

K- Tipo de atención domiciliaria

K.1- Clínico () **K.2-** Especializado () **K.3-** Promoción y Prevención ()
K.4- Cuidados Domiciliarios () **K.5-** Rehabilitación Domiciliaria ()
K.6- Oxigenoterapia Domiciliaria () **K.7-** Nutrición parenteral y Nutrición parenteral Domicilio ()
K.8- Cuidados de enfermería con permanencia Domiciliaria () **K.9-** 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 el Servicio, si es público

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

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

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

P- Horario de Servicio

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

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.1	Dirección electrónica	
R.11	Nacionalidad	

S- DIRECTOR MÉDICO

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	Dirección Electrónica	
S.11	Título Profesional	
S.12	Especialidad	
S.13	No. de Exequátur	
S.14	Fecha de Expedición	
S.15	Nacionalidad	

T- RECURSOS HUMANOS

REQUISITOS MINIMOS		SI	NO	N/A	Observaciones
T.1	Posee un Médico y una Enfermera encargados de la coordinación y supervisión del programa de hospitalización domiciliaria				
T.2	Posee fonoaudiólogo (a), para el Servicio de fonoaudiología				
T.3	Posee terapeuta ocupacional, para el Servicio de terapia ocupacional				
T.4	Posee terapeuta del lenguaje, para el Servicio de terapia del lenguaje				
T.5	Posee terapeuta respiratoria, para el Servicio de terapia respiratoria				
T.6	Posee un terapeuta físico, para el Servicio de Terapia de Fisiatría y Rehabilitación				
T.7	En cualquiera de los casos, la responsabilidad del seguimiento y evaluación médica así como de las indicaciones de cada paciente debe estar a cargo de un médico tratante				

U- DATOS DEL PERSONAL TÉCNICO Y ADMINISTRATIVO

REQUISITOS MÍNIMOS				Observaciones
U.1	Número de Bioanalistas			
U.2	Número de Técnicos graduados			
U.3	Número De Auxiliares			
U.4	Número de Profesionales con Post Grado			
U.5	Número del Personal Administrativo			
U.6	Horario de Servicio	4 ()	6 ()	8 ()

1- PLANTA FÍSICA

REQUISITOS MÍNIMOS				SI	NO	N/A	Observaciones
1.1	Espacio para tareas administrativas						
1.2	Baños						
1.3	Casilleros						
1.4	Sala de proyecciones o reuniones						
1.5	Mesa para trabajo						
1.6	Un consultorio con la dotación habitual (si aplica)						
1.7	Almacén de materiales gastables y equipos						
1.8	Cartera de Servicios visible						
1.9	Vitrina, anaquel y/o exhibidor para insumos o material gastable						
1.10	Agua potable disponible de manera permanente						

2- EQUIPOS REQUERIDOS

REQUISITOS MÍNIMOS				SI	NO	N/A	Observaciones
2.1	Oxígeno						
2.2	Oxígeno de pulso						
2.3	Concentradores de O2						
2.4	Balones de oxígeno con flujómetro						
2.5	Glucómetro y tirillas						
2.6	Esfigmomanómetro						
2.7	Estetoscopio						
2.8	Fonendoscopio						
2.9	Pesa Portátil						
2.10	Linternas						
2.11	Lámpara portátil						
2.12	Reloj						
2.13	Termómetro						
2.14	Guantes de látex estériles y regulares						

