

Formulario Guía de Inspección de Consultorios Médicos Externos

FOGICME

A- Código

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Para uso exclusivo de la DGHA

B- Nombre del Establecimiento (Escriba el nombre del Centro o Unidad)

--

C- Dirección (Calle y Número)

--

D- Barrio o Sector

--

E- Municipio

--

F- Provincia

--

G- Registro de la Oficina Nacional de la Propiedad Industrial (ONAPI)

--

H- Registro Nacional de Contribuyente (R.N.C.)

--

I- Teléfonos y Fax

--	--

J- Correo Electrónico (Obligatorio para informarle respecto a su Expediente)

--

K- Tipo de Consultorio

K.1- Clínico () **K.2-** Especializado () **K.3-** Promoción y Prevención ()

L- Localización

L.1- Interno () **L.2-** Externo ()

M- Sector del Sistema Nacional de Salud

M.1- Público () **M.2-** Privado ()

N- Marque el Sector al que pertenece el Consultorio si es Público

N.1- MSP () **N.2-** IDSS () **N.3-** FFAA () **N.4-** PN ()

O- Marque el Sector al que pertenece el Consultorio si es Privado.

O.1- Privado Lucrativo () **O.2-** ONG () **O.3-** Otros () _____

P- Horario de Servicio

P.1- 4 hrs. () **P.2-** 6 hrs. () **P.3-** 8 hrs. () **P.4-** 12 hrs. ()

Q- Fecha de Instalación

--	--	--	--	--	--	--	--

Escriba la fecha de Apertura

R- PROPIETARIO DEL CONSULTORIO

R.1	Nombre(s)	
R.2	Apellido(s)	
R.3	Cédula de Identidad y Electoral	
R.4	Dirección (Calle y Número)	
R.5	Barrio o Sector	
R.6	Municipio	
R.7	Provincia	
R.8	Teléfono(s)	
R.9	Fax(es)	
R.10	Correo Electrónico	

S- MÉDICO RESPONSABLE DE LA CONSULTA

S.1	Nombre(s)	
S.2	Apellido(s)	
S.3	Cédula de Identidad y Electoral	
S.4	Dirección (Calle y Número)	
S.5	Barrio o Sector	
S.6	Municipio	
S.7	Provincia	
S.8	Teléfono(s)	
S.9	Fax(es)	
S.10	Correo Electrónico	
S.11	Título Profesional	
S.12	Especialidad	
S.13	No. de Exequátur	
S.14	Fecha de Expedición	
S.15	Horario de Servicio	4 () 6 () 8 () 12 () 24 ()

T- PERSONAL DEL CONSULTORIO (Recursos Humanos)

T.1	Número de Médicos				Observaciones
T.2	Número de Auxiliar de Enfermería				
T.3	Número de Personal Técnico				
T.4	Número de Personal Administrativo				

1- INSTALACIONES FÍSICAS DEL CONSULTORIO Y ASPECTO DEL AMBIENTE

REQUISITOS MÍNIMOS		SI	NO	N/A	Observaciones
1.1	Sala de espera con capacidad mínima para 4- 6 personas				
1.2	Sala o cubículo de examen médico				
1.3	Área que garantice la privacidad del usuario (tanto Visual como Auditiva)				
1.4	Facilidad de acceso y entrada con señalización				
1.5	Servicios sanitarios para el personal				
1.6	Servicios sanitarios para usuarios				
1.7	Almacenamiento de insumos de trabajo				
1.8	Disponibilidad de agua potable				
1.9	Temperatura adecuada				
1.10	Buena Iluminación				
1.11	Buena Ventilación				
1.12	Área de procedimientos según especialidad (Si aplica)				
1.13	Rampa para Discapacitados				

2- CONDICIONES PARA LA SEGURIDAD DEL PERSONAL Y LOS USUARIOS DEL SERVICIO

REQUISITOS MÍNIMOS		SI	NO	N/A	Observaciones
2.1	Sistema de Salida de Emergencia				
2.2	Extintor de incendio/Fecha de expiración				
2.3	Uso de zafacones con fundas y tapas				
2.4	Recipiente para desechos punzocortantes				

3-EQUIPOS MÍNIMOS REQUERIDOS EN EL CONSULTORIO

REQUISITOS MÍNIMOS		SI	NO	N/A	Observaciones
3.1	Un escritorio con tres sillas				
3.2	Camilla en sala de examen físico				
3.3	Lavamanos en sala de examen o en sanitario anexo				
3.4	Esfigmomanómetro y Estetoscopio				
3.5	Bandeja de cura				
3.6	Vitrina de medicamentos de urgencias y de uso regular				
3.7	Lámpara Cuello de Ganso				
3.8	Balanza y Tallímetro				
3.9	Autoclave y bandeja para esterilizar instrumentos				
3.10	Insumos y materiales gastables (guantes, gasas, desinfectantes. etc.)				
3.11	Archivos para expedientes de los usuarios y registros administrativos (Físico o Digital)				
3.12	Equipos de comunicación (teléfonos, fax, etc.)				
3.13	Computadora o máquina de escribir				
3.14	Equipos específicos de acuerdo al tipo de consulta o la especialidad				

4- NORMAS MÍNIMAS DE FUNCIONAMIENTO DE LOS CONSULTORIOS

REQUISITOS MÍNIMOS		SI	NO	N/A	Observaciones
4.1	Normas Nacionales de Atención del MSP (Según Tipo de consulta)				
4.2	Manual de Procedimientos Administrativos				
4.3	Sistema de Registro para Usuarios				
4.4	Formulario de Notificación Obligatoria De Enfermedades Infectocontagiosas				
4.5	Normas de Procedimientos de Bioseguridad				

5- GESTIÓN

REQUISITOS MÍNIMOS		SI	NO	N/A	Observaciones
5.1	Constancia de que tiene acceso a un servicio de referencia y transporte rápido en caso de urgencia				
5.2	Encuesta para la medición de la satisfacción de los usuarios, al menos una vez al año				
5.3	Protocolo de Limpieza				
5.4	Planes de Desarrollo y Mejoramiento en Servicio				
5.5	Constancia de Control de Roedores e Insectos				
5.6	Buzón de Quejas y Sugerencias				
5.7	Cartera de Servicios Visibles				
5.8	Derechos Y Deberes de Usuarios Visibles				
5.9	Personal debidamente uniformado e identificado				

Con mi nombre y firma declaro que toda la información que se ha suministrado es verídica

Nombre del Director Médico

Firma del Director Médico

Nombre del Inspector/a y/o Supervisor

Firma del Inspector/a y/o Supervisor

Fecha: _____

Hora de Inspección: _____

Para uso exclusivo de la DGHA