



Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Dirección General de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud
Departamento de Regulación, Acreditación y Control de Establecimientos de Salud.
11 avenida "A" 12-19 Finca La Verbena Zona 7 Teléfonos 4755396/4719999 Fax 4719999 Correo Electrónico: draces@intelnet.net.gt

DECLARACIÓN JURADA Y GUIA PARA LA HABILITACION DE HOSPITALES

IDENTIFICACION DEL FORMULARIO	01
CODIGO DEL HOSPITAL	_____

IDENTIFICACION DEL HOSPITAL (INFORMACION GENERAL)

Fecha de inspección: ____/____/____/ Inspección No. _____

1.- Nombre del Hospital _____

2.- Nombre del Representante legal _____

3.- Dirección del Hospital _____

Código Postal _____

4.- Departamento _____ Municipio _____

5.- Teléfono (s) _____

6.- Fax _____

7.- Correo Electrónico _____

INSTRUCCIONES: Lea cuidadosamente, escriba a máquina o letra de molde por el responsable del establecimiento (representante legal y médico director).

REGISTRO LEGAL Y PROFESIONAL O CON RESPONSABILIDAD LEGAL

8.-		No.	OBSERVACIONES	
	Patente de Comercio (Registro Mercantil de la Empresa)			
9.-	Licencia Sanitaria (Autorización de Funcionamiento MSPAS)			
10.-	Nombre del Representante Legal (Fotocopia de la inscripción en el registro civil legalizada o Acta notarial donde conste el nombramiento que lo acredita como representante legal de la institución).	Profesión	No. De Colegiado.	
11.-	Nombre del Director Médico			
12.- Número de Camas con Internación General				
13.- Número de Camas Unidad de Cuidados Intensivos				
14.- Número de Incubadoras				
15.- Número de Cunas				
16.- Índice Ocupacional por día				
17.- Tipo de Empresa	Individual	Asociación	Sociedad	Otro
18.- Tipo de Hospital	De Referencia y Atención al Público	De Referencia	De Día	Otro

19.- Cuenta el establecimiento con las siguientes áreas

Area o Servicio	SI	NO	Nombre del Responsable	Profesión	No. Colegiado
Consulta externa					
Emergencia					
Medicina Interna					
Cirugía					
Gineco-Obstetricia					
Pediatría					
Encamamiento General					
Unidad de Cuidados Intensivos					
Quirófano					
Anestesiología					
Comité de Nosocomiales					
* Laboratorio Clínico					
* Banco de Sangre					
* Rayos X					
Endoscopia					
* Terapia Radiante					
* Medicina Nuclear					
Anatomía-Patológica					
Servicio de Alimentación					
Lavandería					
Limpieza					

Esterilización					
Farmacia					
Enfermería					
Archivo					
Estadística					
Dirección					
Secretaría					
Trabajo Social					
Personal					
Administración					
Finanzas					
Control de excretas, residuos y Potabilidad del Agua					
Mantenimiento					
Seguridad					

Los servicios de Rayos X, Terapia Radiante y Medicina Nuclear, deben contar con Licencia Sanitaria extendida por el MSPAS y Licencia de Operación, los Radiólogos y personal técnico Licencia de Operador extendida por el MEM, los desechos Radiactivos deben ser manejados según las recomendaciones del MEM. (Acuerdo Gubernativo 559-98)

20.- Hacer una breve descripción de las condiciones encontradas en las diferentes áreas, mobiliario y equipo con el que cuentan.

INSTALACIONES

	Material	CONDICION		
		Buena	Regular	Mala
Paredes				
Techo				
Cielo				
Pisos				
Puertas				
Ventanas				

SISTEMA DE VENTILACION

	SI	NO	ESPECIFIQUE
Natural			
Artificial (especifique ventiladores portátiles o aire acondicionado)			

ABASTECIMIENTO DE AGUA POTABLE

	SI	NO	ESPECIFIQUE
Sistema Municipal			
Cisterna Propia (Especifique capacidad)			

ENERGIA ELECTRICA

	SI	NO	ESPECIFIQUE
Empresa Eléctrica			

Planta Propia (Especifique capacidad y en cuanto tiempo empieza a funcionar)			
--	--	--	--

ILUMINACION

	SI	NO	ESPECIFIQUE
Natural (Especifique cuantas horas al día)			
Energía Eléctrica (Especifique cuantas horas al día).			

DISPOSICION DE DESECHOS HOSPITARIOS (DH) REGLAMENTO PARA EL MANEJO DE DESECHOS SÓLIDOS HOSPITALARIOS ACUERDO GUBERNATIVO No. 509-2001.

A. Incinerador

	SI	NO	OBSERVACIONES
- La clasificación de los DH se hace tomando en cuenta las recomendaciones del <i>Reglamento para el Manejo de desechos Sólidos Hospitalarios, del MSPAS. Emitido el 9 de Enero del 2002</i>			
-Especifique que empresa contrata para el servicio del manejo de desechos hospitalarios acompañando certificación.			

21.- A continuación señale como se encuentra las diferentes instalaciones en términos generales, tomando en cuenta espacio, iluminación, distribución y estado general de las paredes, pisos, techos, mobiliario, equipamiento, etc.

