

# Ficha Evaluación de Establecimientos de Salud



## GENERALIDADES:

Nombre del Centro de Salud: \_\_\_\_\_  
 Miembro contacto del centro de Salud: \_\_\_\_\_ # Movil: \_\_\_\_\_  
 Código RUPS: \_\_\_\_\_

**UBICACIÓN:**

Departamento:	_____	Código:	_____
Municipio:	_____		
Aldea:	_____		
Casero - Colonia:	_____		

**Coordenadas UTM:** X: \_\_\_\_\_ Y: \_\_\_\_\_

Servicios Públicos:	SI	No
Agua Potable:		
Energía Eléctrica:		

**Personal Médico de Centro:**

Médico General:	Cantidad
Licenciada en Enfermería:	
Enfermera Auxiliar:	
TSP (Técnico en Salud Pública):	
TSA (Técnico en Salud Ambiental):	
Otros:	

## ESTADO ESTRUCTURAL:

<b>PAREDES:</b>	Condición Actual:				Pared de Bloque Sisado (SI / NO)	Área de Daño (m2):					
Existe Repello:	SI / NO:	Buena	Regular	Mala							
<b>Grietas o Fallas en Paredes:</b>											
Condición de Daños:				Área de Daño (m2):							
SI / NO: Leves Severos Total											
<b>Vigas y Columnas:</b>	Condición Actual:				Vigas Daños (ml):	Columnas Daños (ml):					
	SI / NO:	Buena	Regular	Mala							
<b>Pintura:</b>	Condición Actual:				SI Requiere Pintura (m2)						
	SI / NO:	Buena	Regular	Mala							
<b>TECHOS:</b>	Condición Actual:				Material de Estructura Base:			SI Existen Daños en el Techo, defina (m2):			
Existe estructura base:	SI / NO:	Buena	Regular	Mala	Madera Aserrada	Madera en Horcones.	Canaleta Metálica				
<b>Techado:</b>	Condición Actual:				Tipo de Techo Existente						
	SI / NO:	Buena	Regular	Mala	Teja de Barro	Teja de Asbesto	Lamina de Zinc	Lamina de Aluzinc	Otros:		
<b>Cielo Falso:</b>	Condición Actual:				Tipo de Cielo Falso:					SI Existen Daños en el Cielo Falso, defina (m2):	
	SI / NO:	Buena	Regular	Mala	Tabla Yeso (Drwall)	Poliestireno Expandido	Fibra de Vidrio	Madera	Acrílico	PVC	
<b>PISOS:</b>	Condición Actual:				Tipos de Daños Existentes:				SI Existen Daños en el Piso, defina (m2):		
Piso Existente:	SI / NO:	Buena	Regular	Mala	Hundimiento:	Levantamiento:	Grietas o Aberturas:	Desgaste Erosivo // Abrasivo:			
<b>Si, Existen daños en el piso, Defina el sector:</b>	Sala de Espera:	Pre-Clinica/Enfermería:	Clinica:	Farmacia:	Pasillos:	Baños:	Otros:				
<b>PUERTAS Y VENTANAS:</b>	Condición Actual:				Tipo de Puertas:		Actividad Requerida:		SI Existen Daños en las puertas, Defina Cantidad(Unid):		
Puertas:	SI / NO:	Buena	Regular	Mala	Metálica	Madera	Reparación:	Reemplazo:			
<b>Ventanas:</b>	Condición Actual:				Tipo de Ventana:			Actividad Requerida:		SI Existen Daños en las ventanas, Defina Cantidad(Unid):	
	SI / NO:	Buena	Regular	Mala	Madera:	Celosis:	Vidrio Corredisa:	Reparación:	Reemplazo:		
<b>Balcones Metalicos:</b>	Condición Actual:				Actividad Requerida:			SI Existen Daños en los Balcones, Defina Cantidad(Unid):			
	SI / NO:	Buena	Regular	Mala	Reparación:	Reemplazo:	Pintura:				

