

K.1- Hospital () **K.2-** Clínica () **K.3-** Centro Médico () **K.4-** Otros* ()

L- Dirección de Salud

L.1- Regional _____ **L.2-** Provincia _____ **L.3-** Área _____

(Para uso de la DGHA)

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- 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 Ident. 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 TÉCNICO Y ADMINISTRATIVO

| | | | | | |
|------------|---|-------|-------|-------|----------------------|
| T.1 | Número de Médicos | | | | Observaciones |
| T.2 | Número de Licenciadas en Enfermería | | | | |
| T.3 | Número de Profesionales con Postgrado | | | | |
| T.4 | Número de Auxiliares de Enfermería | | | | |
| T.5 | Número personal Administrativo y de apoyo | | | | |
| T.6 | Número de Exequátur | | | | |
| T.7 | Horario de Servicio en horas | 4 () | 6 () | 8 () | |

U- SERVICIOS QUE POSEE EL ESTABLECIMIENTO

| REQUISITOS MINIMOS | | SI | NO | N/A | Observaciones |
|--------------------|------------------------------|----|----|-----|---------------|
| U.1 | Laboratorios | | | | |
| U.2 | Servicios Médicos Auxiliares | | | | |
| U.3 | Odontológicos | | | | |
| U.4 | Banco de Sangre | | | | |
| U.5 | Servicios de Transfusión | | | | |

Version 01

DGHA-F0-018

1- INSTALACIONES FÍSICAS E INFRAESTRUCTURA

| REQUISITOS MINIMOS | | SI | NO | N/A | Observaciones |
|--------------------|-------------------------------------|----|----|-----|---------------|
| 1.1 | Planta física en buenas condiciones | | | | |

| | | | | |
|------|--|--|--|--|
| 1.2 | Techos sin filtraciones | | | |
| 1.3 | Calzadas protectoras | | | |
| 1.4 | Pasillos amplios para la circulación no menor de 2.5 Mts. | | | |
| 1.5 | Facilidades de estacionamiento (1 por cada 50 Mts2 de construcción) | | | |
| 1.6 | Rampa para discapacitados (pendiente óptima 8%) (Sólo aplica para el 1er. Nivel) | | | |
| 1.7 | Área de almacenamiento de insumos | | | |
| 1.8 | Salas de Internamiento acorde a la Cartera de Servicios | | | |
| 1.9 | Sala de espera con bancos o sillas suficientes | | | |
| 1.10 | Instalaciones sanitarias para los usuarios | | | |
| 1.11 | Habitación del personal médico de servicio | | | |
| 1.12 | Guardarropas con casilleros individuales para el personal de salud | | | |
| 1.13 | Facilidades para el alojamiento temporal de Cadáveres | | | |
| 1.14 | Armario para ropas de cama | | | |
| 1.15 | Servicios Médicos Auxiliares | | | |

2- ÁREA DE ATENCIÓN AL USUARIO

| REQUISITOS MÍNIMOS | | SI | NO | N/A | Observaciones |
|--------------------|---|----|----|-----|---------------|
| 2.1 | Escritorios | | | | |
| 2.2 | Sillas | | | | |
| 2.3 | Teléfonos | | | | |
| 2.4 | Archivos | | | | |
| 2.5 | Sistemas de Información | | | | |
| 2.6 | Computadoras | | | | |
| 2.7 | Derechos y Deberes de los Usuarios en lugar Visible | | | | |
| 2.8 | Cartera de Servicios visible a los usuarios | | | | |
| 2.9 | Buzón de Quejas y Sugerencias | | | | |

Version 01

DGHA-F0-018

3- ÁREA ADMINISTRATIVA

| REQUISITOS MÍNIMOS | | SI | NO | N/A | Observaciones |
|--------------------|-------------|----|----|-----|---------------|
| 3.1 | Escritorios | | | | |

| | | | | |
|-----|-------------------------------------|--|--|--|
| 3.2 | Sillas | | | |
| 3.3 | Computadora y/o Máquina de escribir | | | |
| 3.4 | Fax | | | |
| 3.5 | Teléfonos | | | |
| 3.6 | Archivos | | | |
| 3.7 | Estantes | | | |
| 3.8 | Sistema de Registro | | | |

4- ÁREA DE ARCHIVO Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

| REQUISITOS MÍNIMOS | | SI | NO | N/A | Observaciones |
|--------------------|-------------------------------|----|----|-----|---------------|
| 4.1 | Anaqueles | | | | |
| 4.2 | Computadora | | | | |
| 4.3 | Escritorios | | | | |
| 4.4 | Sillas | | | | |
| 4.5 | Mesa metálica o de madera | | | | |
| 4.6 | Abanicos o Aire Acondicionado | | | | |
| 4.7 | Enumerador Automático | | | | |

