

K- De Laboratorios Dentales

K.1- Lab. Técnico Odontológico () **K.2-** Lab. Ortodóntico ()

K.3- Lab. Metal-Cerámico () **K.4-** Prótesis Removible ()

L-Localización

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

M- Dirección de Salud

M.1- Regional _____ **M.2-** Provincia _____ **M.3-** Área _____

N- Sector del Sistema Nacional de Salud

N.1- MSP () **N.2-** IDSS () **N.3-** FFAA () **N.4-** PN () **N.5-** Privado () **N.6-** Otros ()

O- Horario de Servicio

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

P- Fecha de Instalación

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

Escriba la fecha de Apertura

Q- PROPIETARIO DEL ESTABLECIMIENTO

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

R- DIRECTOR MÉDICO 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	
R.11	Título Profesional	
R.12	Especialidad	
R.13	No. de Exequátur	
R.14	Fecha de Expedición	
R.15	Horario de Servicio	4 () 6 () 8 () 12 () 24 ()

S- PERSONAL MÉDICO Y ADMINISTRATIVO DEL ESTABLECIMIENTO

REQUISITOS MÍNIMOS				Observaciones
S.1	Número de Odontólogos			
S.2	Número de Tecnólogos Dentales			
S.3	Número de Profesionales con Post-Grado			
S.4	Número del Personal Administrativo y de Apoyo			
S.5	Número de Auxiliares Dentales			
S.6	Cantidad de Número de Exequátur			
S.7	Horario de Servicio		4 () 6 () 8 ()	

1- INSTALACIONES FÍSICAS

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 Esterilización de Instrumental					
1.5	Baños con Lavamanos					
1.6	Áreas de Lavado de Instrumentos					
1.7	Almacenamiento de Biomateriales					
1.8	Almacenamiento de Material Gastable					
1.9	Almacenamiento de Instrumental					

2- EQUIPOS REQUERIDOS PARA LA OFERTA DE SERVICIOS DE LOS LABORATORIOS TÉCNICOS ODONTOLÓGICOS (METAL-CERÁMICA)

REQUISITOS MÍNIMOS		SI	NO	N/A	Observaciones
2.1	Horno para Porcelana				
2.2	Horno para calentar Anillo colado				
2.3	Vibrador				
2.4	Mezcladora de Yeso al Vacío				
2.5	Piezas de Mano de Alta y Baja Velocidad				
2.6	Centrífuga				
2.7	Arenador				
2.8	Compresor				
2.9	Mechero				
2.10	Calentador de Cera				
2.11	Estufa				
2.12	Tanque de Oxígeno				
2.13	Tanque de Gas Propano				
2.14	Motor para Pulido				
2.15	Diseñador o Paralelómetro				
2.16	Extractores (Metálicos, Cerámica, Yeso)				
2.17	Mesa de Trabajo				

INSTRUMENTAL

2.18	Gafas					
2.19	Gafas para protección de colado					
2.20	Tableta de Cristal					
2.21	Espátula para mezclar cemento					
2.22	Talladores					
2.23	Articuladores					
2.24	Anillo de acero para colado					
2.25	Dappen Dish					
2.26	Pincel					
2.27	Fresas					
2.28	Talladores de Cera					
2.29	Espátula para Yeso					
2.30	Calibrador					
2.31	Segueta para cortar Modelo					
MATERIALES						
2.32	Guantes					
2.33	Guantes de Seguridad					
2.34	Cera					
2.35	Yeso					
2.36	Dawel-pin					

2.37	Esmalte endurecedor de Yeso				
2.38	Esmalte Esparciador				
2.39	Lubricador para Troqueles				
2.40	Yeso para Revestir				
2.41	Aleaciones Metálicas para Revestir				
2.42	Bajantes (plásticas y para cuerpo)				
2.43	Cerámica (Opaca y para Cuerpo)				
2.44	Tiras de Papel para Anillo de Colado				
2.45	Arena de Óxido de Aluminio (para acondicionar metales)				

3- EQUIPOS MÍNIMOS REQUERIDOS PARA LA OFERTA DE SERVICIO EN UN LABORATORIO TÉCNICO ODONTOLÓGICO (PROTESIS REMOVIBLE)

REQUISITOS MÍNIMOS		SI	NO	N/A	Observaciones
3.1	Mesa de Trabajo				
3.2	Horno para calentar anillo colado				
3.3	Vibrador				
3.4	Mezcladora de Yeso al Vacío				
3.5	Piezas de mano de alta y baja velocidad				
3.6	Centrífuga				
3.7	Arenador				
3.8	Compresor de Aire				
3.9	Mechero				
3.10	Calentador de Cera				
3.11	Estufa				
3.12	Tanque de Oxígeno				
3.13	Tanque de Gas Propano				
3.14	Motor para Pulido				
3.15	Diseñador o paralelómetro				
3.16	Extractores (Metálicos, Cerámica, yeso)				
3.17	Mesa de trabajo				
INSTRUMENTAL					
3.18	Gafas				
3.19	Gafas para Protección de Colado				
3.20	Tableta de Cristal				
3.21	Espátula para mezclar Cemento				
3.22	Talladores				
3.23	Articuladores				
3.24	Anillo de Acero para Colado				
3.25	Dappen Dish				
3.26	Pincel				
3.27	Fresas				
3.28	Talladores de Cera				
3.29	Espátula para yeso				
3.30	Calibrador				
3.31	Segueta para cortar Modelo				

