

**MINISTERIO DE SALUD**  
**2008-10-07**

---

Ministerio de Salud

SALUD PUBLICA

Resolución 1108/2008

Apruébanse las Grillas de Habilitación Categorizante para Centros de Atención Primaria (CAPS), las que se incorporan al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica.

Bs. As., 2/10/2008

VISTO el expediente N° 2002-10.839/08-6 del Registro del MINISTERIO DE SALUD, y

CONSIDERANDO:

Que las políticas de salud tienen por objetivo primero y prioritario asegurar el acceso de todos los habitantes de la Nación a los Servicios de Salud, entendiendo por tales al conjunto de los recursos y acciones de carácter promocional, preventivo, asistencial, y de rehabilitación, sean éstos de carácter público estatal, no estatal o privados.

Que se afirma el rol de Rectoría del MINISTERIO DE SALUD para garantizar la equidad y calidad en la accesibilidad a los servicios de salud y establecimientos de salud.

Que la habilitación categorizante de los servicios y establecimientos de salud, aprobada en el COFESA, ha sido una construcción colectiva con todas las jurisdicciones del país.

Que es el objetivo de este proceso que la habilitación y categorización de los servicios y establecimientos de salud en todo el territorio se realice mediante un proceso homogéneo, equitativo y periódico, tanto en el ámbito público como privado.

Que este proceso tuvo su inicio con el glosario de denominaciones de establecimientos de salud acordado por todas las provincias y aprobado por Resolución Ministerial 267/03 y su continuidad con las Grillas de Habilitación categorizante para Establecimientos con Internación y sin Internación y alta Complejidad aprobadas por Resolución Ministerial 1262/06 y 1414/07 respectivamente.

Que las grillas de habilitación categorizante para CENTROS DE ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD (CAPS), fueron confeccionadas a partir de las normativas de organización y funcionamiento elaboradas por la DIRECCION DE CALIDAD EN SERVICIOS DE SALUD con la participación de entidades científicas y académicas, deontológicas, Hospitales Públicos y financiadores del Sistema de Salud Nacionales y de las grillas de Habilitación Categorizante aprobadas por RM 1262/06 y 1414/07.

Que dichas grillas fueron analizadas y evaluadas por funcionarios técnicos de las veinticuatro jurisdicciones del país.

Que en función de dicho análisis y evaluación se adecuaron las grillas para su evaluación en terreno.

Que es necesario continuar el trabajo conjunto para la incorporación de instrumentos vinculados a otras modalidades asistenciales y la actualización de los existentes.

Que la Habilitación Categorizante se está implementando a través de la armonización con las jurisdicciones provinciales en los mecanismos de adaptación de las distintas legislaciones vigentes en cada una de las jurisdicciones.

Que la Comisión de Seguimiento, existente en el marco del CONSEJO FEDERAL DE SALUD, será quien garantice la participación de las jurisdicciones provinciales, para la actualización de manera dinámica la mejora de los instrumentos, la incorporación de nuevos instrumentos y efectúe el seguimiento de este proceso en las jurisdicciones provinciales.

Que la DIRECCION DE CALIDAD EN SERVICIOS DE SALUD, la DIRECCION NACIONAL DE REGULACION SANITARIA Y CALIDAD EN SERVICIOS DE SALUD, la SUBSECRETARIA DE POLITICAS, REGULACION Y FISCALIZACION y la SECRETARIA DE POLITICAS, REGULACION E INSTITUTOS han prestado conformidad a esta propuesta.

Que la DIRECCION GENERAL DE ASUNTOS JURIDICOS ha tomado la intervención de su competencia.

Que se actúa conforme a las disposiciones de la "Ley de Ministerios - T.O. 1992", modificada por Ley N° 26.338.

Por ello,

LA MINISTRA DE SALUD

RESUELVE:

**Artículo 1°** — Apruébanse las GRILLAS DE HABILITACION CATEGORIZANTE PARA CENTROS DE ATENCION PRIMARIA (CAPS), que como ANEXO I forma parte integrante de la presente Resolución.