5- FARMACIA HOSPITALARIA

| REQUISITOS MÍNIMOS | | SI | NO | N/A | Observaciones |
|--------------------|---|----|----|-----|---------------|
| 5.1 | Cuenta con un Director Técnico, Lic. en Farmacia | | | | |
| 5.2 | Área de Administración y Gestión | | | | |
| 5.3 | Manual de Procedimientos de Suministro de Medicamentos | | | | |
| 5.4 | Sistema de Inventario de medicamentos | | | | |
| 5.5 | Climatización entre 15º y 30º C | | | | |
| 5.6 | Anaqueles para Medicamentos (colocación a 16 cm de la pared y 50 cm del piso) | | | | |

Version 01

DGHA-F0-018

6- UNIDAD DE EMERGENCIAS, CARACTERÍSTICAS

| REQUISITOS MÍNIMOS | | SI | NO | N/A | Observaciones |
|--------------------|--------------------------------------|----|----|-----|---------------|
| 6.1 | Mesa metálica para instrumentos | | | | |
| 6.2 | Sillas para el enfermo y acompañante | | | | |

| | | | | |
|------|---|--|--|--|
| 6.3 | Camilla de examen médico y taburete | | | |
| 6.4 | Lavamanos con dispensador de jabón bactericida | | | |
| 6.5 | Disponibilidad de agua potable | | | |
| 6.6 | Lámpara cuello de ganso | | | |
| 6.7 | Balanza | | | |
| 6.8 | Estetoscopios | | | |
| 6.9 | Esfigmomanómetros | | | |
| 6.10 | Escritorio | | | |
| 6.11 | Negatoscopio | | | |
| 6.12 | Silla para médico | | | |
| 6.13 | Pie de suero | | | |
| 6.14 | Oxígeno integrado o tanque de oxígeno con manómetro | | | |
| 6.15 | Aspirador | | | |
| 6.16 | Bandeja de cirugía menor | | | |
| 6.17 | Balón de Ambú | | | |
| 6.18 | Laringoscopio | | | |
| 6.19 | Bandeja de traqueotomía con cánulas | | | |
| 6.20 | Camilla de transporte paciente | | | |
| 6.21 | Silla de Ruedas | | | |
| 6.22 | Set Diagnóstico | | | |
| 6.23 | Desfibrilador | | | |
| 6.24 | Electrocardiógrafo | | | |
| 6.25 | Biombo | | | |
| 6.26 | Armario para medicamentos | | | |
| 6.27 | Nebulizador | | | |
| 6.28 | Tubo de pecho | | | |
| 6.29 | Abanicos o Aire Acondicionado | | | |
| 6.30 | Sistema contra incendios (personal capacitado en uso) | | | |
| 6.31 | Baño contiguo | | | |
| 6.32 | Ventilación | | | |
| 6.33 | Iluminación | | | |
| 6.34 | Teléfonos | | | |
| 6.35 | Bebedero en área contigua | | | |

Version 01

DGHA-F0-018

7- UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN, CARACTERÍSTICAS

| REQUISITOS MÍNIMOS | | SI | NO | N/A | Observaciones |
|--------------------|-------------------|----|----|-----|---------------|
| 7.1 | Camas de posición | | | | |
| 7.2 | Pie de suero | | | | |

| | | | | |
|------|---|--|--|--|
| 7.3 | Silla | | | |
| 7.4 | Oxígeno integrado o tanque de oxígeno con manómetro | | | |
| 7.5 | Mesa de noche | | | |
| 7.6 | Mesa para alimentos | | | |
| 7.7 | Abanico o Aire Acondicionado | | | |
| 7.8 | Baño | | | |
| 7.9 | Sistema contra incendios | | | |
| 7.10 | Sistema de aviso a la Estación de Enfermería | | | |

8- ESTACIÓN DE ENFERMERÍA

| REQUISITOS MÍNIMOS | | SI | NO | N/A | Observaciones |
|--------------------|--|----|----|-----|---------------|
| 8.1 | Escritorio | | | | |
| 8.2 | Sillón | | | | |
| 8.3 | Sillas | | | | |
| 8.4 | Porta Récord | | | | |
| 8.5 | Vitrinas para medicamentos | | | | |
| 8.6 | Teléfono | | | | |
| 8.7 | Equipo de recepción de aviso de las habitaciones | | | | |

