

K- Establecimiento

K.1- Centro () **K.2-** Unidad () **K.3-** Laboratorio ()

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 a que pertenece el Establecimiento si es Público

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

O- Marque el sector a que pertenece el Establecimiento 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- 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 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 MÉDICO, TÉCNICO Y ADMINISTRATIVO

REQUISITOS MÍNIMOS		SI	NO	NA	Observaciones
T.1	Supervisor responsable del servicio con capacitación universitaria en Órtesis				
T.2	Supervisor con capacitación universitaria en Prótesis				
T.3	Asistente en medidas de ortesis y prótesis				
T.4	Técnico asistente en órtesis				
T.5	Técnico asistente en prótesis				

T.6	Administrador				
T.7	Secretaria				
T.8	Mensajero				
T.9	Conserje				

1- INSTALACIONES FÍSICAS E INFRAESTRUCTURA

REQUISITOS MÍNIMOS		SI	NO	N/A	Observaciones
1.1	Calzadas protectoras				
1.2	Facilidades de estacionamiento				
1.3	Rampa para Discapacitados				
1.4	Sistema de salida de emergencia				
1.5	Facilidades para estacionamiento de vehículo de emergencia				
1.6	Facilidad para estacionamiento mínimo para el público				
1.7	Extintor contra incendio con fecha de expiración o sistema contra incendios				
1.8	Sala de espera con asientos suficientes con tv				
1.9	Oficina administrativa				
1.10	Paredes y techos en buenas condiciones				
1.11	Pasillos y puertas que permitan el paso de sillas de ruedas con espacio mínimo de 1m y máximo 2.5m				
1.12	Espacios que permitan la circulación de discapacitados				
1.13	Señalización de las áreas de procedimientos y de atención				
1.14	Iluminación confortable				
1.15	Ventilación confortable				
1.16	Sistema de archivo administrativo				
1.17	Sistema de manejo de desechos sólidos				
1.18	Sistema de distribución de energía eléctrica debidamente empotrado con tomacorrientes de 110 y 220 voltios, señalizados				
1.19	Planta de energía eléctrica disponible en caso de emergencia				
1.20	Suministro de agua y sistema de drenaje funcionando eficientemente				
1.21	Fregadero				
1.22	Baño para el personal y público				
1.23	Zona de almacenamiento de materiales e insumos				
1.24	Área para guardar utensilios de limpieza y vertedero				
1.25	Sala de medidas en yeso				
1.26	Sala de medidas de órtesis y prótesis que garantice la privacidad del usuario				

1.27	Área de modificación y vaciados de yeso				
1.28	Área de producción de órtesis y prótesis				
1.29	Área de costura				
1.30	Área de entrenamiento en el uso de órtesis y prótesis				
1.31	Área de termoformado				

2- ÁREA DE ADMINISTRACIÓN, EQUIPOS MÍNIMOS

REQUISITOS MÍNIMOS		SI	NO	N/A	Observaciones
2.1	Sillas				
2.2	Escritorio				
2.3	Computadora				
2.4	Fax				
2.5	Teléfono				
2.6	Archivos				
2.7	Estantes				
2.8	Sistema de registro				

3- EQUIPAMIENTO REQUERIDO PARA EL ÁREA DE ÓRTESIS Y PRÓTESIS

REQUISITOS MÍNIMOS		SI	NO	N/A	Observaciones
3.1	Reloj de pared				
3.2	Textiles				
3.3	Termoplásticos				
3.4	Resina acrílica				
3.5	Maderas				
3.6	Metales				
3.7	Pieles				
3.8	Taladro de pedestal				
3.9	Pulidoras de materiales				
3.10	Horno para termoplásticos				
3.11	Succionador sistema de vacío				
3.12	Máquina de coser industrial				
3.13	Prensa de pedestal				
3.14	Prensa de banco				
3.15	Taladro manual				
3.16	Caladora				
3.17	Pistola de calor				
3.18	Calibrador M/L				
3.19	Calibrador A/P				
3.20	Separador de yeso				

3.21	Tijera de cortar yeso			
3.22	Cortadora de yeso			
3.23	Plomada			
3.24	Lápiz de tinta indeleble			
3.25	Calzador			
3.26	Rayo láser			
3.27	Nivel pélvico			
3.28	Tabla de medición (asimétrica)			
3.29	Centímetro			
3.30	Camilla			
3.31	Martillo de bola			
3.32	Martillo de goma			
3.33	Alicate sencillo			
3.34	Alicate de presión			
3.35	Alicate de punta			
3.36	Alicate de corte			
3.37	Marco de segueta			
3.38	Serrucho			
3.39	Tijeras de pieles			
3.40	Tijeras de metales			
3.41	Lima de metal			
3.42	Lima plana			
3.43	Lima de metal circular			
3.44	Lima escofina			
3.45	Juego de llave Allen			
3.46	Lima de yeso media caña			
3.47	Lima de yeso redonda			
3.48	Regla en centímetro y pulgada			
3.49	Escuadra			
3.50	Escuadra de nivel			
3.51	Juego de destornilladores			
3.52	Botador			
3.53	Centrapunto			
3.54	Punzón			
3.55	Cuchilla scarpa			
3.56	Scarpa			
3.57	Centímetro			
3.58	Dobladores de metal (grifas)			

4- DOCUMENTACIÓN REQUERIDA EN LOS SERVICIOS DE ÓRTESIS Y PRÓTESIS

	REQUISITOS MÍNIMOS	SI	NO	NA	Observaciones
4.1	Normas y Procedimientos Técnicos de Órtesis y Prótesis				
4.2	Norma de Bioseguridad				
4.3	Sistema de Registro de Paciente (cita de medidas)				
4.4	Protocolo para la limpieza de equipo existente en el servicio				
4.5	Manual de Procedimientos Administrativos				

5- GESTIÓN

	REQUISITOS MÍNIMOS	SI	NO	NA	Observaciones
5.1	Buzón de quejas y sugerencias				
5.2	Encuestas de satisfacción de usuarios				
5.3	Uso de mascarillas, guantes, gafas de protección, protectores de ruidos para el personal				
5.4	Personal uniformado y debidamente identificado				
5.5	Exponer en lugar visible la Cartera de Servicios				
5.6	Zafacones con fundas				
5.7	Constancia de control de insectos y roedores				
5.8	Horario de servicios visible al público				

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