

Formulario Guía de Inspección de Medicina Física y Rehabilitación

FOGIMFR

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 Servicio

K.1 - Consultorio de Fisiatría () **K.2**- Servicio de Medicina Física y Rehabilitación ()
K.3- Centro de Medicina Física y Rehabilitación () **K.4**- Unidad de Terapia Física ()

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 Servicio, si es Público

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

O- Marque el Sector al que pertenece el Servicio, si es Privado

O.1- Privado Lucrativo () **O.2**- ONG () **O.3**- 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	Dirección electrónica	
R.11	Nacionalidad	

S- DIRECTOR TÉCNICO

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- DATOS DEL PERSONAL TÉCNICO Y ADMINISTRATIVO

REQUISITOS MÍNIMOS				Observaciones
T.1	Número de Médicos			
T.2	Número de Personal Auxiliar			
T.3	Número de Personal Técnico			
T.4	Número de Personal Administrativo			
T.5	Cantidad de Número de Exequátur			

1- INSTALACIONES FÍSICAS

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	Sistema de Climatización de 20°C				
1.10	Iluminación General con apoyo de Iluminación localizada entre 200 y 500 luxes.				
1.11	Sistema de distribución de Energía Eléctrica debidamente empotrado con su Toma de Corriente de 110 y 220 voltios Señalizados				
1.12	Sistema de Salida de Emergencia				
1.13	Extintor contra Incendios con Fecha de Expiración				
1.14	Área de Procedimientos según Especialidad				
1.15	Área de Trabajo Social				
1.16	Área de Enfermería				
1.17	Área de Terapia Física				
1.18	Gimnasio Terapéutico				
1.19	Espacio para la aplicación de modalidades terapéuticas (Cubículos)				
1.20	Hidroterapia				
1.21	Área de Electromiografía				

*En caso de que el consultorio este ubicado dentro de un Establecimiento de Salud, sólo requerirá el baño de los Usuarios.

2- EQUIPOS

REQUISITOS MÍNIMOS		SI	NO	N/A	Observaciones
2.1	Un Escritorio con tres sillas				
2.2	Camilla en Sala de Examen Físico				
2.3	Lavamanos en Sala de Examen o en Sanitario Anexo				
2.4	Esfigmomanómetro				
2.5	Estetoscopio				
2.6	Set de Evaluación Anular (Goniómetro)				
2.7	Set de Evaluación Motor Grueso / Fino				
2.8	Set de Evaluación de Sensibilidad y Reflejos				
2.9	Cinta de Medición				
2.10	Juego de Pesas de Diferentes Pesos				
2.11	Cinturones de Seguridad para Bipedestación o				

2.12	Camastro para Ejercicios			
2.13	Tablas Deslizantes			
2.14	Sillas de Ruedas, Bastones y Andadores			
2.15	Barras Paralelas Graduables			
2.16	Bicicleta Estacionaria con Resistencia Graduable			
2.17	Mesa de Fortalecimiento para Músculos de Miembros Inferiores			
2.18	Tanque para Compresas Calientes con Termostato			
2.19	Tens			
2.20	Compresas Calientes y Frías			
2.21	Pinzas para Compresas			
2.22	Regulador para Compresas Frías o Nevera			
2.23	Baño de Parafina con Termostato			
2.24	Escalerilla de Pared			
2.25	Rueda de Pared			
2.26	Poleas			
2.27	Rueda de Mesa			
2.28	Estimulador Eléctrico, Diferentes Tipos de Corrientes			
2.29	Vibrador			
2.30	Ultrasonido			
2.31	Equipo de Tracción (Cervical y/o Lumbar)			
2.32	Mesa de Tracción Cervical y Lumbar			
2.33	Mesa de Bipedestación			
2.34	Parapodium			
2.35	Escalera para Entrenamiento con Escalones de Altura Variable con Seguridad			
2.36	Equipo de Entrenamiento Equilibrio			
2.37	Espejo Cuerpo Completo			
2.38	Pelotas Terapéuticas de Diferentes Tamaños			
2.39	Bandas Elásticas			
2.40	Tanque de Remolino para Miembros Inferior y Superior			
2.41	Rolos y Cuñas			
2.42	Lámpara de Luz Infrarroja			
2.43	Abanicos y/o Aires Acondicionados			
2.44	Set de Goniómetros			

Version 01

DGHA-F0-028

2.45	Camilla de 72x26x31 pulgadas			
-------------	------------------------------	--	--	--

2.46	Camastro de 72x37x18 pulgadas			
2.47	Vitrina de Medicamentos de Urgencia y de Uso Regular			
2.48	Lámpara Cuello de Ganso			
2.49	Balanza y Tallímetro			
2.50	Autoclave y Bandeja para Esterilizar Instrumentos			
2.51	Insumos y Material Gastable (Guantes, Gasas,			
2.52	Archivos para Expedientes de los Usuarios y Registros Administrativos			
2.53	Equipos de Comunicación (Teléfono, Fax, Radio, etc.)			
2.54	Computadora o Máquina de Escribir			
2.55	Cubre-colchón, Almohadas, Fundas de Almohada			
2.56	Sábana o Papel Desechable			
2.57	Electromiógrafo			

3- DOCUMENTACIÓN

REQUISITOS MÍNIMOS		SI	NO	N/A	Observaciones
3.1	Manual de Procedimientos Administrativos				
3.2	Manual de Procedimientos Técnicos				
3.3	Sistema de Registro de Usuarios				
3.4	Formulario de Notificación Obligatoria de Enfermedades				
3.5	Historia Clínica de Pacientes				
3.6	Protocolo de Limpieza y Personal Capacitado en el mismo				
3.7	Formulario de Control de Calidad de los Equipos				

4- GESTIÓN

REQUISITOS MÍNIMOS		SI	NO	N/A	Observaciones
4.1	Cartera de Servicios en lugar Visible				
4.2	Derechos y Deberes de los Usuarios en lugar Visible				
4.3	Buzón de Quejas y Sugerencias				
4.4	Protocolo de Limpieza				
4.5	Planes de Desarrollo y Mejoramiento de la Calidad del				
4.6	Constancia de Control de Roedores e Insectos				
4.7	Personal debidamente Identificado y Uniformado				
4.8	Control Administrativo y Disposición Final de Desechos				

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