



DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD
DIVISIÓN SERVICIOS DE SALUD
DEPARTAMENTO DE HABILITACIONES

S 6

**FICHA DE INSPECCIÓN A ESTABLECIMIENTOS DE SALUD
CENTROS Y SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA CON
UNIDADES MÓVILES
DECRETO 578/1996**

LocalidadFecha.....

1. IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

Nombre de la empresa (razón social).....
Nombre del Establecimiento.....
Dirección Base de
salida.....
CiudadDepartamento.....
Teléfono.....FAX.....Correo electrónico.....
La solicitud del trámite corresponde a:
Habilitaciónsi - no,
Renovación (por habilitación vencida):.....si - no,
Nueva Habilitación (ej: cambio estructural, normativa, personería, etc.)..si – no

2. CARACTERÍSTICAS-

Brinda atención de urgencia y/o Emergencia:
A niños.....si - no
Para lo cual cuenta con (Nº)Móviles
A adultos.....si - no
Para lo cual cuenta con (Nº)Móviles

3. TIPO DE SERVICIO/S Y ORGANIZACIÓN

Cuenta además en la base con Infraestructura, equipamiento y recursos Humanos para brindar Consulta Ambulatoria en:
Medicina.....si - no
Cirugía.....si - no
Pediatria.....si - no
Ginecología.....si - no
Otras.....si - no

3. PLANTA FÍSICA

- Sala de guardia.....si - no
 Con Estar.....si - no
 Vestuario.....si - no
 Servicio Higiénico.....si - no
 Depósito de material.....si - no
 Sala de radio en esta base (puede ubicarse en otra planta física).....si - no
 Condiciones generales de las áreas en cuanto a:
- Aseo :
- Aceptable.....si - no
- Mantenimiento :
- Aceptable.....si - no

Observaciones.....

5. PERSONAL

- Cuenta con Director Técnico.....si - no
 El cual es especialista en:
- Anestesiología.....si - no
 Medicina Intensiva.....si - no
 Salud Pública.....si - no
- En cada Unidad Móvil cuentan con:
- 1 Médico.....si - no
 Con capacitación en la atención de Emergencia...si - no
 1 auxiliar de Enfermería.....si - no
 ó 1 Practicante de Medicina.....si - no
- En la base con personal :
- Administrativo.....si - no
 Para atención del público.....si - no
 De servicio.....si - no

6. EQUIPAMIENTO Y MATERIALES

UNIDADES MÓVILES

Cantidad total actual de unidades.....
 Marcas.....
 Modelos.....
 Año.....
 Matricula.....

CON LAS SIGUIENTES CARÁCTERÍSTICAS:

Bajo centro de gravedad.....si - no
 Altura interior mayor a 1.8m.....si - no

Iluminación suficiente.....si – no
 Señales luminosas.....si – no
 Señal sonora.....si - no
 Espacio libre para :
 1 camilla.....si - no
 2 personas realizando maniobras.....si – no

Observaciones.....

Equipamiento de Móviles:

Balón de oxígeno con cadena o similar de seguridad....si - no.
 Tubos y mascarar.....si - no
 Ambú..... si - no
 Ambú pediátrico (si corresponde..... si - no
 Laringoscopio.....si - no
 Tubos endotraqueales.....si - no
 Para aspiración gástrica.-..... si - no
 Para aspiración traqueobronquial.....si - no
 Cardiodesfibrilador.....si - no
 Marcapaso externo.....si - no
 Electrodo termo cutáneos.....si - no
 Instrumental para:
 toracocentesis.....si - no
 Toracostomía.....si - no
 Traqueotomía.....si - no
 Vía Venosa Central.....si - no
 Vía venosa periferia.....si - no
 Inyectables.....si - no
 Tubos endotraqueales.....si - no
 Para aspiración gástrica.-..... si - no
 Para aspiración traqueobronquial..... si - no
 Catéteres urinarios.....si - no
 Instrumental de cirugía menor (caja de pequeña cirugía).... si - no
 Aparatos para sostén de fracturas.....si - no

Observaciones.....
 Fluidos osmolares (hiper e hipo).....si - no
 Drogas utilizadas en situaciones de emergencias.....si - no
 Dopamina.....si - no
 Isoproterenol.....si - no
 Adrenalina.. si - no
 Antihipertensivos.....si - no
 Corticoides.... si - no
 Anticomisiales.....si - no
 Nalexate.....si - no
 Antitérmicos.....si - no
 Ansiolítico.....si - no
 Analgésicos menores.....si - no
 Morfina y/o similar.....si - no
 En caso de cobertura neonatológica deben contar con incubadora
 de traslado.....si - no
 Observaciones.....

7. CRITERIOS DE FUNCIONAMIENTO

Registro de atención de Enfermos

Planillasi – no

Otras formas (describir).....

Contenido:

Datos del paciente.....si – no

Hora de inicio del tratamiento.....si – no

Hora de finalización.....si – no

Lugar del inicio de atención.....si – no

Lugar de traslado.....si – no

Medico actuante.....si – no

Condiciones generales de los móviles en cuanto a:

Aseo :

Acceptable.....si – no

Mantenimiento :

Acceptable.....si – no

Observaciones.....

.....

Persona entrevistada:

Funcionario actuante:

Firma:

Sello

Elaborado por: Dr. P. Colman	Aprobado por: Dra. R. Rosa	Fecha aprobación: 02/2006	Nº edición: 01	Nº revisión: 00
---------------------------------	-------------------------------	---------------------------------	-------------------	--------------------