

Formulario Guía de Inspección de Telemedicina FOGITEL

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- Clínico () **K.2-** Especializado () **K.3-** Promoción y Prevención ()
K.4- Medicina Alternativa () **K.5-** Otros ()

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 la Ambulancia si es Público

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

O- Marque el Sector al que pertenece la Ambulancia 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- Financiamiento

R.1- Dominicano () **R.2-** Extranjero ()

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	Nacionalidad	

T- MÉDICO RESPONSABLE DEL SERVICIO DE TELEMEDICINA

T.1	Nombre(s)	
T.2	Apellido(s)	
T.3	Cédula de Identidad y Electoral	
T.4	Dirección (Calle y Número)	
T.5	Barrio o Sector	
T.6	Municipio	
T.7	Provincia	
T.8	Teléfono(s)	
T.9	Fax(es)	
T.10	Correo Electrónico	
T.11	Título Profesional	
T.12	Especialidad	
T.13	No. de Exequátur	
T.14	Fecha de Expedición	
T.15	Nacionalidad	

U- RECURSOS HUMANOS

REQUISITOS MÍNIMOS		SI	NO	N/A	Observaciones
U.1	Posee Especialistas con Título Formal y Exequátur de Ley				
U.2	Posee el Personal Asistencial y Capacitación Permanente en el Manejo de la Tecnología Utilizada por la Institución				

Version 01

DGHA-F0-031

1-PLANTA FÍSICA

REQUISITOS MÍNIMOS		SI	NO	N/A	Observaciones
--------------------	--	----	----	-----	---------------

1.1	Posee Suministro Permanente de Energía Eléctrica, Sistemas de Comunicaciones según las necesidades y la Disponibilidad Tecnológica de acuerdo con el Servicio Prestado				
1.2	Cuenta con un Domicilio de Fácil Ubicación y Acceso				
1.3	Áreas Debidamente Señalizadas y Sistemas de Salidas de Emergencia				
1.4	Buena Iluminación y Climatización				
1.5	Sistema Eléctrico Alternativo o de Emergencia que Garantice el Funcionamiento de todos los Equipos				
1.6	El Sistema Eléctrico y Telefónico debe de estar Cubierto, Recogido y Organizado				
1.7	Señalización del Sistema Eléctrico y Telefónico				
1.8	Rampa para Discapacitados				
1.9	Paredes y Pisos en Buenas Condiciones				
1.10	Techos sin Filtraciones				
1.11	Constancia de Control de Roedores e Insectos				
1.12	Área de Almacén para Insumo de trabajo				
1.13	Área para Guardar Utensilios de Limpieza				
1.14	Área de Estacionamiento				
1.15	Espacio Distribuido para Garantizar la Privacidad y Evitar Interferencias de Llamadas				
1.16	Servicios Sanitarios para el Personal				
1.17	Área de Cocina y Comedor				

2- EQUIPOS REQUERIDOS

REQUISITOS MÍNIMOS		SI	NO	N/A	Observaciones
2.1	Los Equipos Necesarios Utilizados, cuentan con Especificaciones Técnicas y Condiciones Óptimas de Funcionamiento				
2.2	Constancia de Mantenimiento de Equipos. Esto deberá estar Registrado en la Hoja de Vida de cada Equipo				
2.3	Los Monitores Utilizados para el Despliegue de Imágenes, deberán contar con una Distancia Máxima de 0.25 cm. entre Pixeles (dot pitch), para Garantizar la Interpretación Adecuada de la imagen				
2.4	*Posee Monitor Monocromático de Alta Resolución o Equipo que le asimile para realizar Tele-Radiografía				

Version 01

DGHA-F0-031

2.5	*Posee Monitor de Alta Resolución para la Consulta de Tele-Dermatología				
------------	---	--	--	--	--

2.6	Posee Múltiples Posiciones de Teléfonos con la Tecnología VOZ/IP, de Acuerdo a la Capacidad del Servicio			
2.7	Teléfono para el Área Administrativa con tecnología VOZ/IP			
2.8	Líneas de FAX			
2.9	Líneas T1 de voz			
2.10	Líneas de Servicios para el Centro de Llamadas			
2.11	Servidor para la Grabación y Monitoreo de Llamadas			
2.12	Línea de ADSL			
2.13	Servidor para el Procesamiento de los Datos			
2.14	Computadora Desktop y Laptop de Acuerdo a la Capacidad del Servicio			

*Si se realiza el Servicio

3- DOCUMENTACIÓN

REQUISITOS MÍNIMOS		SI	NO	N/A	Observaciones
3.1	Posee un Registro de Todos los Pacientes que han sido Atendidos, Diferenciando los usuarios de primera vez, segunda vez o más				
3.2	Posee Procedimientos Definidos para Utilizar una Historia Única Institucional para el Manejo del Archivo de Registro				
3.3	Los Registros cuentan con los Contenidos Mínimos de Identificación, tanto Administrativos como Clínicos y el Componente de Anexos				
3.4	Posee Procedimientos Definidos que Garanticen la Custodia, Confidencialidad y Conservación Integral de los Registros o Información Almacenada				
3.5	Posee Procedimientos Debidos, cuando se utilizan los Medios Físicos o Técnicos como Computadoras o Medios Ópticos, para que los Programas Automatizados que se Diseñen y Utilicen para el Manejo de las Historias Clínicas, así como los Soportes Documentales, estén Provistos de Mecanismos de Seguridad				
3.6	Garantiza el Acceso a la Información Obtenida por el Equipo Tratante				
3.7	Los Mecanismos de Almacenamiento Utilizados, Garantizan la Reproducción de la Información en el Tiempo, de Acuerdo con la con la Legislación Vigente				
3.8	Cuentan con un Archivo y/o Información Alterna en caso de Pérdidas de Datos Habilitados para su Uso por Posibles Fallas del Sistema Activo				

Version 01

DGHA-F0-031

3.9	Realiza la Documentación, Almacenamiento, los cuales deberán ser Parte Integral del Registro, durante la Transmisión y Almacenamiento de la Información Contenida en el registro Asistencial de Usuarios			
3.10	Posee Mecanismos que permitan garantizar la Custodia Confidencialidad y Conservación Integral. Durante la transmisión y Almacenamiento de la Información contenida en el Registro Asistencial de Usuarios			
3.11	En el Caso de Sistema de Información Compartido o de Acceso Remoto, se deberá Mantener un Sistema de Seguridad y Control de Acceso a la Aplicación según Tipo de Usuario			
3.12	Posee un Método que Permita Identificar al Iniciador de un Mensaje de Datos que Indica que el Contenido Cuenta con su Aprobación, lo cual se convierte en la Firma Digital de Usuario / Registro de acuerdo a lo que está.			

4- SEGUIMIENTO A RIESGOS

REQUISITOS MÍNIMOS		SI	NO	N/A	Observaciones
4.1	Realiza Procesos de Evaluación y Seguimiento de los Riesgos Inherentes al Tipo de Servicio que presta bajo esta Modalidad				

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