



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
ESTABLECIMIENTOS DE SERVICIOS DE SALUD
OPTOMETRÍA Y ÓPTICA
FORMULARIO DE INSPECCIÓN

Centros de Optometría

Informe N°:

ENTIDAD DEL SISTEMA		CODIGO:	
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL ESTABLECIMIENTO		ZONA:	
NOMBRE DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL		CLASE DE RIESGO:	
NOMBRE DEL RESPONSABLE TÉCNICO		NÚMERO DE RUC:	
TELÉFONO:		FECHA DE INSPECCIÓN:	
		FECHA DE REINSPECCIÓN:	

DIRECCIÓN	
ACTIVIDADES/ES	

TRÁMITE	<input checked="" type="checkbox"/>			
Nuevo Permiso de Funcionamiento		Establecimiento exclusivo	Si	No
Renovación de Permiso de Funcionamiento				
Modificaciones o Ampliaciones				

MARCAR CON UN VISTO SEGÚN CORRESPONDA

INFRAESTRUCTURA		EQUIPAMIENTO								OBSERVACIONES		
AMBIENTES	Si	No	Equipo Médico		Mobiliario Médico		Equipo General		Mobiliario General			
			Si	No	Si	No	Si	No	Si		No	
Administración			N/A		N/A							
Información, recepción y entrega	Sala de espera			N/A		N/A						
	Baño/Baterías Sanitarias con implementos de aseo necesarios											
Cubículos para toma de medidas y revisión de pacientes												
Almacén			N/A		N/A							
Servicios generales	Bodega			N/A		N/A						
	Limpieza			N/A		N/A						
	Almacenamiento final de desechos			N/A		N/A						

CONDICIONES GENERALES DEL ESTABLECIMIENTO

Estructura General	Si	No	Observaciones
Pisos: lisos, antideslizantes de fácil limpieza			
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.			
Instalaciones Generales del Establecimiento	SI	No	
Rótulo con la Razón Social			
Accesos internos y externos diferenciados			
Iluminación artificial o natural			
Ventilación artificial o natural			
Lavamanos en el área de consulta			
Electricas			
Abastecimiento de agua potable o segura			
Desague de aguas lluvias/ aguas sanitarias			

DOCUMENTOS	Sí	No	NORMAS DE BIOSEGURIDAD	Sí	No	Observaciones
Copia de RUC			Equipos de Protección			
Copia del/ los títulos de los profesionales de la salud registrados en el MSP						

CUMPLE	Si	No
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

OBSERVACIONES: _____