**Art. 2°** — Incorpóranse las GRILLAS DE HABILITACION CATEGORIZANTE PARA CENTROS DE ATENCION PRIMARIA (CAPS), que se aprueban en el artículo precedente al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica.

**Art. 3°** — Dése a conocimiento a la COMISION DE SEGUIMIENTO DE HABILITACION CATEGORIZANTE PARA ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, en el ámbito del CONSEJO FEDERAL DE SALUD, creada por Resolución Ministerial 1262/06.

**Art. 4°** — Las autoridades jurisdiccionales deberán remitir a la Presidencia de la Comisión de Seguimiento el plan de adecuación al proceso de habilitación categorizante en cada una de ellas en el lapso de SESENTA (60) días a partir de la aprobación de la presente.

**Art. 5°** — Regístrese, comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese. —  
María G. Ocaña.

ANEXO I

**INSTRUMENTO DE HABILITACIÓN CATEGORIZANTE DE CAPS**

**INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL CUESTIONARIO**

- EL INSTRUMENTO DEBE SER LLENADO EN SU TOTALIDAD.
- NO DEJAR CELDAS VACÍAS.
- MARCAR CON UN CÍRCULO EL CASILLERO CORRESPONDIENTE. **ACLARACIÓN: NO SE DEBEN LLENAR LAS CELDAS CON UNA X.**

EJEMPLO:

SI	<input checked="" type="radio"/>
NO	<input type="radio"/>

- SI SE QUIERE PONER UNA ACLARACIÓN EN RELACIÓN A ALGÚN ÍTEM SE DEBE USAR EL CASILLERO DE OBSERVACIONES. SI EL ÍTEM DONDE QUIERE INCLUIR UNA OBSERVACIÓN NO TIENE ESTE CAMPO, PUEDE INCLUIR LA OBSERVACIÓN DETALLANDO EL NÚMERO DE PREGUNTA AL FINAL DEL CUESTI

- COMPLETAR CON BIROME, EN LETRA IMPRENTA, LO MÁS CLARA POSIBLE.

**NOTA:** ESTE INSTRUMENTO CONSTITUYE UNA EVALUACIÓN DE LO QUE SE DISPONE EN EL CAPS Y EN FUNCIÓN DE ESO SE PUEDE MEDIR SU CAPACIDAD DE RESOLUCIÓN. ES MUY PROBABLE QUE NO CUMPLA CON TODOS LOS ÍTEMS Y LO MISMO NO CONSTITUYE UNA VALORACIÓN POSITIVA O NEGATIVA

Fecha: ...../...../ 2008

**I. IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO**

<b>1. Identificación del establecimiento</b>	
a. Nombre del CAPS	
b. Domicilio:	
c. Localidad:	d. Municipio:
e. Departamento / Partido	f. Provincia:
g. Código Postal	h. Telef. / FAX ( ) -
i. Radio VHF:	j. E-mail:
<b>2. Datos del respondente</b>	
a. Nombre y Apellido:	b. Cargo:
c. Profesión	d. Matrícula N°:
e. Teléfono	f. E-mail:

**II. DATOS GENERALES**

<b>3. Dependencia administrativa</b>	Provincial <input type="checkbox"/> 1	Municipal <input type="checkbox"/> 2	Otra /Cuál? <input type="checkbox"/>	<b>4. ¿Cuenta con Archivo de Historias Clínicas?</b>	SI <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 2		
Observaciones:								
<b>5. Organización de la atención</b>								
5.1 ¿Tiene área programática asignada?	SI <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 2	Observaciones:					
5.2 Modalidad de atención	Atiende hasta 2 días por semana <input type="checkbox"/> 1	Atiende entre 3 y 4 días por semana <input type="checkbox"/> 2	Atiende entre 5 y 6 días por semana <input type="checkbox"/> 3	Atiende todos los días de la semana <input type="checkbox"/> 4	5.3 Dispone de Servicio de Guardia	En el horario de atención <input type="checkbox"/> 1	Fuera del horario habitual de atención <input type="checkbox"/> 2	Las 24 horas <input type="checkbox"/> 3
Observaciones:								

