

Formulario Guía de Inspección Centros de Primer Nivel de Atención FOGICPN

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- Centro de Primer Nivel

K.1- Consultorio () **K.2-** Consultorio y Emergencia () **K.3-** Otros ()

L- Localización

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

M- Sector del Sistema Nacional de Salud

M.1- Público () **M.2-** Privado ()

N- Sector al que pertenece si es Público

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

O- Sector al que pertenece si es Privado

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

P- Servicios que se prestan en el Centro de Atención del Primer Nivel

P.1- Programas Preventivos y Promocionales de Carácter General ()

P.2- Consulta Médica General en Consultorio () **P.3-** Consulta Médica General en el Domicilio ()

P.4- Atención de Emergencias () **P.5-** Odontología () **P.6-** Laboratorio () **P.7-** Procedimientos* ()

*Especificar

Q- Fecha de Instalación

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

Escriba la fecha de Apertura

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 MÉDICO 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 DEL ESTABLECIMIENTO (Recursos Humanos)

REQUISITOS MÍNIMOS					Observaciones
T.1	Número de Médicos				
T.2	Número de Auxiliares de Enfermería				
T.3	Número del Personal Técnico				
T.4	Número del Personal Administrativo				

REQUISITOS MÍNIMOS		SI	NO	N/A	Observaciones
1.1	Planta Física en Buenas Condiciones				
1.2	Iluminación en todas las Áreas				
1.3	Ventilación en todas las Áreas				
1.4	Techos sin Filtración				
1.5	Piso Lavable e Impermeable				
1.6	Calzadas Protectoras				
1.7	Sistema de Salida de Emergencia Señalizada				
1.8	Facilidad para Estacionamiento General				
1.9	Extintor con Fecha de Expiración				
1.10	Área de Emergencia que garantice Privacidad de los/as Usuarios/as				
1.11	Área de Espera de 1,5 m2 por persona (mínimo 4 - 6 personas)				
1.12	Área Exclusiva para Almacenamiento de Utensilios de Limpieza				
1.13	Baño para Usuarios				
1.14	Baño para el Personal				
1.15	Los Baños están Iluminados, Ventilados, Limpios y con Sistema de Descarga Permanente				
1.16	Área de Preparación y Esterilización				
1.17	Área para Esterilización				
1.18	En los Centros que atienden más de 30 Usuarios/as, los Pasillos deben tener un ancho mínimo de 1.2 metros				
1.19	Señalización de las Áreas de Atención				
1.20	Señalización de las Áreas de Peligro				
1.21	Sistema de Energía Alterno que garantice Funcionamiento de Equipos				
1.22	Archivos con llave para Historias Clínicas de Usuarios				

2- SEGURIDAD DEL PERSONAL Y LOS USUARIOS

REQUISITOS MÍNIMOS		SI	NO	N/A	Observaciones
2.1	Todos los espacios tienen facilidad de acceso para discapacitados				
2.2	Suministro constante de agua potable				
2.3	Sistema de eliminación de excretas y aguas residuales				
2.4	Zafacones con tapas y fundas con el color rojo correspondiente a Material Contaminante				
2.5	Zafacones con tapas y fundas con el color negro correspondiente a Material no Contaminante				
2.6	Sistema de manejo de desechos sólidos y líquidos				

2.7	Reune los requerimientos establecidos por la Dirección de Salud Ambiental del MPS en el manejo de Desechos, Roedores y Plagas				
2.8	El Establecimiento se encuentra alejado de Focos de Contaminación según Normas del MSP				

3- UNIDAD DE EMERGENCIA

REQUISITOS MÍNIMOS		SI	NO	N/A	Observaciones
3.1	Lavamanos				
3.2	Una Camilla para Examen de Emergencia				
3.3	Una Camilla de Curación e Inyectables				
3.4	Una Lámpara Cuello de Ganso				
3.5	Un Banco-escalera para Pacientes				
3.6	Un Nebulizador				
3.7	Oxígeno Integrado o Tanque de Oxígeno con Manómetro				
3.8	Esfigmomanómetros con Brazaletes para Adultos y Niños				
3.9	Un Equipo de Diagnóstico Otorrino-oftalmoscopio				
3.10	Un Estetoscopio				
3.11	Un Glucómetro				
3.12	Un Martillo de Percusión				
3.13	Pinza de Foster (Porta- gasas)				
3.14	Una Balanza de Adultos				
3.15	Una Balanza Pediátrica				
3.16	Dos Equipos de Curación				
3.17	Equipo de Cirugía Menor o de Sutura con los Instrumentos Mínimos				
3.18	Una Vitrina para Medicamentos de Urgencia				
3.19	Un Escritorio con tres Sillas				
3.20	Una Mampara o Cortina de Separación				
3.21	Una Mesa Porta - Instrumentos de Acero Inoxidable				
3.22	Bomboneras de Acero Inoxidable o Vidrio				
3.23	Balón de Ambú				
3.24	Esterilizador de Equipos o Materiales, tipo Olla o Autoclave				
3.25	Zafacones con Tapa y Pedal, con Bolsas color Rojo para Desechos Contaminantes o Tóxicos.				
3.26	Equipo para Incineración o Destrucción de Agujas				

4- DOCUMENTACIÓN

REQUISITOS MÍNIMOS		SI	NO	N/A	Observaciones
4.1	Normas Nacionales de Atención del MSP (según tipo de consulta)				
4.2	Normas de Procedimientos de Bioseguridad				
4.3	Manual de Procedimientos Administrativos				
4.4	Formulario de Consentimiento Informado				
4.5	Registro de Decisión Informada de los Usuarios				
4.6	Registro e Inventario de los Equipos, Instrumentos y Materiales				
4.7	Formulario Vigente de Notificación Obligatoria de Enfermedades Infecto-contagiosas establecido por el MSP				
4.8	Documentación que avale Personería Jurídica				

5- GESTIÓN

REQUISITOS MÍNIMOS		SI	NO	N/A	Observaciones
5.1	Sistema de Medición Periódica de la Satisfacción de Usuarios/as				
5.2	Planes de Mejoramiento de la Calidad del Servicio				
5.3	Protocolo de Limpieza				
5.4	Programa de Mantenimiento Correctivo y Preventivo de los Equipos				
5.5	Documentación que confirme si tiene Acceso a un Servicio de Referencia y Transporte Rápido en caso de Urgencia				
5.6	Insumos Desechables				
5.7	Personal Identificado y Debidamente Uniformado				
5.8	Cartera de Servicios y Horario Visibles				
5.9	Derechos y Deberes de los Usuarios/as en lugar Visible				

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