

Formulario Guía de Inspección de Optometría

FOGIOPT

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- Centro de Óptica

K.1- Consultorio () **K.2-** Laboratorio Óptico () **K.3-** Otros ()

L- Localización

L.1- Interno () **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- Sector al que pertenece si es Privado

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

P- Servicios que se prestan en el Centro

P.1- Programas Preventivos y Promocionales de Carácter General () **P.2-** Laboratorio Óptico ()
P.3- Consulta Médica de Oftalmología () **P.4-** Establecimientos de Ópticas ()

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 / 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 DEL PERSONAL DEL ESTABLECIMIENTO (Recursos Humanos)

REQUISITOS MÍNIMOS				Observaciones
T.1	Número de Médicos			
T.2	Número de Auxiliares de Enfermería			
T.3	Número del Personal Técnico			
T.4	Número del Personal Administrativo			

Version 01

DGHA-F0-035

1-INSTALACIONES FÍSICAS E INFRAESTRUCTURA						
REQUISITOS MÍNIMOS			SI	NO	N/A	Observaciones

1.1	Planta Física en Buenas Condiciones; Pisos y Paredes de Material que Asegure su Impermeabilidad, Facilite la Limpieza y Desinfección. Techo Liso o en Plafones de PVC sin Filtraciones				
1.2	Iluminación general con apoyo de iluminación localizada con mínimo de 200 y máximo de 500 luxes				
1.3	Sistema de Climatización de 20 °C mínimo				
1.4	Sistema de Distribución de Energía, Empotrado con Tomacorrientes de 110 y 220 v, Señalizado				
1.5	Sistema de Energía alterno que garantice funcionamiento de equipos.				
1.6	Calzadas Protectoras				
1.7	Sistema de Salida de Emergencia Señalizada				
1.8	Facilidad para Estacionamiento General				
1.9	Extintor con Fecha de Expiración				
1.10	Rampa para Discapacitados, no menor de 90 cms de Ancho				
1.11	Área de Espera de 1,5 m2 por Persona (mínimo 4 - 6 Personas)				
1.12	Área Exclusiva para Almacenamiento de Utensilios de Limpieza				
1.13	Baño para Usuarios y Personal				
1.14	Suministro de Agua y Sistema de Drenaje				
1.15	Zona de Almacén y Despacho de Productos y Materias Primas Autorizados a Dispensar				
1.16	Área de Taller con Espacio para Lavado de Materiales y Esterilización (Si Aplica)				
1.17	Área de Atención al Público/Despacho				
1.18	Área de Consulta para Examen a Pacientes que Garantice la Privacidad				
1.19	Vestidor para el Personal con Casilleros				
1.20	Lavamanos de Cierre No Manual, Dotado de Jabón Bactericida y Toallas de Papel de un sólo uso				
1.21	El local destinado para realizar Servicio de Optometría contará con un Área Mínima de 6 mts ² ; ningún Lado Menor de 2 mts				

2-SEGURIDAD DEL PERSONAL Y LOS USUARIOS				
REQUISITOS MÍNIMOS	SI	NO	N/A	Observaciones

2.1	Todos los espacios tienen facilidad de Acceso para Discapacitados				
2.2	Señalización de todas las Áreas				
2.3	Sistema de Eliminación de Excretas y Aguas Residuales				
2.4	Zafacones con Tapas y Fundas con el color Rojo Correspondiente a Material Contaminante				
2.5	Zafacones con Tapas y Fundas con el color Negro Correspondiente a Material no Contaminante				
2.6	Sistema de Manejo de Desechos Sólidos y Líquidos				
2.7	Reúne los Requerimientos Establecidos por la Dirección de Salud Ambiental del MPS en el Manejo de Desechos, Roedores y Plagas				
2.8	El Establecimiento se encuentra alejado de Focos de Contaminación según Normas del MSP				

3- EQUIPOS REQUERIDOS

REQUISITOS MÍNIMOS		SI	NO	N/A	Observaciones
3.1	Lámpara de Hendidura con Filtro de Cobalto y Tonómetro				
3.2	Silla Hidráulica para Examen				
3.3	Optotipos para determinar la Agudeza Visual Lejana y Cerca, con Sistema de Iluminación				
3.4	Caja de pruebas o Foróptero				
3.5	Retinoscopio				
3.6	Equipo básico de refracción y Refractómetro				
3.7	Oftalmometría o Queratómetro				
3.8	Esfigmomanómetro con Brazaletes para Adultos y Niños				
3.9	Bandeja de Almacenamiento moldeada 35x 17x3 cm				
3.10	Lensómetro				
3.11	Caja de Pruebas de Lentes de Contactos				
3.12	Test o Pruebas de Valoración Cromática y de Esterópsis				
3.13	Pupilómetro				
3.14	Biseladora				
3.15	Horno de Arena				
3.16	Juego de Herramientas para el Ajuste de Anteojos				
3.17	Pinzas Adecuadas para los fines				
3.18	Destornillador				
3.19	Un escritorio con tres sillas				
3.20	Computadora				
3.21	Archivos				
3.22	Estantes				
3.23	Anaqueles				

Version 01

DGHA-F0-035

3.24	Vitrina o Mostrador				
3.25	Tarjeteros				

3.26	Mesa Metálica o de Madera			
3.27	Abanicos o Aires Acondicionados			
3.28	Medio de Comunicación/Línea Telefónica Directa			
3.29	Reloj de pared			
3.30	Televisor			

4- DOCUMENTACIÓN

REQUISITOS MÍNIMOS		SI	NO	N/A	Observaciones
4.1	Normas Nacionales de Atención del MSP (según tipo de consulta)				
4.2	Normas de Procedimientos de Bioseguridad				
4.3	Manual de Procedimientos Técnicos y Administrativos				
4.4	Formulario de Consentimiento Informado				
4.5	Registro de Decisión Informada de los Usuarios				
4.6	Protocolo de limpieza				
4.7	Formulario Vigente de Notificación Obligatoria de Enfermedades Infecto-contagiosas establecido por el MSP				
4.8	Documentación que avale Personería Jurídica				

5- GESTIÓN

REQUISITOS MÍNIMOS		SI	NO	N/A	Observaciones
5.1	Sistema de Medición Periódica de la Satisfacción de Usuarios/as				
5.2	Planes de Mejoramiento de la Calidad del Servicio				
5.3	Buzón de Quejas y Sugerencias				
5.4	Programa de Mantenimiento Correctivo y Preventivo de los Equipos				
5.5	Constancia que confirme si tiene Acceso a un Servicio de Referencia y Transporte rápido en caso de Urgencia				
5.6	Insumos desechables				
5.7	Personal Identificado y Debidamente Uniformado				
5.8	Cartera de Servicios y Horario Sisible				
5.9	Uso de mascarilla				
5.10	Derechos y Deberes de los Usuarios/as en lugar visible				

_____ 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	