9- RADIODIAGNÓSTICO

| REQUISITOS MÍNIMOS | | SI | NO | N/A | Observaciones |
|--------------------|--|----|----|-----|---------------|
| 9.1 | Puerta y áreas plomadas | | | | |
| 9.2 | Biombo con vidrio plomado | | | | |
| 9.3 | Aire Acondicionado | | | | |
| 9.4 | Cableado para Alto Voltaje | | | | |
| 9.5 | Rayos X | | | | |
| 9.6 | Negatoscopio | | | | |
| 9.7 | Camillas | | | | |
| 9.8 | Delantal de plomo | | | | |
| 9.9 | Banqueta | | | | |
| 9.10 | Removedor automático | | | | |
| 9.11 | Ventilador o Extractor de gases en cuarto | | | | |
| 9.12 | Pie de suero | | | | |
| 9.13 | Equipo personal de medición de radiaciones | | | | |
| 9.14 | Chasis | | | | |
| 9.15 | Computadora o Máquina de escribir | | | | |
| 9.16 | Escritorios | | | | |

Version 01

DGHA-F0-018

| | | | | | |
|------|---------------------|--|--|--|--|
| 9.17 | Sillas | | | | |
| 9.18 | Sala de espera | | | | |
| 9.19 | Baño para pacientes | | | | |
| 9.20 | Dosímetros | | | | |

10- ÁREAS DE LA SALA DE CIRUGÍA

| REQUISITOS MÍNIMOS | | SI | NO | N/A | Observaciones |
|--------------------|---------------------------------|----|----|-----|---------------|
| 10.1 | Vestidores | | | | |
| 10.2 | Recipiente de ropa sucia | | | | |
| 10.3 | Recipiente de ropa limpia | | | | |
| 10.4 | Baños | | | | |
| 10.5 | Área de lavado para el personal | | | | |
| 10.6 | Lavamanos automático | | | | |
| 10.7 | Dispensadores de jabón líquido | | | | |
| 10.8 | Sala de recuperación | | | | |

11- SALA DE CIRUGÍA

| REQUISITOS MÍNIMOS | | SI | NO | N/A | Observaciones |
|--------------------|---|----|----|-----|---------------|
| 11.1 | Máquina de Anestesia (una por sala) | | | | |
| 11.2 | Pisos lisos, lavables, e impermeables (granito o porcelanato) unión pared-piso, pared-techo y esquinas-pared que sean curvos, no a 90º grados | | | | |
| 11.3 | Muros revestidos de material aséptico | | | | |
| 11.4 | Lámparas Fluorescentes | | | | |
| 11.5 | Banqueta en Acero inoxidable | | | | |
| 11.6 | Negatoscopio | | | | |
| 11.7 | Mesa de Mayo con su bandeja | | | | |
| 11.8 | Camilla de cirugía con movimiento | | | | |
| 11.9 | Puerta de cristal con un ancho mínimo de 2.5 Mts. | | | | |
| 11.10 | Pie de suero | | | | |
| 11.11 | Esfigmomanómetros | | | | |
| 11.12 | Estetoscopio | | | | |
| 11.13 | Desfibrilador | | | | |
| 11.14 | Ambú de adultos y pediátrico | | | | |
| 11.15 | Electrocauterios | | | | |
| 11.16 | Salidas eléctricas (Identificadas 110 - 220 voltios) | | | | |
| 11.17 | Aspirador mecánico | | | | |
| 11.18 | Monitores | | | | |
| 11.19 | Lámpara de cirugía | | | | |
| 11.20 | Mesa para preparación de materiales | | | | |
| 11.21 | Bandeja de instrumental para Hernias | | | | |

Version 01

DGHA-F0-018

| | | | | | |
|-------|-------------------------------|--|--|--|--|
| 11.22 | Bandeja Apéndice | | | | |
| 11.23 | Bandeja Ortopédica | | | | |
| 11.24 | Bandeja Cesárea | | | | |
| 11.25 | Instrumental de cirugía menor | | | | |