**III. RECURSOS HUMANOS**

**Nota:** en cada casilla indicar el número de personas. En caso de no disponer de dicho recurso, consignar "0"

<b>6. Disponibilidad y tipo de Recurso Humano</b>	<b>Cantidad de Personal</b>	<b>Cantidad de Personal</b>
6.1 Director/a Médico/a	<input type="text"/>	6.5 Otras especialidades médicas
6.2 Médico/a Generalista / de Familia	<input type="text"/>	¿Cuál?
6.3 Ginecóloga/a / obstetra	<input type="text"/>	¿Cuál?
6.4 Pediatra	<input type="text"/>	¿Cuál?
6.5 Odontólogo/a	<input type="text"/>	6.9 Agente Sanitario
6.6 Bioquímico/a	<input type="text"/>	6.10 Asistente Social
6.7 Enfermero/a	<input type="text"/>	6.11 Personal Administrativo
6.8 Parteras	<input type="text"/>	6.12: Otra Profesión
Observaciones:		Cual?

**IV. PLANTA FÍSICA**

<b>7. CONDICIONES GENERALES DEL ESTABLECIMIENTO</b>		
7.1 Cuenta con planos y construcción aprobada por autoridad competente	SI <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 2
Observaciones:		
7.2 Cuenta con comunicación radial o telefónica o informática	SI <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 2
Observaciones(especifique cual):		
<b>8. ACCESIBILIDAD FÍSICA</b>		
<b>8.1 ACCESOS Y CIRCULACIONES</b>		
1. ¿Cuenta con corredores de acceso y circulación amplios?	SI <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 2
Observaciones:		
2. Las actividades de abastecimiento, ¿están programadas para evitar interferencias con el público?	SI <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 2
Observaciones:		
3. ¿Los accesos permiten el control de ingreso de personas?	SI <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 2
Observaciones:		
4. ¿Los accesos están identificados mediante carteles, u otros?	SI <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 2
Observaciones:		
<b>8.2 CARACTERÍSTICAS CONSTRUCTIVAS</b>		
1. ¿Los pisos son resistentes al desgaste, lisos, antideslizantes, lavables, impermeables y de material ignífugo?	SI <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 2
Observaciones:		
2. ¿Las instalaciones aseguran el abastecimiento adecuado y continuo de electricidad y fluidos?	SI <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 2
Observaciones:		
3. ¿Las paredes son de superficies lavables lisas, sin molduras, aislantes y resistentes al fuego?	SI <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 2
Observaciones:		
4. ¿Los techos son de superficies lisas, aislantes y resistentes al fuego?	SI <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 2
Observaciones:		
5. ¿Las aberturas poseen cerramientos efectivos?	SI <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 2
Observaciones:		
<b>8.3 INSTALACIÓN ELÉCTRICA</b>		
1. ¿Cuentan con línea eléctrica para iluminación y alimentación de electro aparatos con descarga a tierra e interruptores de seguridad?	SI <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 2
Observaciones:		
<b>8.4 CONDICIONES DE SEGURIDAD</b>		
1. ¿Cuentan con un plan de emergencias?	SI <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 2
Observaciones:		
2. ¿Cuenta con matafuegos en condiciones?	SI <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 2
Observaciones:		
<b>8.5 MARCO NORMATIVO</b>		
1. ¿Tiene disponible algún sistema de traslados sanitarios?	SI <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 2
Observaciones:		
2. ¿Tiene disponible algún sistema para derivar los residuos patológicos?	SI <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 2
Observaciones:		

**V. CONSULTORIO**

9. ¿Funcionan consultorios en el establecimiento?	SI <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 2	9 a. ¿Cuántos consultorios dispone? (Indique cantidad)	<input type="text"/>	
Observaciones:					
Disponibilidad de recursos / insumos					
9.1 Tiene dimensiones que permiten el normal funcionamiento del mismo	SI <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 2	9.2 Superficie mínima de 7,50 m <sup>2</sup> , con un lado mínimo de 2,50 m (2,4 y 7,2)	SI <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 2
9.3 Garantiza condiciones de confort y privacidad del paciente	SI <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 2	9.4 Buena ventilación e iluminación	SI <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 2