	Condiciones generales de las diferentes instalaciones.				
	Muy Buenas	Buenas	Regulares	Malas	Observaciones
Consulta externa					
Emergencia					
Medicina Interna					
Cirugía					
Gineco-Obstetricia					
Pediatría					
Encamamiento General					
Unidad de Cuidados Intensivos					
Quirófano					
Anestesiología					
Comité de Nosocomiales					
Laboratorio Clínico					
Banco de Sangre					
Rayos X					
Endoscopia					
Terapia Radiante					
Medicina Nuclear					
Anatomía-Patológica					

Servicio de Alimentación					
Lavandería					
Limpieza					
Esterilización					
Farmacia					
Enfermería					
Archivo					
Estadística					
Dirección Médica					
Secretaría					
Trabajo Social					
Personal					
Administración					
Finanzas					
Control de excretas, residuos y Potabilidad del Agua					
Mantenimiento					
Seguridad					

22.- Proporcionar la siguiente información.

Número total de camas	
------------------------------	--

Total de:	Número
Camas de Encamamiento General	
Camas en Unidad de Cuidados Intensivos	
Camas en Maternidad	
Camas/Cunas en Pediatría	
Camillas para transporte	
Incubadoras	
Sala (s) de Operación (es)	

23.- De las siguientes áreas describa el personal con que cuenta

Area o Servicio	Número de Médicos Especialistas, Médicos Generales, Médicos Residentes, Médicos de Guardia	Número de Enfermeras Profesionales	Número de Auxiliares de Enfermería con Diploma reconocido por el MSPAS	Número de Auxiliares de Enfermería sin Diploma reconocido por el MSPAS
Consulta externa				
Emergencia				
Medicina Interna				
Quirófano				
Gineco-Obstetricia				
Pediatría				
Encamamiento General				

Unidad de Cuidados Intensivos				
Anestesiología				
Endoscopia				
Comité de Nosocomiales				
Comité de Bioética				
Nutrición				

Area o Servicio	Número de Químicos (as) Biólogos (as)	Técnicos de Laboratorio con Diploma reconocido por el MSPAS	Técnicos de Laboratorio sin Diploma reconocido por el MSPAS
Laboratorio Clínico			
Banco de Sangre			

Area o Servicio	Número de Médicos Especialistas del servicio	Personal técnico con Diploma reconocido por el MSPAS	Personal técnico sin Diploma reconocido por el MSPAS
Rayos X			
Terapia Radiante			
Medicina Nuclear			

Area o Servicio	Número de Químicos Farmacéuticos	Número de Auxiliares de Farmacia con Diploma reconocido por el MSPAS	Número de Auxiliares de Farmacia sin Diploma reconocido por el MSPAS
Farmacia o Dispensación de Medicamentos			

	SI	NO
El servicio de alimentación (cocina), está a cargo de un (a) Nutricionista		
Si la anterior respuesta es no, cuenta con la asesoría de Nutricionista		
Nombre del (la) Nutricionista _____		
Adjuntar carta de responsabilidad del/la Profesional.		

Area o Servicio	Número de Químicos Farmacéuticos	Número de Auxiliares de Farmacia con Diploma reconocido por el MSPAS	Número de Auxiliares de Farmacia sin Diploma reconocido por el MSPAS
Farmacia o Dispensación de Medicamentos			

Especifique a que laboratorio refiere las muestras, donde efectúa los estudios radiológicos y de que banco de sangre se abastece (en caso de no contar con estos servicios).

NOMBRE	DIRECCION	TELEFONO

24.- Hacer una breve descripción del mobiliario y equipo de las diferentes áreas

ANEXOS

Adjuntar un dibujo o plano del Establecimiento describiendo áreas en metros cuadrados, ventanas, puertas, tomacorrientes, ubicación del mobiliario y equipo.

De los médicos presentar fotocopia de título, si es especialista adjuntar fotocopia de constancia de colegiado activo. Del personal técnico (Rayos X), presentar diploma o certificado del MSPAS.

El personal que atiende directamente a los pacientes debe adjuntar fotocopia de tarjeta de salud y/o certificado de salud, el personal que procesa muestras en el laboratorio deberá estar vacunado contra Hepatitis B y adjuntar fotocopia de la constancia

Cada área del hospital cuenta con sus propias normas por escrito.

Cuenta con manual de Bioseguridad y de Manejo de Desechos Sólidos Hospitalarios

DECLARACION JURADA DEL REPRESENTANTE LEGAL Y/O MEDICO DIRECTOR DE LA INSTITUCION.

Yo _____, con cédula de Vecindad Número de Orden: _____ Numero de Registro: _____ extendida en _____

Declaro bajo juramento que los datos contenidos en la presente guía de Habilitación de _____, son

Nombre del hospital

verídicos los cuales pueden comprobarse previamente a obtener la **AUTORIZACIÓN SANITARIA** de funcionamiento, sujetándose a las disposiciones del Código de Salud y revisión que crea pertinente éste Departamento, en relación a lo expuesto en el presente guía de habilitación.

LUGAR Y FECHA

Firma y sello