

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: | _____ | | |
| Caserío - 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:

| | | | | | | | | | | | |
|--|-------------------|-------------------------|----------|-----------|----------------------------------|------------------------|----------------------|--|---|--|--|
| PAREDES: | Condición Actual: | | | | Pared de Bloque Sisado (SI / NO) | Área de Daño (m2): | | | | | |
| Existe Repello: | SI / NO: | Buena | Regular | Mala | | | | | | | |
| Condición de Daños: | | | | | | | | | | | |
| Grietas o Fallas en Paredes: | SI / NO: | Leves | Severos | Total | Área de Daño (m2): | | | | | | |
| Condición Actual: | | | | | | | | | | | |
| Vigas y Columnas: | SI / NO: | Buena | Regular | Mala | Vigas Daños (ml): | Columnas Daños (ml): | | | | | |
| Condición Actual: | | | | | | | | | | | |
| Pintura: | SI / NO: | Buena | Regular | Mala | SI Requiere Pintura (m2) | | | | | | |
| Condición Actual: | | | | | | | | | | | |
| TECHOS: | 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 | | | | |
| Condición Actual: | | | | | | | | | | | |
| Techado: | Condición Actual: | | | | Tipo de Techo Existente | | | | | | |
| | SI / NO: | Buena | Regular | Mala | Teja de Barro | Teja de Asbesto | Lamina de Zinc | Lamina de Aluzinc | Otros: | | |
| Condición Actual: | | | | | | | | | | | |
| Cielo Falso: | Condición Actual: | | | | Tipo de Cielo Falso: | | | | | | SI Existen Daños en el Cielo Falso, defina (m2): |
| | SI / NO: | Buena | Regular | Mala | Tabla Yeso (Drywall) | Poliestireno Expandido | Fibra de Vidrio | Madera | Acrílico | PVC | |
| Condición Actual: | | | | | | | | | | | |
| PISOS: | 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: | | | |
| Si, Existen daños en el piso, Defina el sector: | | | | | | | | | | | |
| | Sala de Espera: | Pre-Clinica/Enfermería: | Clinica: | Farmacia: | Pasillos: | Baños: | Otros: | | | | |
| Condición Actual: | | | | | | | | | | | |
| PUERTAS Y VENTANAS: | 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: | | | |
| Condición Actual: | | | | | | | | | | | |
| Ventanas: | 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: | | |
| Condición Actual: | | | | | | | | | | | |
| Balcones Metálicos: | 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: _____