

K- Clínica Odontológica

K.1- Clínica Odontológica ()	K.2- Universitaria ()	K.3- Temporal ()
--------------------------------------	-------------------------------	--------------------------

L- Localización

L.1- Interna ()	L.2- Externo ()
-------------------------	-------------------------

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- Marque el sector a 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 TÉCNICO 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	4 () 6 () 8 () 12 () 24 ()

T- PERSONAL MÉDICO, TÉCNICO Y ADMINISTRATIVO

REQUISITOS MÍNIMOS				Observaciones
T.1	Número de Odontólogos			
T.2	Número de Profesionales con Postgrado			
T.3	Número de Personal Administrativo			
T.4	Número de Auxiliares Dentales			
T.5	Cantidad de Número de Exequátur			
T.6	Horario de Servicio	4 () 6 () 8 () 12 ()		

1- INSTALACIONES FÍSICAS E INFRAESTRUCTURA

REQUISITOS MÍNIMOS		SI	NO	N/A	Observaciones
1.1	Área Administrativa				
1.2	Área de Recepción				
1.3	Área de Tratamiento				
1.4	Área de Rayos X con delantal plomado				
1.5	Área de Lavado y Esterilización de instrumental				
1.6	Área de baño con lavamanos				
1.7	Área de almacenamiento de Biomateriales				
1.8	Área de Almacenamiento de Material Gastable				
1.9	Área de Almacenamiento de instrumental				

2- OFERTA DE SERVICIOS EN UNA CLÍNICA ODONTOLÓGICA

REQUISITOS MÍNIMOS		SI	NO	N/A	Observaciones
2.1	Unidad Dental				
2.2	Espejo Plano				
2.3	Exploradores				
2.4	Pinza de Algodón				
2.5	Turbinas y Aditamentos				
2.6	Cavitron				
2.7	Micro motores				
2.8	Jeringas Triples				
2.9	Compresor				
2.10	Amalgamador y/o mortero y Pistilo				
2.11	Equipo de Esterilización (autoclave, estufa seca, etc.)				
2.12	Lámpara para Resina				
2.13	Estetoscopio y Esfigmomanómetro				
2.14	Botiquín de emergencia (debe tener la información sobre su contenido)				
2.15	Envase para Esterilización en Frío				

3- INSTRUMENTAL PARA DIAGNÓSTICO Y OPERATORIA

REQUISITOS MÍNIMOS		SI	NO	N/A	Observaciones	
3.1	Pinza, Espejo y Explorador					
3.2	Cubeta para Impresión					
3.3	Sondas Periodontales					
PROFILAXIS Y OPERATORIA						
3.4	Punta de Morse					
3.5	Cucharilla de Dentina					
3.6	Espátula para Cemento					
3.7	Instrumento de Obturaciones Plásticas					
3.8	Porta amalgamas					
3.9	Porta Matrices / Matriz					
3.10	Tijera de Metal					
3.11	Tabletas para Cemento					
3.12	Jacket Ant. Y Post.					
3.13	Condensador de Amalgama					
3.14	Talladores de Amalgama					
3.15	Bruñidores de Amalgama					
3.16	Elementos para Aislamiento					
3.17	Aplicador de Base (Dicalero)					
3.18	Vaso Dappen					

4- INSTRUMENTAL PARA CIRUGÍA

REQUISITOS MÍNIMOS		SI	NO	N/A	Observaciones
4.1	Mangos de Bisturí				
4.2	Portacarpule				
4.3	Hojas de Bisturí				
4.4	Legras				
4.5	Agujas para Suturas				
4.6	Pinzas Gubia				
4.7	Pinzas Quirúrgicas Separadoras				
4.8	Curetas para Hueso				
4.9	Tijeras Quirúrgicas				
4.10	Elevadores Rectos Planos de Seldin				
4.11	Elevadores Rectos Acanalados Finos				
4.12	Elevadores Rectos Acanalados Gruesos				
4.13	Elevadores Winster M y D				
4.14	Pinzas Universales Superior #150				
4.15	Pinzas Universales Inferior #151				
4.16	Pinzas para Molares Superiores Derechos # 18R				
4.17	Pinzas para Molares Superior Izquierdos # 18L				
4.18	Pinzas para Molares Inferior # 16				
4.19	Pinzas para Restos Radiculares				
4.20	Fresas Quirúrgicas				
4.21	Hilo de Sutura o Aguja con Hilo de Sutura				
4.22	Elevadores Rectos Planos de Seldin				

5- ORTODONCIA

REQUISITOS MÍNIMOS		SI	NO	N/A	Observaciones
5.1	Pinzas 139				
5.2	Pinzas 3 Picos				
5.3	Pinzas Corta Distal				
5.4	Pinzas Mosquito				
5.5	Posicionador de Brackets				
5.6	Pinzas para Bracket				
5.7	Adaptador para Bandas				
5.8	Pinzas para Remover Bandas				
5.9	Calibrador de Boley				
5.10	Negatoscopio				
5.11	Retractares Labiales				

