO :
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL ESTABLECIMIENTO:				CLASE DE RIESGO: A
NOMBRE DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL:				NÚMERO DE RUC:
NOMBRE DEL RESPONSABLE TÉCNICO:				FECHA DE INSPECCIÓN:
ACTIVIDAD/ES:				FECHA DE REINSPECCIÓN:
				ACTIVIDAD/DES CORRESPONDEN AL TIPO DE ESTAB.: SI ☐
				NO ☐
DIRECCIÓN:				ZONA:
Calles (Principal y secundaria) y N°				DISTRITO:
TRÁMITE:				PROVINCIA:
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		Equipo 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)que cuente con alguna de las prestaciones: Resonancia magnética nuclear o angiografía e intervencionismo; • Unidades de radiología computarizada y digital para diagnóstico médico fijo y portátil y telemando digital; • Tomografía multicorte, de 16 cortes en adelante; • Mamografía digital (preferible) o digitalizada; • Intervencionismo intrahospitalario de alta complejidad (ecocardiografía de alta complejidad, drenaje de absceso hepático, biopsia de vellocidades coriales); • Ecografía especializada de tercero y cuarto nivel de complejidad (ecocardiógrafos); y, • Tomosíntesis para estudio mamario. Puede contar con una o mas las prestaciones de menor complejidad. Puede contar con una o mas las prestaciones de menor complejidad.	Rayos X para Diagnostico Médico (condición)					N/A						
	Ecografía convencional (condición)											
	Ecografía especializada											
	Rayos X dental panorámica (condición)					N/A						
	Tomografía Computarizada de 2 a 10 cortes -condición											
	Tomografía Multicorte de 16 cortes en adelante											
	Intervencionismos de alta complejidad (Biopsia PAAF punción de aguja fina, Mamaria, Prostata, Tiroides y otras; amniocentesis y punción de quistes)- condición											
	Eco Doppler, 3D y 4D											
	Mamografía digital o digitalizada					N/A						
	Radiología especial con intensificador de imagen (fluoroscopia)					N/A						
	Densitometría ósea											
	Resonancia Magnética Nuclear o angiografía e intervencionismo											
Tomosíntesis para estudio mamario												
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									
Sistema de computo en red									
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	Si	No	Observaciones						
Licencia del 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

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:				