



Ministerio  
de Salud Pública

**FORMULARIO DE INSPECCIÓN**  
**ESTABLECIMIENTOS DE SERVICIOS DE SALUD**  
**SERVICIOS DE APOYO**  
**CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DE BAJA COMPLEJIDAD**  
 Informe N°:

ENTIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD: PÚBLICO <input type="checkbox"/>		PRIVADO <input type="checkbox"/>	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:
DIRECCIÓN:			ACTIVIDAD/DES CORRESPONDEN AL TIPO DE ESTAB.: SI <input type="checkbox"/>
Calle(s) (Principal y secundaria) y N°			NO <input type="checkbox"/>
TRÁMITE:			ZONA:
Permiso de Funcionamiento por primera vez: <input type="checkbox"/>			DISTRITO:
Renovación de Permiso de Funcionamiento <input type="checkbox"/>			PROVINCIA:
Modificaciones o ampliaciones <input type="checkbox"/>			CIUDAD:
			CANTÓN:
			TELÉFONO:

**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		
Dirección y Administración					N/A	N/A						
Admisión	Recepción, información y estadística				N/A	N/A						
	Sala de espera general				N/A	N/A	N/A					
	Baterías Sanitarias/Baño				N/A	N/A						
Rehabilitación-puede contar con algunas prestaciones	Terapia Física											
	Terapia de Lenguaje											
	Terapia Ocupacional											
	Estimulación Temprana											
	Psicorehabilitación				N/A							
Servicios Generales	Psicología Clínica				N/A							
	Bodega/Almacenamiento				N/A	N/A						
	Vestidores generales (condición)				N/A	N/A	N/A					
	Cuarto/Área de Limpieza				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	Observaciones
Rótulo que señale el tipo de establecimiento y la Razón Social y/o nombre comercial			
Accesos internos y externos diferenciados			
Baño/Batería sanitaria			
Iluminación natural o artificial			
Ventilación natural o artificial			
Lavabo en cada área de consulta (cuando corresponda)			

Eléctricas			
Abastecimiento de agua potable o segura			
Desague de aguas lluvias / aguas residuales			
Generador eléctrico en funcionamiento (condición)			
<b>NORMAS DE BIOSEGURIDAD</b>	<b>SI</b>	<b>No</b>	<b>Observaciones</b>
Equipos de Protección			
<b>VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS</b>	<b>SI</b>	<b>No</b>	<b>Observaciones</b>
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**

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

OBSERVACIONES:

---



---



---



---