| | | | | |
|-------|---|--|--|--|
| 11.26 | Instrumental de Histerectomía | | | |
| 11.27 | Instrumental de cirugía vascular | | | |
| 11.28 | Instrumental de cirugía de Vesícula | | | |
| 11.29 | Instrumental de cirugía plástica | | | |
| 11.30 | Instrumental de Tiroides | | | |
| 11.31 | Instrumental de Urología | | | |
| 11.32 | Instrumental de cirugía general | | | |
| 11.33 | Instrumental de cirugía de Neurología | | | |
| 11.34 | Instrumental de cirugía de Ortopedia | | | |
| 11.35 | Instrumental de cirugía Oncológica | | | |
| 11.36 | Instrumental de cirugía Neurovascular | | | |
| 11.37 | Laringoscopio | | | |
| 11.38 | Oxígeno integrado o tanque de oxígeno con | | | |
| 11.39 | Camilla para transporte de pacientes | | | |
| 11.40 | Oxímetro Digital | | | |
| 11.41 | Lámpara cuello de ganso | | | |
| 11.42 | Reloj de pared | | | |
| 11.43 | Butacas metálicas | | | |
| 11.44 | Vitrinas para medicamentos | | | |
| 11.45 | Cubeta de Acero Inoxidable | | | |
| 11.46 | Sillas de Ruedas | | | |
| 11.47 | Sistemas contra incendios o extintores | | | |

12- SALA DE CIRUGÍA OBSTÉTRICA Y PARTOS

| REQUISITOS MÍNIMOS | | SI | NO | N/A | Observaciones |
|--------------------|-------------------------------------|----|----|-----|---------------|
| 12.1 | Área de Pre-partos | | | | |
| 12.2 | Camilla de parto | | | | |
| 12.3 | Taburete en acero inoxidable | | | | |
| 12.4 | Banqueta en Acero inoxidable | | | | |
| 12.5 | Cubeta de acero inoxidable | | | | |
| 12.6 | Lámpara cuello de ganso | | | | |
| 12.7 | Cuna para recién nacidos | | | | |
| 12.8 | Área de neonato próxima o contigua | | | | |
| 12.9 | Lámpara de cirugía | | | | |
| 12.10 | Máquina de anestesia | | | | |
| 12.11 | Mesa semicircular para instrumentos | | | | |
| 12.12 | Electrocauterio | | | | |

Version 01

DGHA-F0-018

| | | | | | |
|-------|---------------------------|--|--|--|--|
| 12.13 | Mesa de materiales | | | | |
| 12.14 | Vitrina para medicamentos | | | | |
| 12.15 | Pie de suero | | | | |
| 12.16 | Esfigmomanómetro | | | | |

| | | | | |
|--------------|--|--|--|--|
| 12.17 | Estetoscopio | | | |
| 12.18 | Reloj de pared con segundero | | | |
| 12.19 | Monitor cardíaco fetal | | | |
| 12.20 | Aspirador para adultos y para recién nacidos | | | |
| 12.21 | Zafacón con funda y tapa | | | |
| 12.22 | Carro de Paro o desfibrilador | | | |
| 12.23 | Instrumental para cirugía obstétrica | | | |
| 12.24 | Lavador de manos | | | |
| 12.25 | Camillas rodables | | | |
| 12.26 | Oxígeno integrado o tanque de oxígeno con manómetro | | | |
| 12.27 | Salidas eléctricas (identificadas 110 - 220 voltios) | | | |

13- ESTERILIZACIÓN

| REQUISITOS MÍNIMOS | | SI | NO | N/A | Observaciones |
|--------------------|---|----|----|-----|---------------|
| 13.1 | Autoclave central o de mesa | | | | |
| 13.2 | Lavadero de instrumental en acero inoxidable | | | | |
| 13.3 | Mesa para preparación de instrumentos | | | | |
| 13.4 | Anaqueles de ropa | | | | |
| 13.5 | Recipiente de ropa sucia | | | | |
| 13.6 | Recipiente de ropa limpia | | | | |
| 13.7 | Área de esterilización, cercana del área de cirugía | | | | |
| 13.8 | Extintor contra incendios | | | | |

14- SERVICIOS DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN

| REQUISITOS MÍNIMOS | | SI | NO | N/A | Observaciones |
|--------------------|---|----|----|-----|---------------|
| 14.1 | Ventilación | | | | |
| 14.2 | Salida de humo, olores y otros residuos | | | | |
| 14.3 | Fregaderos dobles en acero inoxidable | | | | |
| 14.4 | Almacenamiento en seco | | | | |
| 14.5 | Armarios adecuados | | | | |
| 14.6 | Ubicación lo más independiente posible de los demás servicios | | | | |
| 14.7 | Utensilios y equipos en buenas condiciones | | | | |
| 14.8 | Almacenamiento en frío | | | | |
| 14.9 | Disponibilidad de agua caliente y agua potable | | | | |
| 14.10 | Zafacones con funda y tapa | | | | |