9.5 Lavabo o accesibilidad al mismo	1	2	9.6 Escritorio y sillas (ambos)	1	2								
9.7 Camilla	1	2	9.8 Balanza	1	2								
9.9 Negatoscopio	1	2	9.10 Tensiómetro	1	2								
9.11 Recipiente de residuos (con tapa)	1	2	9.12 Accesibilidad a carro de suministro y curaciones s/especialidad	1	2								
9.13 Tomacorrientes	1	2	9.14 Accesibilidad a luz focalizada	1	2								
10. ¿Cuenta con consultorio de pediatría individualizado?			10 a. ¿Cuántos consultorios dispone? (Indique cantidad)										
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Si</th> <th>No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>			Si	No	1	2	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Si</th> <th>No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>			Si	No	1	2
Si	No												
1	2												
Si	No												
1	2												
Pasará a Pregunta N° 11.-													
Disponibilidad de recursos / Insumos													
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Si</th> <th>No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>			Si	No	1	2	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Si</th> <th>No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>			Si	No	1	2
Si	No												
1	2												
Si	No												
1	2												
10.1 Garantiza condiciones de confort y privacidad del paciente	1	2	10.2 Buena ventilación e iluminación	1	2								
10.3 Lavabo o accesibilidad al mismo	1	2	10.4 Escritorio y sillas (ambos)	1	2								
10.4 Camilla	1	2	10.6 Camilla pediátrica	1	2								
10.7 Negatoscopio	1	2	10.8 Tensiómetro	1	2								
10.9 Recipiente de residuos (con tapa)	1	2	10.10 Accesibilidad a carro de suministro y curaciones	1	2								
10.11 Tomacorrientes	1	2	10.12 Accesibilidad a luz focalizada	1	2								
10.13 Balanza lactante	1	2	10.14 Balanza de pie pediátrica con altímetro	1	2								
10.15 Pediómetro	1	2	10.16 Cinta métrica	1	2								
10.17 Otoscopio	1	2	10.18 Oftalmoscopio	1	2								
10.19 Fuente de Color	1	2	10.20 Estetoscopio	1	2								

11. ¿Cuenta con consultorio de tocoginecología individualizado?	SI 1 No 2	Pasar a Pregunta N° 12.-	11 a. ¿Cuántos consultorios dispone? (Indique cantidad)	
<b>Disponibilidad de recursos /Insumos</b>				
11.1 Garantiza condiciones de confort y privacidad de la paciente	SI 1 No 2	11.2 Buena ventilación e iluminación	SI 1 No 2	
11.4 Lavabo o accesibilidad al mismo	SI 1 No 2	11.4 Accesibilidad a sanitario con privacidad	SI 1 No 2	
11.5 Camilla	SI 1 No 2	11.4 Camilla de examen ginecológico, lámpara, taburete y escalas	SI 1 No 2	
11.7 Negatoscopio	SI 1 No 2	11.8 Tensiómetro	SI 1 No 2	
11.9 Balanza	SI 1 No 2	11.1 Recipiente de residuos (con tapa)	SI 1 No 2	
11.11 Tomacorrientes	SI 1 No 2	11.12 Accesibilidad a luz focalizada	SI 1 No 2	
11.13 Escritorio y sillas (ambos)	SI 1 No 2	11.14 Caja para colocación de DIU	SI 1 No 2	
11.15 Cinta métrica inextensible, gestograma de pared	SI 1 No 2	11.16 Estetoscopio de Pinard /Detector de latidos fetales	SI 1 No 2	
11.17 Accesibilidad a carro de suministro y curaciones	SI 1 No 2	11.18 Descartadores de objetos punzantes	SI 1 No 2	
11.19 Cinta métrica inextensible, gestograma de pared	SI 1 No 2	11.20 Estetoscopio de Pinard/Detector de latidos fetales	SI 1 No 2	
11.21 Espejos vaginales de tamaños variados	SI 1 No 2	11.22 Acceso a Colposcopio e Insumos para colposcopia	SI 1 No 2	
11.23 Historia Clínica Perinatal Base o Carnet perinatal	SI 1 No 2	11.24 Tablas de valores normales de altura uterina y ganancia de	SI 1 No 2	

