

K- Tipo de Servicio de Imagen

K-1 Servicio Diagnostico () K-2 unidad de Diagnostico () K-3 Centro de Diagnostico ()

L- Localización (Interno si está dentro de un centro de salud)

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

M- Sector del Sistema Nacional de Salud

M.1- Público () M.2- Privado ()

N- Marque el sector a que pertenece el Establecimiento si es Público

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

O- Marque el sector a que pertenece el Establecimiento si es privado

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

P- Horario de Servicio

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

Q- Fecha de Instalación

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

Escriba la fecha de Apertura

R- POPIETARIO 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- MEDICO RESPONSABLE DE LOS PROCEDIMIENTOS DE IMAGENES

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- RECURSOS HUMANOS DEL CENTRO DE IMAGENES

T.1	Número de Médicos				Observaciones
T.2	Numero de Médicos con Postgrado y/o especialidades en imagenología				
T.3	Numero de Personal de Enfermería				
T.4	Numero de Personal Técnico en Imágenes				
T.1	Numero del Personal Administrativo				

U- SERVICIOS DE IMAGENES OFRECIDOS

U-1. Radiología general ()	U-2. Densitometría Ósea ()	U-3. Mamografía ()
U-4. Tomografía ()	U-5. Ecocardiografía ()	U-6. Ultrasonido, Sonografía, Doppler ()
U-7. Endoscopia ()	U-8. Resonancia magnética ()	

1- INSTALACIONES FISICAS DEL ESTABLECIMIENTO DE IMAGENES

REQUISITOS MÍNIMOS		SI	NO	N/A	Observaciones
1.01	Planta física en Buenas Condiciones				
1.02	Techos sin Filtración				
1.03	Calzada Protectora				
1.04	Pisos Anticorrosivos y Antideslizantes				
1.05	Pasillos Amplios para la Circulación no < de 2.5mts				
1.06	Facilidades de Estacionamiento (1 por cada 50 Mts2 de Construcción)				
1.07	Rampas para Discapacitados (Pendiente óptima de 8%)				
1.08	Sala de Espera con bancos o sillas, con capacidad para 4-6 personas				
1.09	Conexiones Eléctricas Identificadas (Voltajes)				
1.10	Facilidad de acceso y entrada con Señalización				
1.11	Vestidores con Casilleros Individuales Usuarios				
1.12	Baños para usuarios				
1.13	Baños para personal				
1.14	Buena Iluminación				
1.15	Buena Ventilación				
1.16	Sistema de Energia de Reserva (Inversor-Planta Electrica)				
1.17	Areas de servicio deben estar alejados de Zonas Criticas (Perinatología, Obstetricia, Ginecología)				
1.18	Área de Tomografía Computarizada				
1.19	Área de Mamografía				
1.20	Área de Cuarto Oscuro (no aplica se tienen equipos digitales)				
1.21	Área de Densitometría Ósea				
1.22	Área de Radioterapia				
1.23	Área de Braquiterapia				
1.24	Área de Resonancia Magnética				
1.25	Área de Sonografía				
1.26	Área de Ecocardiografía				
1.27	Área de Endoscopia en general				
1.28	Área de Doppler, Holter o similar				
1.29	Área de Lectura de Placas y Digitación de Resultados				
1.30	Área de Preparación de Paciente				
1.31	Área de Consola de Control (Rayos X, Tomografía, Cámara Gamma, Resonancia Magnética)				
1.32	Área de Almacenamiento de Películas (no aplica si tiene equipos digitales)				

Radiología, Fluoroscopia, Tomografía, Mamografía y Resonancia Magnética		SI	NO	N/A	Observaciones
1.33	Puertas y Áreas Plomadas				
1.34	Altura del blindaje para las paredes mínimo 2.1mt.				
1.35	Empleo de ángulos o tiras de plomo adosados al interior de las juntas constructivas o remates de los muros				
1.36	Cableado en condiciones óptimas				
1.37	Control variable de luz ambiental en sala de Fluoroscopia				
1.38	Vidrio plomado en el área de la consola de control que permita la observación del paciente				
1.39	Indicador de Luz Roja en el exterior de las puertas principales de acceso				
1.40	Enjaulado de protección magnética				
1.41	Dosímetros personales				
1.42	Mandil de Plomo				
Cuarto Oscuro		SI	NO	N/A	
1.41	Sistema de extracción de Aire en el Cuarto Oscuro				
1.42	Sistema de drenaje y disposición de aguas residuales y desechos químicos				
1.43	Techo de material que no descame, sin filtraciones de luz alrededor de las ventilaciones de aire				
1.44	Puerta que garantice que no haya penetración de luz				
1.45	Muros color MATE. Buen estado de acabado y conservación				