Version 01

DGHA-F0-018

| | | | | | |
|--------------|--|--|--|--|--|
| 14.11 | Comedor para el personal, contiguo a la cocina | | | | |
| 14.12 | El comedor deberá contar con lavamanos, mobiliarios, equipos y utensilios necesarios en condiciones higiénicas para llenar su cometido | | | | |
| 14.13 | Extintor de incendios | | | | |

| | | | | |
|--------------|---|--|--|--|
| 14.14 | Limpieza de los alrededores | | | |
| 14.15 | Extractor o removedor de grasas | | | |
| 14.16 | Tablas impermeables para cortar | | | |
| 14.17 | Utensilios en buenas condiciones (higiénicos, limpios y suficientes) (vasos, platos, ollas y tenedores) | | | |
| 14.18 | Controles de temperatura | | | |

15- SERVICIO DE LAVANDERÍA

| REQUISITOS MÍNIMOS | | SI | NO | N/A | Observaciones |
|--------------------|--|----|----|-----|---------------|
| 15.1 | Área destinada al lavado exclusivo de ropa del establecimiento | | | | |
| 15.2 | Agua abundante | | | | |
| 15.3 | Utensilios y materiales suficientes y adecuados según protocolo | | | | |
| 15.4 | Área de planchado contigua a la lavandería | | | | |
| 15.5 | Carro para ropa sucia | | | | |
| 15.6 | Lavadoras industriales | | | | |
| 15.7 | Secadoras industriales | | | | |
| 15.8 | Sistema de desagüe con canaleta incluida para las aguas residuales | | | | |
| 15.9 | Protocolo por escrito para el área de lavado | | | | |

16- DOCUMENTACIÓN REQUERIDA EN LOS CENTROS CON INTERNAMIENTO

| REQUISITOS MÍNIMOS | | SI | NO | N/A | Observaciones |
|--------------------|---|----|----|-----|---------------|
| 16.1 | Normas Nacionales de Salud Impresas | | | | |
| 16.2 | Manual de Procedimientos Administrativos | | | | |
| 16.3 | Libro para el Registro de pacientes | | | | |
| 16.4 | Manuales de equipos (en español) | | | | |
| 16.5 | Manual de Normas Internas (elaborado según la complejidad del establecimiento) | | | | |
| 16.6 | Norma de Procedimientos de Bioseguridad | | | | |
| 16.7 | Formulario para el control de calidad de los equipos | | | | |
| 16.8 | Formulario del Ministerio de Salud Pública de Notificación Obligatoria de Enfermedades Infectocontagiosas | | | | |

Version 01

DGHA-F0-018

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

| REQUISITOS MÍNIMOS | | SI | NO | N/A | Observaciones |
|--------------------|--|----|----|-----|---------------|
| 17.1 | Señalización de las áreas | | | | |
| 17.2 | Exposición en lugar visible de la Cartera de Servicios | | | | |
| 17.3 | Sistema de Salida para Emergencias | | | | |

| | | | | |
|--------------|---|--|--|--|
| 17.4 | Extintor de incendio/Fecha de Expiración o Sistema contra Incendios | | | |
| 17.5 | Batas | | | |
| 17.6 | Zapatos cerrados | | | |
| 17.7 | Uso de guantes desechables | | | |
| 17.8 | Uso de mascarrillas | | | |
| 17.9 | Uso de zafacones con fundas y tapas en todas las áreas | | | |
| 17.10 | Área de equipos de limpieza, detergentes y desinfectantes | | | |
| 17.11 | Área para descanso del personal de apoyo | | | |
| 17.12 | Limpieza de superficies y cristalería | | | |

18 - CONDICIONES DEL AMBIENTE DE TRABAJO

| REQUISITOS MÍNIMOS | | SI | NO | N/A | Observaciones |
|--------------------|---|----|----|-----|---------------|
| 18.1 | Fuente de Energía Permanente | | | | |
| 18.2 | Buena iluminación en todas las áreas | | | | |
| 18.3 | Ventilación en todas las áreas | | | | |
| 18.4 | Sistema de desagüe | | | | |
| 18.5 | Conexiones eléctricas identificadas y suficientes (110 - 220 voltios) | | | | |
| 18.6 | Disponibilidad de agua potable | | | | |
| 18.7 | Condiciones generales de higiene | | | | |

19- GESTIÓN

| REQUISITOS MÍNIMOS | | SI | NO | N/A | Observaciones |
|--------------------|--|----|----|-----|---------------|
| 19.1 | Protocolo de Limpieza | | | | |
| 19.2 | Constancia de control de roedores, insectos y otras plagas | | | | |
| 19.3 | Protocolo de manejo de Desechos Infecciosos | | | | |
| 19.4 | Personal debidamente Uniformado e Identificado | | | | |

Version 01

DGHA-F0-018

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