

 Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT	FORMULARIO DE VISITA DE SEGUIMIENTO A RECOMENDACIONES A LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD ACREDITADOS Y RE ACREDITADOS	FECHA: 12/03/2018
	Versión: 2	CÓDIGO: RG-INDOT-383
	PUBLICADO ☒ EN ANALISIS ☐ BORRADOR ☐ OBSOLETO ☐	PÁGINA: 1 de 2

FECHA DE VISITA		COORDINACIÓN ZONAL:	
------------------------	--	----------------------------	--

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD ACREDITADO O RE ACREDITADO	
Nombre:	
Dirección:	
Provincia:	Cantón:
Teléfonos institucionales :	
Correo electrónico institucional:	
Dependencia: Red Pública Integral de Salud: ☐ Red Privada Complementaria: ☐	
Programa de trasplante:	
Fecha de Inicio de Acreditación:	Fecha de Fin de Acreditación
Colocar una X en SI o en NO y calificar de acuerdo a la escala propuesta	
OBSERVACIÓN	

Recomendación 1:	Cumple:	Calificación:	
	SI	NO	10: cumple con todo
			5: esta en proceso de cumplimiento
			0: no cumple
Detalle observaciones específicas encontradas, en el caso de ser necesarias:			
Recomendación 2:	Cumple:	Calificación:	
	SI	NO	10: cumple con todo
			5: esta en proceso de cumplimiento
			0: no cumple
Detalle observaciones específicas encontradas, en el caso de ser necesarias:			
Recomendación 3:	Cumple:	Calificación:	
	SI	NO	10: cumple con todo
			5: esta en proceso de cumplimiento
			0: no cumple
Detalle observaciones específicas encontradas, en el caso de ser necesarias:			
Recomendación 4:	Cumple:	Calificación:	
	SI	NO	10: cumple con todo
			5: esta en proceso de cumplimiento
			0: no cumple
Detalle observaciones específicas encontradas, en el caso de ser necesarias:			
Recomendación 5:	Cumple:	Calificación:	
	SI	NO	10: cumple con todo
			5: esta en proceso de cumplimiento
			0: no cumple
Detalle observaciones específicas encontradas, en el caso de ser necesarias:			

Recomendación 6:	Cumple:		Calificación: 10: cumple con todo
	SI	NO	5: esta en proceso de cumplimiento
			0: no cumple
Detalle observaciones específicas encontradas, en el caso de ser necesarias:			
Recomendación 7:	Cumple:		Calificación: 10: cumple con todo
	SI	NO	5: esta en proceso de cumplimiento
			0: no cumple
Detalle observaciones específicas encontradas, en el caso de ser necesarias:			
CALIFICACIÓN TOTAL EN PORCENTAJE:			
Cumplimiento del 80 a 100%:	Establecer la visita de control correspondiente a los 6 meses		
Cumplimiento del 50 a 79%:	Planificar visita complementaria en 4 meses		
Cumplimiento del 10 al 49%	Planificar visita complementaria en 2 meses		
Cumplimiento menos del 10%	Suspensión temporal		
OBSERVACIONES AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD			
RECOMENDACIONES			
COMPROMISOS	RESPONSABLE	FECHA DE CUMPLIMIENTO	

Nombre, firma y sello Coordinador Zonal ____
Nombre, firma y sello del Responsable del Establecimiento de Salud