

**EVALUACION DE CONSULTORIOS ODONTOLOGICOS**

Dr./a:..... Edad:.....

Domicilio Particular:.....y Consultorio:.....

Teléfono:.....Localidad.....y/o barrio:.....C.P.....

Dias.....y.....hora.....de atención:.....

Titulo Universitario:.....M.P: N°.....M.N: N°.....

Titulo de Especialista.....emitido por salud

Publica:.....Habilitación de consultorio

N°.....N° ANSSAL.....

- Buena

Ubicación geográfica - Regula

- Mala

<b>Planta Física</b>	- Edificio	- Tipo	- Casa - Depto - Local		
		- Aspecto	- Moderno - Refaccionado - Antiguo		
		- Estado Gral	- Bueno - Regular - Malo		
	Via de acceso	- Planta baja	- Directo - Escalones		
		- Piso.....	- Escalera - Ascensor	SI – NO SI – NO	
	- Sala de recepción	- Grande	- Ventilación - Luz Natural - Luz artificial buena	SI – NO SI – NO SI – NO	
		- Mediana	- Calefacción sistema..... - Refrigeración sistema.....		
		- Chica	- Cant necesaria de asientos - Música ambiental	SI – NO SI – NO	
	Escritorio	- SI – NO Ubicación..... - Acceso.....			
	Sanitarios	- Ubicación..... - Acceso.....			
- Sala de Consultório	- Chica - Mediana - Grande				
- Higiene	- Buena - Regular - Mala				
- Presentación	- Regular - Buena - Muy Buena				

<b>Recursos materiales</b>	- Iluminación	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Regular</li> <li>- Buena</li> <li>- Muy Buena</li> </ul>			
	- Pintura	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Regular</li> <li>- Buena</li> <li>- Muy Buena</li> </ul>			
	- Piso	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Madera</li> <li>- Mosaico</li> <li>- Mármol</li> <li>- Alfombrado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Regular</li> <li>- Bueno</li> <li>- Muy Bueno</li> </ul>		
	- Equipo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Moderno</li> <li>- Antiguo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Columna</li> <li>- Consola</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>SI – NO</li> <li>SI – NO</li> </ul>	
	- Sillón	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Moderno</li> <li>- Refaccionado</li> <li>- Antiguo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Relax</li> <li>- Común</li> <li>- Eléctrico</li> <li>- A bomba</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>SI – NO</li> <li>SI – NO</li> <li>SI – NO</li> <li>SI – NO</li> </ul>	
	- Banqueta Profesional	SI – NO			
	- Banqueta asistente	SI – NO			
	- Mesa auxiliar	SI – NO			
	- Aparato Rx	SI – NO	- Protección	- Paciente	SI – NO
				- Profesional	SI – NO
	- Sala de revelado	SI – NO	- Ubicación.....		
	- Esterilización		- Tipo.....		
	- Turbina	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A rulemán</li> <li>- A colchón de aire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>SI – NO</li> <li>SI – NO</li> </ul>		
	- Elementos rotatorios	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Micromotor</li> <li>- Torno convencional</li> <li>- Torno auxiliar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Neumático</li> <li>- Eléctrico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>SI – NO</li> <li>SI – NO</li> <li>Tipo:.....</li> </ul>	
	- Otro tipo de aparatología	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Algamador</li> <li>- Lampara de luz halógena</li> <li>- Electrobisturí</li> <li>- Hemosuctor</li> <li>- Cavitador</li> <li>- Pulpo test</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>SI – NO</li> <li>SI – NO</li> <li>SI – NO</li> <li>SI – NO</li> <li>SI – NO</li> <li>SI – NO</li> </ul>		
	Otros.....				
- Instrumental	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Suficiente</li> <li>- Escaso</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bueno</li> <li>- Regular</li> <li>- Malo</li> </ul>		
- Archivo	SI – NO	Sistema.....			
	Ubicación.....				
<b>Recursos Humanos</b>	- Profesional	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vestimenta B....</li> <li>- Aseo</li> <li>- Higiene</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>R.....</li> <li>B.....</li> <li>B.....</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>M.....</li> <li>R.....</li> <li>R.....</li> </ul>	
			<ul style="list-style-type: none"> <li>M.....</li> <li>M.....</li> </ul>		

	- Asistente	- Vestimenta B.....	R.....	M.....	
		- Aseo	B.....	R.....	M.....
		- Higiene	B.....	R.....	M.....
	- Secretaria	- Vestimenta B.....	R.....	M.....	
		- Aseo	B.....	R.....	M.....
		- Higiene	B.....	R.....	M.....
	- Prestaciones que realiza	- Consultas	1	SI – NO	
		- Operatoria Dental	2	SI – NO	
		- Endodoncia	3	SI – NO	
		- Prótesis	4	SI – NO	
		- Odontología Preventiva	5	SI – NO	
		- Ortodoncia y/o Ortopedia	6	SI – NO	
		- Odontopediatria	7	SI – NO	
		- Periodoncia	8	SI – NO	
		- Radiografias	9	SI – NO	
		- Cirugias	10	SI – NO	

Consultorio: APTO - NO APTO

Juicio final:.....  
 .....  
 .....

.....  
 Lugar

...../...../.....  
 Fecha

.....  
 Sello y firma Auditor

Enterado Profesional:.....

X Firma y sello