

## Formulario Guía de Inspección de Salud Mental FOGISAM

### 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.1-** Unidad sin Internamiento ( )    **K.2-** Unidad Clínica con Internamiento ( )  
**K.3-** Comunidad Terapéutica ( )    **K.4-** Centro de Atención de Drogodependencia ( )

**L- Servicio de Salud Mental que ofrece**

**L.1-** Promoción ( )    **L.2-** Prevención ( )    **L.3-** Asistencia Ambulatoria ( )  
**L.4-** Rehabilitación ( )    **L.5-** Asistencia bajo régimen de Internamiento ( )

**M- Localización**

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

**N- Sector del Sistema Nacional de Salud**

**N.1-** Público ( )    **N.2-** Privado ( )

**O- Marque el sector al que pertenece el Servicio, si es público**

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

**P- Marque el sector al que pertenece el Servicio, si es privado**

**P.1-** Privado Lucrativo ( )    **P.2-** ONG ( )    **P.3-** Otros ( ) \_\_\_\_\_

**Q- Horario de Servicio**

**Q.1-** 4 hrs. ( )    **Q.2-** 6 hrs. ( )    **Q.3-** 8 hrs. ( )    **Q.4-** 12 hrs. ( )    **Q.5-** Otros ( )

**R- Fecha de Instalación**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Escriba la fecha de Apertura

**S- PROPIETARIO DEL ESTABLECIMIENTO**

|            |             |  |
|------------|-------------|--|
| <b>S.1</b> | Nombre(s)   |  |
| <b>S.2</b> | Apellido(s) |  |

|             |                                 |  |
|-------------|---------------------------------|--|
| <b>S.3</b>  | Cédula de Identidad y Electoral |  |
| <b>S.4</b>  | Dirección (Calle y Número)      |  |
| <b>S.5</b>  | Barrio o Sector                 |  |
| <b>S.6</b>  | Municipio                       |  |
| <b>S.7</b>  | Provincia                       |  |
| <b>S.8</b>  | Teléfono(s)                     |  |
| <b>S.9</b>  | Fax(es)                         |  |
| <b>S.10</b> | Dirección electrónica           |  |
| <b>S.11</b> | Nacionalidad                    |  |

#### T- DIRECTOR MÉDICO

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

#### U- DATOS DEL PERSONAL TÉCNICO Y ADMINISTRATIVO

| REQUISITOS MÍNIMOS |  |       |             | Observaciones |
|--------------------|--|-------|-------------|---------------|
| <b>U.1</b>         | Número de Médicos                              |       |             |               |
| <b>U.2</b>         | Número de Médicos con Postgrado                |       |             |               |
| <b>U.3</b>         | Número de Personal de Enfermería               |       |             |               |
| <b>U.4</b>         | Número de Personal Técnico (trabajador social) |       |             |               |
| <b>U.5</b>         | Número del Personal Administrativo             |       |             |               |
| <b>U.6</b>         | Horario de Servicio                            | 4 ( ) | 6 ( ) 8 ( ) |               |

version 01

DGHA-F0-032

#### 1- PLANTA FÍSICA

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

|      |   |  |  |  |
|------|---|--|--|--|
| 1.1  | Planta Física en Buenas Condiciones   |  |  |  |
| 1.2  | Techos sin Filtraciones   |  |  |  |
| 1.3  | Pisos de Material Antideslizante, Lavable e Impermeable   |  |  |  |
| 1.4  | Calzadas Protectoras  |  |  |  |
| 1.5  | Rampas para Discapacitados (pendiente óptima de (8%)  |  |  |  |
| 1.6  | Área de Admisión  |  |  |  |
| 1.7  | Sala de Espera con asientos, capacidad mínima para 4-6 personas   |  |  |  |
| 1.8  | Área de Consulta para terapia familiar, consejería  |  |  |  |
| 1.9  | Área para Terapia de Grupo con sillas   |  |  |  |
| 1.10 | Pasillos amplios para la circulación no menor de 2.5 mts  |  |  |  |
| 1.11 | Facilidades de Estacionamiento (1 por cada 50 mts <sup>2</sup> de construcción)                             |  |  |  |
| 1.12 | Salida de Emergencia  |  |  |  |
| 1.13 | Disponibilidad de Agua Potable permanente   |  |  |  |
| 1.14 | Facilidades de Estacionamiento para Ambulancias   |  |  |  |
| 1.15 | Área de Admisión amplia para camillas o sillas de ruedas  |  |  |  |
| 1.16 | Extintor de Incendios con Fecha de Expiración   |  |  |  |
| 1.17 | Área para Insumos de Limpieza, Detergentes y Desinfectantes   |  |  |  |
| 1.18 | Área de Enfermería con Vitrina de Fármacos y Material gastable  |  |  |  |
| 1.19 | Área de Dormitorios con no más de 6-8 camas, en cubículos separados   |  |  |  |
| 1.20 | Área de Comedor, con mesas y sillas mínima para 6 personas  |  |  |  |
| 1.21 | Sala para Consulta Familiar   |  |  |  |
| 1.22 | Sala de estar con muebles confortables, bebedero, televisor   |  |  |  |
| 1.23 | Espacios de Recreación y Esparcimientos abiertos y cerrados   |  |  |  |
| 1.24 | Área para guardar Camillas y Sillas de ruedas   |  |  |  |
| 1.25 | Iluminación general con apoyo de iluminación localizada con mínimo de 200 y máximo de 500 luxes             |  |  |  |
| 1.26 | Sistema de Distribución de Energía Eléctrica empotrado con tomacorrientes de 110 y 220 voltios, señalizados |  |  |  |
| 1.27 | Medios de Seguridad en Ventanas, Escaleras y Vacíos   |  |  |  |
| 1.28 | Sistema de Energía Alterna  |  |  |  |
| 1.29 | Archivos Administrativos  |  |  |  |
| 1.30 | Archivos para Historia Clínica de Pacientes   |  |  |  |

