

K- Tipo de Consulta

K.1- Clínico () **K.2-** Especializado () **K.3-** Promoción y Prevención ()

L- Horario de Servicio

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

M- Fecha de Instalación

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

Escriba la fecha de Apertura

N- MÉDICO RESPONSABLE DE LA CONSULTA

N.1	Nombre(s)	
N.2	Apellido(s)	
N.3	Cédula de Identidad y Electoral	
N.4	Dirección (Calle y Número)	
N.5	Barrio o Sector	
N.6	Municipio	
N.7	Provincia	
N.8	Teléfono(s)	
N.9	Fax(es)	
N.10	Correo Electrónico	
N.11	Título Profesional	
N.12	Especialidad	
N.13	No. de Exequátur	
N.14	Fecha de Expedición	
N.15	Horario de Servicio	4 () 6 () 8 () 12 () 24 ()

O- PERSONAL DEL CONSULTORIO (Recursos Humanos)

O.1	Número de Médicos				Observaciones
O.2	Número de Auxiliar de Enfermería				
O.3	Número de Personal Técnico				
O.4	Número de Personal Administrativo				

1- INSTALACIONES FÍSICAS DEL CONSULTORIO Y ASPECTO DEL AMBIENTE

REQUISITOS MÍNIMOS		SI	NO	N/A	Observaciones
1.1	Sala de espera con capacidad mínima para 4- 6				
1.2	Sala o cubículo de examen médico				
1.3	Facilidad de acceso y entrada con señalización				
1.4	Servicios sanitarios para usuarios				
1.5	Almacenamiento de insumos de trabajo				
1.6	Disponibilidad de agua potable				
1.7	Temperatura adecuada				
1.8	Buena Iluminación				
1.9	Buena Ventilación				
1.10	Área de procedimientos según especialidad (Si aplica)				

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

REQUISITOS MÍNIMOS		SI	NO	N/A	Observaciones
2.1	Uso de zafacones con fundas y tapas				
2.2	Recipiente para desechos punzocortantes				

3-EQUIPOS MÍNIMOS REQUERIDOS EN EL CONSULTORIO

REQUISITOS MÍNIMOS		SI	NO	N/A	Observaciones
3.1	Un escritorio con tres sillas				
3.2	Camilla en sala de examen físico				
3.3	Lavamanos en sala de examen o en sanitario anexo				
3.4	Esfigmomanómetro y Estetoscopio				
3.5	Lámpara Cuello de Ganso				
3.6	Balanza y Tallímetro				
3.7	Insumos y materiales gastables (guantes, gasas,				
3.8	Archivos para expedientes de los usuarios y registros				
3.9	Computadora				
3.10	Equipos específicos de acuerdo al tipo de consulta o la				

4- NORMAS MÍNIMAS DE FUNCIONAMIENTO DE LOS CONSULTORIOS

REQUISITOS MÍNIMOS		SI	NO	N/A	Observaciones
4.1	Normas Nacionales de Atención MSP (Según Tipo de consulta)				
4.2	Manual de Normas y Procedimientos de Bioseguridad				
4.3	Sistema de Registro de pacientes				

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