6- BIOMATERIALES E INSUMOS

REQUISITOS MÍNIMOS		SI	NO	N/A	Observaciones
6.1	Algodón				
6.2	Agujas Desechables Cortas				
6.3	Agujas Desechables Largas				
6.4	Anestésicos con Adrenalina				
6.5	Anestésicos sin Adrenalina				
6.6	Baja Lengua				
6.7	Pasta Profiláctica				
6.8	Hilo Dental				
6.9	Copas de Goma para Profilaxis / Brochitas de Goma				
6.10	Cánulas de Eyectores de Saliva				
6.11	Tela para Amalgama				
6.12	Bandas Metálicas para Matrices				
6.13	Bandas de Celuloide para Matrices				
6.14	Cuñas de Madera				
6.15	Papel de Articular				
6.16	Tira de Lija / Discos de Lija				
6.17	Sellantes Fosas y Fisuras				
6.18	Flúor				
6.19	Cubetas para Flúor				
6.20	Resinas				
6.21	Gomas para Pulir Restauraciones				
6.22	Fresas de Turbina para Operatoria				
6.23	Hidróxido de Calcio Autopolimerizable				
6.24	Hidróxido de Calcio Puro				
6.25	Oxido de Zinc				
6.26	Eugenol				
6.27	Barniz Cavitario				
6.28	Aleación para Amalgama				
6.29	Resinas Compuestas				
6.30	Alcohol				
6.31	Acrílico Auto Polimerizable Polvo y Líquido				
6.32	Guantes según procedimiento				
6.33	Solución Esterilizadora				
6.34	Embase para esterilización en Frío				
6.35	Jabón de Cuba				
6.36	Aceite para Turbina				
6.37	Set de Reparación y Primeros Auxilios				
6.38	Formularios de Informe Diario				
6.39	Materiales RX (Caja Reveladora, Líquido Revelador y Fijador, Placas, Delantal)				

6.40	Barreras Físicas (Mascarillas, Lentes, Baberos, Uniformes, Aislantes, etc.)				
6.41	Jabón Desinfectante para Instrumentos				
6.42	Recipientes de Desinfección para Instrumental y Fresas				
OTROS					
6.43	Recetarios				
6.44	Sistemas de Archivos				
6.45	Materiales de Oficina				
6.46	Equipo de Oficina				

7- DOCUMENTACION REQUERIDA EN LOS SERVICIOS DE CLINICAS ODONTOLOGICAS

REQUISITOS MÍNIMOS		SI	NO	N/A	Observaciones
7.1	Manual de normas de Salud Oral				
7.2	Manual de Procedimientos Administrativos				
7.3	Sistema para el registro de Pacientes				
7.4	Manual de Equipos				
7.5	Manual de normas Internas (Elaborado según la complejidad)				
7.6	formulario para el control de Calidad de los Equipos				
7.7	Formulario del MSP de Notificacion Obligatoris de Enfermedades Infectocontagiosas				
7.8	Ficha Clinica				

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

REQUISITOS MÍNIMOS		SI	NO	N/A	Observaciones
8.1	Señalización de las Areas				
8.2	Sistema de Salida de Emergencia				
8.3	Extintor con fecha de expiracion vigente				
8.4	Batas				
8.5	Eliminacion adecuada de desechos (especificar metodo)				
8.6	Uso de guantes desechables				
8.7	Uso de mascarillas				
8.8	Uso de zafacones con funda y tapas				
8.9	Uso de detergentes y desinfectantes				
8.10	Botiquin de Emergencia				
8.11	Vacunacion del personal contra enfermedades				
8.12	Procedimiento en caso de accidentes de trabajo				
8.13	Limpieza de Superficies y Cristaleria				

9- CONDICIONES DEL AMBIENTE DE TRABAJO

REQUISITOS MÍNIMOS		SI	NO	N/A	Observaciones
9.1	Ambiente aclimatado entre 15 y 25 ° C				
9.2	Fuente de Energia Permanente				
9.3	Iluminacion				
9.4	Ventilacion				
9.5	Mesa de Trabajo (especificar material)				
9.6	Asientos de Trabajo				
9.7	Area de Almacenamiento				
9.8	Sistema de Desague Adecuado				
9.9	Conexiones electricas Identificadas y Suficientes				
9.10	Disponibilidad de Agua Potable (Especificar Tratamiento de Agua)				

10- GESTION

REQUISITOS MÍNIMOS		SI	NO	N/A	Observaciones
10.1	Disponibilidad de acceso a un servicio de referencia y transporte rapido de los usuarios en caso de urgencias				
10.2	Protocolo de Limpieza				
10.3	constancia de Contrtl de roedores e Insetos				
10.4	Buzon de Quejas y Sugerencias				
10.5	Cartera de Servicios Visibles				
10.6	Deberes y Derechos de los Usuarios Visibles				
10.7	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