Instalaciones Sanitarias:	Tipo de Baño Existente:				Sistema de Eliminación de Excretas:			
	Sanitarios:	Letrina:	Baño Lavable:	Ninguno:	Pozo Séptico:	Alcantarillado:	Biodigestor:	Ninguno:

Sanitarios:	Condición Actual:				Actividad Requerida:		Si Existen Daños en los Sanitarios, Defina Cantidad(Unid):
	Cantidad:	Buena	Regular	Mala	Reparación:	Reemplazo:	
Describe tipo de daños:							

Letrinas:	Condición Actual:				Actividad Requerida:		Si Existen Daños en las Letrinas, Defina Cantidad(Unid):
	Cantidad:	Buena	Regular	Mala	Reparación:	Reemplazo:	
Describe tipo de daños:							

Baño Lavable:	Condición Actual:				Actividad Requerida:		Si Existen Daños en los baños lavables, Defina Cantidad(Unid):
	Cantidad:	Buena	Regular	Mala	Reparación:	Reemplazo:	
Describe tipo de daños:							

Lavamanos:	Condición Actual:				Actividad Requerida:		Si Existen Daños en los lavamanos, Defina Cantidad(Unid):
	SI / NO:	Buena	Regular	Mala	Reparación:	Reemplazo:	
Describe tipo de daños:							

Pileta:	Condición Actual:				Actividad Requerida:	
	SI / NO:	Buena	Regular	Mala	Reparación:	Reemplazo:
Describe tipo de daños:						

Instalaciones Electricas:	SI/NO
Alumbrado Público:	
Energia Solar:	

Alumbrado Público:	Condición Actual:			Actividad Requerida:	
	Buena	Regular	Mala	Reparación:	Instalación nueva:

Toma Corrientes:	Condición Actual:				Actividad Requerida:		Si Existen Daños en los tomas, Defina Cantidad(Unid):
	Cantidad:	Buena	Regular	Mala	Reparación:	Instalación nueva:	
Describe tipo de daños:							

Lamparas:	Condición Actual:				Actividad Requerida:		Si Existen Daños en las lamparas, Defina Cantidad(Unid):
	Cantidad:	Buena	Regular	Mala	Reparación:	Instalación nueva:	
Describe tipo de daños:							

Energia Solar:	Condición Actual:			Actividad Requerida:	
	Buena	Regular	Mala	Reparación:	Instalación nueva:

Toma Corrientes:	Condición Actual:				Actividad Requerida:		Si Existen Daños en los tomas, Defina Cantidad(Unid):
	Cantidad:	Buena	Regular	Mala	Reparación:	Instalación nueva:	
Describe tipo de daños:							

Lamparas:	Condición Actual:				Actividad Requerida:		Si Existen Daños en las lamparas, Defina Cantidad(Unid):
	Cantidad:	Buena	Regular	Mala	Reparación:	Instalación nueva:	
Describe tipo de daños:							

Paneles de Captación:	Condición Actual:				Actividad Requerida:		Si Existen Daños en los panel, Defina Cantidad(Unid):
	Cantidad:	Buena	Regular	Mala	Reparación:	Reemplazo	
Describe tipo de daños:							

Baterias de Carga:	Condición Actual:				Actividad Requerida:		Si Existen Daños en las baterias, Defina Cantidad(Unid):
	Cantidad:	Buena	Regular	Mala	Reparación:	Reemplazo	
Describe tipo de daños:							

**EQUIPAMIENTO:**

¿Cuenta con Equipos Medicos el Centro de Salud? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Defina o describa, la condicion actual de los equipos medicos existentes en el centro de salud? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Cuenta con los suministros necesarios para realizar primeros auxilios el centro de salud? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Información del Evaluador / Gestor** Fecha de Levantamiento: \_\_\_\_\_

Nombre Completo: \_\_\_\_\_

# Identidad: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

# Celular: \_\_\_\_\_