

Formulario Guía de Inspección de Medicina Alternativa FOGIMAL

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 Centro con Internamiento

K.1- Hospital () **K.2-** Clínica () **K.3-** Centro Médico () **K.4-** Otros ()

L- Dirección de Salud

L.1- Regional _____ **L.2-** Provincial _____ **L.3-** Área _____

Para uso de la DGHA**M- Sector del Sistema Nacional de Salud**

M.1- Público () **M.2-** Privado ()

N- Sector al que pertenece si es Público

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

O- Sector al que pertenece si es Privado

O.1- Privado Lucrativo () **O.2-** Cruz Roja () **O.3-** ONG () **O.4-** Otros ()

P- Horario de Servicio

P.1- 4hrs. () **P.2-** 8 hrs. () **P.3-** 12 hrs. () **P.4-** 24 hrs. ()

Q- Fecha de Instalación

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

Escriba la fecha de Apertura

R- PROPIETARIO DEL ESTABLECIMIENTO

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- DIRECTOR MÉDICO ENCARGADO DEL ESTABLECIMIENTO

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 en horas	4 () 6 () 8 () 12 () 24 ()

T- PERSONAL TÉCNICO Y ADMINISTRATIVO DEL ESTABLECIMIENTO

REQUISITOS MÍNIMOS				Observaciones
T.1	Número de Médicos			
T.2	Número de Profesionales con Postgrado			
T.3	Personal técnico			
T.4	Número de Personal Administrativo y de Apoyo			
T.5	Total de Exequátur			
T.6	Horario de Servicio en horas	4 ()	6 () 8 () 12 ()	

U- SERVICIOS OFRECIDOS

REQUISITOS MÍNIMOS				SI	NO	N/A	Observaciones
U.1	Fisioterapia						
U.2	Ortomolecular						
U.3	Medicina Cuerpo-Mente						
U.4	Terapias Bioenergéticas						
U.5	Terapias Manuales						

1- INSTALACIONES FÍSICAS E INFRAESTRUCTURA

REQUISITOS MÍNIMOS				SI	NO	N/A	Observaciones
--------------------	--	--	--	----	----	-----	---------------

1.1	Espacios adecuados para la prestación del servicio de salud				
1.2	Servicios sanitarios en buen estado, disponibles para el público y para el personal				
1.3	Rampa para Discapacitados				
ÁREA DE HIDROTERAPIA DE COLON					
1.4	Agua corriente fría y caliente permanente				
1.5	Inodoro en las inmediaciones cercanas al paciente bajo tratamiento				
1.6	Lavamanos				
1.7	Todas las superficies dentro de esta área deben de ser de material de fácil lavado				
ÁREA DE ACUPUNTURA					
1.8	Disponibilidad de agua corriente				
1.9	Lavadero para equipos				
1.10	Lavamanos				
ÁREA DE BAÑO SAUNA					
1.11	Agua potable				
1.12	Piso revestido de material antideslizante				
1.13	Buena ventilación				
ÁREA DE TERAPIA DE QUELACIÓN					
1.14	Ventilación e iluminación natural o artificial				
1.15	Disponibilidad de agua corriente				
1.16	Lavamanos				
AREA DE OZONOTERAPIA					
1.17	Ventilación e iluminación natural o artificial				
1.18	Disponibilidad de agua corriente				
1.19	Lavamanos				

2- CONSULTORIOS DE MEDICINA ALTERNATIVA

REQUISITOS MÍNIMOS		SI	NO	N/A	Observaciones
2.1	Camilla				
2.2	Lámpara cuello de ganso				
2.3	Cubeta de acero inoxidable				
2.4	Vitrina para medicamentos				
2.5	Estetoscopio				
2.6	Esfigmomanómetro				
2.7	Pie de suero				

Version 01

DGHA-F0-025

2.8	Balanza				
2.9	Bandeja con equipo de cirugía menor				

2.10	Tanque de Oxígeno			
2.11	Bomboneras para torundas			
2.12	Bomboneras para gasas			
2.13	Agujas de Acupuntura desechables			
2.14	Alcohol			
2.15	Cremas y aceites para Terapia Física			
2.16	Silla de ruedas			
2.17	Reloj de pared			

3- ÁREA DE HIDROTERAPIA DE COLON

REQUISITOS MÍNIMOS		SI	NO	N/A	Observaciones
3.1	Camilla				
3.2	Dispensadores de Jabón y otras sustancias para higienizar				
3.3	Dispensadores de papel toalla				
3.4	Medios metálicos y cerrados para disponer desechos				
3.5	Sistemas de irrigación decolonica				
3.6	Sábanas de camillas				
3.7	Sábanas pequeñas de área, lavables o desechables				