version 01

DGHA-F0-032

|      |  |  |  |  |
|------|--|--|--|--|
| 1.31 | Facilidad para Estacionamiento General               |  |  |  |
| 1.32 | Instalaciones Sanitarias para Usuarios y el Personal |  |  |  |
| 1.33 | Comedor con Lavamanos y lejos de las demás áreas     |  |  |  |

|      |  |  |  |  |
|------|--|--|--|--|
| 1.34 | Servicio de Alimentación y Nutrición lejos de otras áreas (cocina) |  |  |  |
| 1.35 | Habitación del Personal Médico de Servicio                         |  |  |  |
| 1.36 | Habitación del Personal de Enfermería de Servicio                  |  |  |  |
| 1.37 | Área de Lavandería   |  |  |  |
| 1.38 | Áreas Verdes y/o de Recreación                                     |  |  |  |
| 1.39 | Sistema de Manejo y Tratamiento de Desechos Sólidos y Líquidos     |  |  |  |

## 2- CONDICIONES PARA LA SEGURIDAD DEL PERSONAL Y LOS USUARIOS DEL SERVICIO

| REQUISITOS MÍNIMOS |   | SI | NO | N/A | Observaciones |
|--------------------|---|----|----|-----|---------------|
| 2.1                | Señalización de las Áreas   |    |    |     |               |
| 2.2                | Cartera de Servicios en Lugar Visible   |    |    |     |               |
| 2.3                | Personal Debidamente Uniformado e Identificado                                      |    |    |     |               |
| 2.4                | Exposición en Lugar Visible de los Deberes y Derechos de                            |    |    |     |               |
| 2.5                | Condiciones Generales de Higiene  |    |    |     |               |
| 2.6                | Uso de Zafacones con Tapas y Fundas con el color correspondiente al tipo de desecho |    |    |     |               |

## 3- EQUIPOS REQUERIDOS

| REQUISITOS MÍNIMOS |  | SI | NO | N/A | Observaciones |
|--------------------|--|----|----|-----|---------------|
| 3.1                | Equipamiento específico de acuerdo a la Consulta Prestada y/o Especialidad |    |    |     |               |
| 3.2                | Un Escritorio y Tres Sillas en Consultorio                                 |    |    |     |               |
| 3.3                | Bandeja de Cura  |    |    |     |               |
| 3.4                | Bandeja de Cirugía Menor   |    |    |     |               |
| 3.5                | Archivo para Historia Clínica y Registros                                  |    |    |     |               |
| 3.6                | Camillas   |    |    |     |               |
| 3.7                | Esfigmomanómetro   |    |    |     |               |
| 3.8                | Estetoscopio   |    |    |     |               |
| 3.9                | Pedestal de Suero  |    |    |     |               |
| 3.10               | Balanza  |    |    |     |               |
| 3.11               | Vitrina para Medicamentos de Emergencia                                    |    |    |     |               |
| 3.12               | Armarios, Estantes   |    |    |     |               |
| 3.13               | Sillas Auxiliares  |    |    |     |               |
| 3.14               | Maquina de Escribir, Televisor con DVD y/o Computadora con Impresora       |    |    |     |               |
| 3.15               | Bebedero   |    |    |     |               |
| 3.16               | Ventiladores o Aire Acondicionado  |    |    |     |               |

version 01

DGHA-F0-032

## 4- GESTIÓN

| REQUISITOS MÍNIMOS |                                      | SI | NO | N/A | Observaciones |
|--------------------|--------------------------------------|----|----|-----|---------------|
| 4.1                | Planes de Mejoramiento de la Calidad |    |    |     |               |

|     |  |  |  |  |
|-----|--|--|--|--|
| 4.2 | Constancia de Control de Insectos y Roedores                     |  |  |  |
| 4.3 | Buzón de Quejas y Sugerencias                                    |  |  |  |
| 4.4 | Encuestas de Satisfacción de Usuarios                            |  |  |  |
| 4.5 | Programa de Mantenimiento Preventivo y Correctivo de los Equipos |  |  |  |

## 5- DOCUMENTACIÓN

| REQUISITOS MÍNIMOS |  | SI | NO | N/A | Observaciones |
|--------------------|--|----|----|-----|---------------|
| 5.1                | Norma Nacional de Salud  |    |    |     |               |
| 5.2                | Manual de Procedimientos Administrativos                                     |    |    |     |               |
| 5.3                | Libro para Registro de Pacientes   |    |    |     |               |
| 5.4                | Norma de Procedimientos de Bioseguridad                                      |    |    |     |               |
| 5.5                | Formulario de Notificación Obligatoria de Enfermedades Infectocontagiosas    |    |    |     |               |
| 5.6                | Protocolo de Higiene y Limpieza  |    |    |     |               |
| 5.7                | Protocolo para la Atención en Salud Mental                                   |    |    |     |               |
| 5.8                | Procedimientos de Seguridad  |    |    |     |               |
| 5.9                | Manual de Equipo en Español  |    |    |     |               |
| 5.10               | Normas Mínimas de Atención en Salud al uso, abuso y dependencia de sustancia |    |    |     |               |
| 5.11               | Ley sobre Salud Mental 12-06 (Artículo 12)                                   |    |    |     |               |

**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**