MATERIALES

3.32	Guantes				
3.33	Guantes de Seguridad				
3.34	Cera				
3.35	Yeso				
3.36	Dawel-pin				
3.37	Esmalte Endurecedor de Yeso				
3.38	Esmalte Esparciador				
3.39	Lubricador para Troqueles				
3.40	Yeso para Revestir				
3.41	Bajantes (Plásticas y para Cuerpo)				

4- EQUIPOS REQUERIDOS PARA LA OFERTA DE LABORATORIOS TÉCNICOS ODONTOLÓGICOS (Ortodónticos)

REQUISITOS MÍNIMOS		SI	NO	N/A	Observaciones
4.1	Vibrador				
4.2	Recortadora de Modelo				
4.3	Pieza de Mano Alta y Baja Velocidad				
4.4	Torno para pulir				
4.5	Compresor de aire				
4.6	Estufa				
4.7	Mechero				
4.8	Calentador				
4.9	Extractor de Polvo				
4.10	Mesa de Trabajo				
INSTRUMENTAL					
4.11	Muflas				
4.12	Prensas Articuladores				
4.13	Dappen Dish				
4.14	Pincel				
4.15	Fresas (Metal, Acrílico, Yeso)				
4.16	Mandil				
4.17	Espátula				
4.18	Recipiente curado de acrílico				
4.19	Brochas (acrílico)				
4.20	Ruedas				
4.21	Disco Carburado				
4.22	Derretidor de cera				
4.23	Segueta para cortar modelo				
4.24	Teléfonos				

MATERIALES

4.25	Guantes Desechables				
4.26	Mascarillas				
4.27	Yeso				
4.28	Cera				
4.29	Alambre (Diferentes Tipos)				
4.30	Acrílicos (Diferentes tipos)				
4.31	Dientes				
4.32	Coronas metálicas				
4.33	Bancas Ortodónticos				

5- DOCUMENTACIÓN REQUERIDA EN LAS CLÍNICAS ODONTOLÓGICAS Y LABORATORIOS TÉCNICOS ODONTOLÓGICOS (Metal Cerámica, Protésis Removible y Ortodónticos)

REQUISITOS MÍNIMOS		SI	NO	N/A	Observaciones
5.1	Manual de Normas de Salud Oral				
5.2	Manual de Procedimientos Administrativos				
5.3	Libro para el Registro de Pacientes				
5.4	Manual de Equipos				
5.5	Manual de Normas Internas (Elaborado según la complejidad)				
5.6	Normas de Procedimientos de Bioseguridad				
5.7	Formulario para Reporte de Resultados				
5.8	Formulario para el Control de Calidad de los Equipos				
5.9	Formulario del MSP de Notificación Obligatoria de Enfermedades Infecto-Contagiosas				
5.10	Fichas Clínicas				

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

REQUISITOS MÍNIMOS		SI	NO	N/A	Observaciones
6.1	Señalización de las Áreas				
6.2	Sistema de Salida de Emergencia				
6.3	Extintor con Fecha de Expiración				
6.4	Batas				
6.5	Botiquín de Primeros Auxilios				
6.6	Eliminación Adecuada de Desechos (Especificar método)				
6.7	Uso de Guantes Desechables				
6.8	Uso de Mascarillas				
6.9	Uso de Zafacones con Fundas y Tapas				
6.10	Uso de Detergentes y Desinfectantes Biodegradables				
6.11	Vacunación del Personal contra Enfermedades Inmunoprevenibles				
6.12	Procedimientos en caso de Accidentes de Trabajo				
6.13	Cumplen las Medidas de Seguridad para Sustancias Tóxicas o Químicas de Alto Riesgo				
6.14	Limpieza de superficies y cristalería				

7- CONDICIONES DEL AMBIENTE DE TRABAJO

REQUISITOS MÍNIMOS		SI	NO	N/A	Observaciones
7.1	Ambiente Aclimatado entre 15° y 25 °C				
7.2	Fuente de Energía Permanente				
7.3	Iluminación				
7.4	Ventilación				
7.5	Mesa de trabajo Especificar Material				
7.6	Asientos de trabajo				
7.7	Área de Almacenamiento				
7.8	Sistema de Desagüe Adecuado				
7.9	Conexiones Eléctricas Identificadas y Suficientes				
7.10	Disponibilidad de Agua *				

*Especificar Tratamiento de Agua

8- GESTIÓN

REQUISITOS MÍNIMOS		SI	NO	N/A	Observaciones
8.1	Documentación que confirme si tiene Acceso a un Servicio de Referencia y Transporte Rápido de Donantes en caso de Urgencia				
8.2	Protocolo de Limpieza				
8.3	Planes de Desarrollo y Mejoramiento				
8.4	Control de Roedores e Insectos				
8.5	Buzón de Quejas y Sugerencias				
8.6	Protocolo de Manejo de Desechos Infecciosos				
8.7	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: _____