## 12 ÁREAS DE APOYO

12.1 ¿Cuenta con Secretaría/Recepción?	SI 1 No 2	Pasar a Pregunta N° 12.2.-	
<b>Disponibilidad de recursos /Insumos</b>			
1. La superficie mínima es de 4 m2 con un lado mínimo de 2m	SI 1 No 2	2. El espacio es adecuado al número de consultorios que asiste	SI 1 No 2
3. Equipamiento mínimo : Sillas - Mesa mostrador o equivalente - Papelero - armario	SI 1 No 2	4. Espacio para silla de ruedas	SI 1 No 2

12.2 ¿Cuenta con Sanitarios?	SI 1 No 2	Pasar a Pregunta N° 12.3.-	
<b>Disponibilidad de recursos /Insumos</b>			
1. Sanitarios para el personal	SI 1 No 2	2. Sanitarios para el público	SI 1 No 2
3. Al menos uno de los sanitarios permita el paso cómodo de sillas de ruedas y está adaptado para discapacitados	SI 1 No 2	4. Los sanitarios cuentan con lavabo - inodoro o mingitorios para varones y accesorios	SI 1 No 2

12.3 ¿Cuenta con estación de enfermería periférico?	SI 1 No 2	Pasar a Pregunta N° 12.4.-	
<b>Disponibilidad de recursos /Insumos</b>			
1. Mesa con piletta	SI 1 No 2	2. Nebulizador	SI 1 No 2
3. Armario para drogas	SI 1 No 2	4. Aspirador	SI 1 No 2
5. Accesorio para soporte de suero	SI 1 No 2	6. Heladera	SI 1 No 2
7. Toallero	SI 1 No 2	8. Soporte para bolsas de residuos (comunes y patológicos)	SI 1 No 2
9. Carro para curaciones	SI 1 No 2		

<b>12.4 OTRAS DISPONIBILIDADES</b>			
1. ¿Cuenta con depósitos de limpieza?	SI 1 No 2	2. ¿Cuenta con depósitos de residuos patológicos?	SI 1 No 2
3. ¿Cuenta con depósitos de residuos comunes?	SI 1 No 2		

## VI. CONSULTORIO DE ODONTOLOGÍA

13. ¿Hay servicios de Odontología en el establecimiento?	SI 1 No 2	Pasar a Pregunta N° 14.-	13 a. ¿Cuántos consultorios dispone? (Indique cantidad)	
<b>Disponibilidad de equipamiento específico</b>				
1. Material e instrumental odontológico	SI 1 No 2	2. Mueble para almacenar materiales e instrumental odontológico.	SI 1 No 2	
3. Sillón	SI 1 No 2	4. Compresor.	SI 1 No 2	
5. Módulo	SI 1 No 2	6. Negatoscopio.	SI 1 No 2	
7. Banquetas	SI 1 No 2	8. Fuente de Origeno	SI 1 No 2	
9. Luz focalizada	SI 1 No 2	10. Aparato de Rx	SI 1 No 2	
11. Una mesa rodante por equipo.	SI 1 No 2	12. Equipo de Revelado	SI 1 No 2	

## VII: LABORATORIO DE ANALISIS CLINICOS

14. ¿Hay servicios de laboratorio en el establecimiento?	SI 1 No 2	Pasar a Pregunta N° 15.-	14 a. ¿Cuántos boxes dispone? (Indique cantidad)	
--	--------------	--------------------------	--	--

### 14.1. PLANTA FÍSICA

<b>14.1.1. ÁREA NO TÉCNICA</b>		<b>14.1.2. ÁREA TÉCNICA</b>	
1. Recepción	SI 1 No 2	1. Lugar físico adecuado donde se desarrollan las tareas analíticas.	SI 1 No 2
2. Sala de espera	SI 1 No 2	2. Condiciones de seguridad para el personal	SI 1 No 2
3. Asientos suficientes al número de boxes.	SI 1 No 2	3. Cuenta con áreas separadas para actividades incompatibles	SI 1 No 2
4. Los locales para toma de muestras tienen acceso directo de	SI 1 No 2	4. Posee piletta de acero inoxidable para el lavado del material	SI 1 No 2
5. Cuenta con camilla.	SI 1 No 2	5. Cuenta con ventilación e iluminación adecuada	SI 1 No 2