2.15	Gasas estériles y regulares					
------	-----------------------------	--	--	--	--	--

2.16	Aspirador			
2.17	Nebulizador			
2.18	Tijeras			
2.19	Atriles			
2.20	Móviles Impermeables			
2.21	Lavador de cabeza portátil			
2.22	Hidratantes			
2.23	Pie de suero y/o soporte			
2.24	Equipos y materiales para proveer servicios de laboratorio a domicilio (pruebas especiales y de rutina)			
2.25	Insumos para primeros auxilios			
2.26	Insumos para curaciones			
2.27	Maletines			
2.28	Bolsa colostomía cerrada transparente 15 * 60 mmrec.			
2.29	Bolsa colostomía con drenaje transparente 15 * mmrec.			
2.30	Bolsa de ostomía pediátrico 10 * 60 mmrec.			
2.31	Colector autoadhesivo 35 mm (uroset) colector autoadhesivo 30 mm (uroset)			
2.32	Micropore 50 mm * 9,1 mts gases estériles 10 * 10 cm.			
2.33	Bolsa de orina de pierna * 500cc bolsa de orina * 1500cc			
2.34	Placa protectora 10 * 10 cm plus extra absorbente 10 * 10 cm.			
2.35	Placa Protectora 15 * 15 cm plus extra absorbente 20 * 20 cm.			
2.36	Bomba de infusión para líquido			
2.37	Contour plus apósito 6 * 8 cm.			
2.38	Posee maletín médico con: fonendoscopio, tensiómetro, equipo de órganos, pulsímetro (cuando este indicado), glucómetro			
2.39	Posee maletín de enfermería con elementos de			
2.40	Posee maletín con medicamentos de acuerdo a inventario establecido para uso en la casa			
2.41	Teléfonos			
2.42	Líneas telefónicas fijas			
2.43	Fax			
2.44	Contestador automático			
2.45	Computadoras con Internet			

3- GESTIÓN

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

3.1	Protocolos Clínicos			
3.2	Manual de Procedimientos			
3.3	Procedimientos de Enfermería			
3.4	Manual de Bioseguridad			
3.5	Guías para el Manejo de Emergencias Domiciliarias			
3.6	Guía de Atención Domiciliaria			
3.7	Procedimientos del Manejo de Medicamentos			
3.8	Planilla Socio-ambiental de cada cliente			
3.9	Hoja de consentimiento informado			
3.10	Hoja de autorización de servicio			
3.11	Hoja de contrareferimiento y referimiento			
3.12	Contrato de servicio			
3.13	Cuestionario de satisfacción del usuario			
3.14	Expediente del personal prestadores de servicio			
3.15	Contrato de alquiler de equipos			
3.16	Hoja de vida de los equipos			
3.17	Criterios de inclusión al programa			

4- REGISTROS CLÍNICOS

REQUISITOS MÍNIMOS		SI	NO	N/A	Observaciones
4.1	Sistema de registro que permita reunir todos los pasos de cada paciente por sus servicios.				
4.2	Contar con un sistema de registro cuyos procedimientos protejan la confidencialidad y el secreto médico de la información				
4.3	Estar escritos con letra legible, en lenguaje de fácil comprensión por parte de otros profesionales que eventualmente puedan asistir al paciente				
4.4	Los registros están basados en tecnologías informáticas				
4.5	Posee fichas o expedientes médicos que forman parte del registro				
4.6	Registran todas las circunstancias en que el paciente tuvo contacto con el servicio, incluyendo: fecha de contacto; motivo de la visita; diagnósticos; estudios complementarios realizados; tratamientos recibidos por el paciente; evolución del caso; firma/s del/de los profesional/es responsable/s de cada caso y consentimiento potencialmente				

Version 01

DGHA-F0-034

4.7	Posee hojas de indicaciones médicas				
4.8	Hojas de enfermería				

4.9	Posee hojas de seguimientos de tratamientos clínicos, quirúrgicos o mixtos			
4.10	Posee registros clínicos en soporte de papel según norma			
4.11	Posee registros clínicos computarizados que dispongan de un sistema de identificación y gestión según norma			

5- ESTADÍSTICA

REQUISITOS MÍNIMOS		SI	NO	N/A	Observaciones
5.1	Posee un sistema estadístico que permita conocer su producción.				

6- SEGURIDAD E HIGIENE AMBIENTAL LABORAL

REQUISITOS MÍNIMOS		SI	NO	N/A	Observaciones
6.1	Respetar las normas establecidas por las autoridades competentes.				

7- AUTOEVALUACIÓN

REQUISITOS MÍNIMOS		SI	NO	N/A	Observaciones
7.1	Deberán desarrollar alguna actividad de Autoevaluación, según Norma.				

8- DOCUMENTACIÓN

REQUISITOS MÍNIMOS		SI	NO	N/A	Observaciones
8.1	Exhiben documentos que acrediten su personería jurídica				
8.2	Disponer de documentación descriptiva de la totalidad de sus recursos humanos y mantener expedientes actualizados de todo su personal				
8.3	Todos los expedientes de los profesionales de la salud contienen: copia del título profesional, copia auténtica del título de especialidad (cuando corresponda), exequátur				

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