2- ÁREA ADMINISTRATIVA/EQUIPOS

REQUISITOS MÍNIMOS		SI	NO	N/A	Observaciones
2.01	Escritorios				
2.02	Sillas (Cómodas)				
2.03	Computadoras y/o Máquina de Escribir				
2.04	Máquina de Escribir				
2.05	Fax				
2.06	Teléfonos				
2.07	Archivos o Estantes para Documentación/Expedientes				
2.08	Estantes				
2.09	Vitrina				
2.10	Sistema de Registro				

3. EQUIPOS

REQUISITOS MÍNIMOS		SI	NO	N/A	Observaciones
Radiología, Fluoroscopia, Tomografía, Mamografía y Resonancia Magnética					
3.01	Rayos X				
3.02	Mamógrafo				
3.03	Tomógrafo				
3.04	Cámara Gamma				
3.05	Ascleradores Lineales				
3.06	Resonador Magnético				
3.07	Densitómetro				
3.08	Sonógrafo				
3.09	Ecocardiografo o equipos afines				
3.10	Doppler, Holter o similar				
3.11	Camilla para estudio				
3.12	Pupitres de Control				
3.13	Equipo básico de reanimación (carro de paro) y desfibrilador)				
3.14	Electrocardiógrafo con un mínimo de 12 derivaciones				
3.15	Esfigmomanómetro y Estetoscopio				
Quimioterapia y Braquiterapia		SI	NO	N/A	Observaciones
3.16	Puertas y Áreas Plomadas (Braquiterapia)				
3.17	Calibrador de dosis, contenedores viales				
3.17	Sillón de tratamiento				
3.18	Sistema de circuito cerrado (CCTV) para monitoreo de pacientes				

Endoscopia		SI	NO	N/A	Observaciones
3.19	Endoscopio, Colonoscopia, Fibrobroncoscopio o sistema similar con unidades de inserción				
3.20	Equipos de succión (endoscopia)				
3.21	Pinzas de Biopsia y de extracción de cuerpo extraño				
3.22	Pinzas, guantes, mascarillas				
3.23	Recipientes para recolección de desechos sólidos y líquidos				
3.24	Aspirador de secreciones				
3.25	Aguja de inyección endoscópica				
3.26	Canastillas para extracción de cuerpo extraño				
3.27	cánulas				
3.28	Asas de Polipectomía				
3.29	Dilatadores Esofágicos				

4. DOCUMENTACION EN LOS CENTROS DE IMAGENES

REQUISITOS MÍNIMOS		SI	NO	N/A	Observaciones
4.01	Registro de resultados de la comprobación de los dispositivos de seguridad mínimo de dos años (para Radiología General, mamografía, tomografía)				
4.02	Registro de las Dosis Personales Y Dosímetros (para Radiología General, mamografía, tomografía)				
4.03	Registro de las Pruebas de Fuga (para Radiología General, mamografía, tomografía)				
4.04	Registro del Personal de Reciente Incorporación y Entrenamiento Anual de todo el Personal (para Radiología General, mamografía, tomografía)				
4.05	Copia de los Informes de Monitoreo Radiológico Realizados (para Radiología General, mamografía, tomografía)				
4.06	Registro de la Calibración de los equipos de Monitoreos y Comprobación Diaria				
4.07	Comprobación Diaria de Alarmas de los equipos				
4.08	Registro de Pacientes a los que le han Realizado Estudios				
4.09	Programa de Vigilancia Radiológica				

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

REQUISITOS MÍNIMOS		SI	NO	N/A	Observaciones
5.01	Señalización de las Áreas				
5.02	Sistema de salida de emergencia con ruta de evacuación señalizada				
5.03	Extintor de Incendio/ Fecha de Expiración Vigente				
5.04	Batas				
5.05	Zapatos Cerrados				
5.06	Área de Equipos de Limpieza, Detergentes y				
5.07	Uso de Guantes Desechables				
5.08	Gasas Esteriles (Empacadas)				
5.09	Uso de Zafacones con Tapas y Fundas				
5.10	Botiquín de Primeros Auxilios (Visible)				

6. GESTION

REQUISITOS MÍNIMOS		SI	NO	N/A	Observaciones
6.01	Protocolo de limpieza				
6.02	Constancia de control de insectos y roedores				
6.03	Buzón de Quejas y Sugerencias				
6.04	Cartera de Servicios Visible				
6.05	Derechos y Deberes de los Usuarios Visibles				
6.06	Personal debidamente Uniformado e Identificado				
6.07	Zapatos cerrados				

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 la inspección _____