4- ÁREA DE ACUPUNTURA

REQUISITOS MÍNIMOS		SI	NO	N/A	Observaciones
4.1	Camilla con cabezal que permita la respiración en la posición decúbito-prono				
4.2	Dispensadores de jabón u otra sustancia para higienizar				
4.3	Bandeja apropiada para el material de terapia de acupuntura				
4.4	Autoclave				
4.5	Recipiente Plástico con tapa para los desechos de agujas				
4.6	Receptáculo metálico para agujas usadas				
4.7	Bandeja higiénica para colocar ventosas				
4.8	Bandeja metálica para disposición de ventosas				
4.9	Agujas y tubos guía estériles desechables				
4.10	Solución para esterilizar				
4.11	Sábanas lavables o desechables				

5- ÁREA DE BAÑO SAUNA

REQUISITOS MÍNIMOS		SI	NO	N/A	Observaciones
5.1	Equipo de baño sauna individual o colectivo				
5.2	Termómetro fuera del sauna para vigilar la temperatura				
5.3	Reloj para vigilar el tiempo del tratamiento				
5.4	Toallas y Batas				
5.5	Sandalias para los pacientes				
5.6	Bancos para sentarse dentro del sauna				

6- ÁREA DE TERAPIA DE QUELACIÓN

REQUISITOS MÍNIMOS		SI	NO	N/A	Observaciones
6.1	Camilla				
6.2	Sillón cómodo				
6.3	Pie de suero				
6.4	Medicamentos (agentes quelantes)				
6.5	Equipo estéril desechable				
6.6	Catéter I.V. periférico estéril desechable				
6.7	Jeringas estériles desechables				
6.8	Torundas de alcohol				

7- ÁREA DE OZONOTERAPIA

REQUISITOS MÍNIMOS		SI	NO	N/A	Observaciones
7.1	Camilla				
7.2	Sillón cómodo				
7.3	Pie de suero				
7.4	Cilindro de Oxígeno médico				
7.5	Generador de Ozono con medidor calibrado y certificado				
7.6	Cánula rectal y vaginal, metal o desechable				
7.7	Bolsas compatibles con el ozono				
7.8	Baño de vinil resistente				
7.9	Equipo estéril desechable				
7.10	Catéter I.V. periférico estéril desechable				
7.11	Jeringas estériles desechables				
7.12	Torundas de alcohol				

8- DOCUMENTACIÓN REQUERIDA EN LOS CENTROS CON INTERNAMIENTO

REQUISITOS MÍNIMOS		SI	NO	N/A	Observaciones

8.1	Manual de Procedimientos Administrativos y Técnicos				
8.2	Libro para el registro de pacientes				
8.3	Manuales de equipos (en español)				
8.4	Manual de Normas Internas (elaborado según complejidad del establecimiento)				
8.5	Normas de Procedimientos de Bioseguridad				
8.6	Formulario para el control de calidad de los equipos				
8.7	Formulario del MSP de notificación Obligatoria de Enfermedades Infecciosas				

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

REQUISITOS MÍNIMOS		SI	NO	N/A	Observaciones
9.1	Señalización de las Áreas				
9.2	Exponer en lugar visible la Cartera de Servicios y nombres de los profesionales a cargo				
9.3	Sistema de Salida de Emergencia				
9.4	Horario de servicio visible al público				
9.5	Extintor de incendio con fecha de expiración o sistema contra incendio				
9.6	Batas				
9.7	Zapatos cerrados				
9.8	Uso de guantes desechables				
9.9	Uso de mascarillas				
9.10	Uso de zafacones con fundas y tapas en todas las áreas				
9.11	Área de equipos de limpieza, detergentes y desinfectantes				
9.12	Área para descanso del personal de apoyo				
9.13	Limpieza de superficies y cristalería				

10- CONDICIONES DEL AMBIENTE DE TRABAJO

REQUISITOS MÍNIMOS		SI	NO	N/A	Observaciones
10.1	Fuente de energía permanente				
10.2	Buena iluminación en todas las áreas				
10.3	Ventilación en todas las áreas				
10.4	Sistema de desagüe				
10.5	Conexiones eléctricas identificadas y suficientes (110-220 voltios)				
10.6	Disponibilidad de agua potable permanente				

Version 01

DGHA-F0-025

10.7	Condiciones generales de higiene				
10.8	Archivos que permitan garantizar la confidencialidad y que permitan registrar la Historia Clínica del paciente				
10.9	Disposición sanitaria de desechos líquidos y sólidos				

11- GESTIÓN

REQUISITOS MÍNIMOS		SI	NO	N/A	Observaciones
11.1	Protocolo de Limpieza por cada área				
11.2	Plan de seguridad e higiene laboral				
11.3	Constancia de Control de roedores, Insectos y otras plagas				
11.4	Protocolo de Manejo de Desechos Infecciosos				
11.5	Personal debidamente Uniformado e Identificado				
11.6	Documentación que muestre disponibilidad de transporte de emergencia (ambulancia)				
11.7	Botiquín de Primeros Auxilios				
11.8	Medición periódica la satisfacción de los usuarios				
11.9	Exponer en lugar visible los Derechos y Deberes de los usuarios				
11.10	Buzón de Sugerencias				

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