### 14.2. EQUIPAMIENTO

1. Reactivos necesarios para la realización de las prácticas mínimas	SI 1 No 2	Microscopio binocular con luz incorporada, campo claro, con	SI 1 No 2
3. Heladeras - Freezer	SI 1 No 2	2. revólver para objetivos 10x, 40x y 100x (Inmersión en aceite) y Oculares de 10x.	SI 1 No 2
5. Espectrofotómetro o equivalente	SI 1 No 2	4. Lavadores	SI 1 No 2
7. Balanzas	SI 1 No 2	6. Fotómetros de llama - Ion selectivo	SI 1 No 2
9. Agitadores	SI 1 No 2	8. Reloj	SI 1 No 2
11. Baños Termostatzados	SI 1 No 2	10. Computadora	SI 1 No 2
13. Centrifugas	SI 1 No 2	12. Equipos para electroforesis	SI 1 No 2
15. Esurfas	SI 1 No 2	14. Pipetas automáticas	SI 1 No 2
17. Microcentrifuga	SI 1 No 2	16. Material de vidrio y descartable adecuado a la labor.	SI 1 No 2

### 14.3. MARCO DE FUNCIONAMIENTO

<b>14.3.1. ADMISIÓN DE PACIENTES Y MUESTRAS</b>		<b>14.3.2. REGISTROS Y ARCHIVOS</b>	
1. Dispone de instrucciones escritas para el paciente en los casos que sea apropiado	SI 1 No 2	1. Registro de ingresos de pacientes	SI 1 No 2
2. Posee instrucciones escritas sobre la recolección de muestras	SI 1 No 2	2. Registro seguro de resultados	SI 1 No 2
		3. ¿Sistema de Archivo en forma segura de los resultados?	SI 1 No 2

### 14.4 EXTRACCIÓN DE MATERIAL BIOLÓGICO

1. Cuenta con material descartable:	SI 1 No 2	2. Se elimina los materiales de acuerdo a normas vigentes	SI 1 No 2
a. ¿Agujas?	SI 1 No 2	3. Cuenta con elementos de protección del personal	SI 1 No 2
b. ¿Jeringas?	SI 1 No 2	4. Posee normas vigentes escritas sobre seguridad y bioseguridad. Manejo y tratamiento de material biológico.	SI 1 No 2
c. ¿Baja Lenguas?	SI 1 No 2		
d. Hisopos	SI 1 No 2		

## VIII. DIAGNOSTICO POR IMAGENES

15. ¿Realizan diagnósticos por imágenes en el establecimiento?	SI 1 No 2	FIN DEL CUESTIONARIO	15 a. ¿Cuántas salas dispone? (Indique cantidad)	
--	--------------	----------------------	--	--

15.1. ¿En establecimiento se realizan:	SI 1 No 2	15.2. REQUERIMIENTOS BÁSICOS	SI 1 No 2
--	--------------	------------------------------	--------------

1. ¿Radiologías?	1	2	1. Sala de examen con dimensiones acordes al equipamiento instalado, con baño y vestidor adjunto? 2. ¿Cobertura apropiada de muros y aberturas para impedir el paso de rayos? ¿Cuenta con delantal plomado de 0.5 mpb de espesor equivalente para uso obligatorio por parte del paciente y los trabajadores? ¿Los equipos cumplen los controles técnicos, de seguridad y de calidad exigidos por el área técnica de la autoridad sanitaria pertinente?	1	2
2. ¿Ecografías?	1	2		1	2
3. Otros? ¿Cuál?	1	2		1	2
¿Cuál?	1	2		1	2
¿Cuál?	1	2		1	2

**IX. OBSERVACIONES**

*Nota:* Este campo es opcional; sólo completar en caso de necesitar observar una pregunta que no cuenta con dicho campo.

Nº Pregunta	Observaciones

Volver