RESOLUCIÓN Nº 8833-I-

San Juan, 01 de Diciembre de 2014.

VISTO:

Los Convenios de Adhesión Voluntaria aprobados oportunamente según Resolución N° 1604-I-1996 y Resolución N° 1470-I-1996 ambas registro de D.O.S.; y

CONSIDERANDO:

Que las Resoluciones N° 1604-I-1996 y N° 1470-I-1996, aprueban los Convenios de Adhesión Voluntaria para Centros Médicos e Instituciones Sanatoriales respectivamente;

Que es necesario determinar los requisitos que deberán presentar los Centros Médicos e Instituciones Sanatoriales Prestadoras de D.O.S. a través de las Entidades Médicas Convenidas;

Que ello contribuirá al mejoramiento del control operativo y técnico para la incorporación de efectores de prestaciones médico asistenciales;

Que las Entidades Convenidas con D.O.S. deberán dar cumplimiento a lo requerido en la presente Norma Legal;

Que la presentación de la documentación requerida deberá realizarse en los movimientos de padrones fijados por la Dirección de Obra Social;

Que por lo expuesto las autoridades de D.O.S. proceden a emitir el presente Acto Administrativo;

POR ELLO y en uso de las facultades conferidas por Decreto Nº 1666-MSP-2012;

EL INTERVENTOR DE LA
DIRECCION DE OBRA SOCIAL
R E S U E L V E

ARTICULO 1°: APRUEBASE los requisitos que deberán presentar a través de las Entidades //////
Médicas Convenidas los Centros Médicos e Instituciones Sanatoriales que solicitan ser incorporados al Padrón de D.O.S., los que como Anexo I forma parte integrante de la presente Norma Legal.

ARTICULO 2°: Determínese que los requisitos aprobados en el artículo anterior, son obligatorios para todos los Centros Médicos e Instituciones Sanatoriales, que tengan intención de desempeñarse como Prestadores de D.O.S., cuya presentación deberá efectuarse en cada movimiento de padrón a través de la Entidad Médica Convenida, conforme a los tiempos estipulados por la Dirección de Obra Social;

ARTICULO 3°: Toda modificación que efectúe un efector incorporado al Padrón de Prestadores, deberá remitir toda la documentación nuevamente exigida en el Artículo 1°, la que deberá realizarse siempre por las Entidades Convenidas.
Asimismo también cuando un efector requiera la reincorporación al padrón deberá realizarlo en un todo de acuerdo a lo fijado en el artículo 1° de la presente Norma Legal.

ARTICULO 4°: Fíjese que cuando la D.O.S. se expida respecto a las altas y bajas que se produzcan en el padrón de prestadores conforme a lo establecido en el Artículo 3° de la Resolución 1470-I-1996, se considerará expediente notificado y archivado, no pudiendo adjuntarse al mismo documentación alguna, debiéndose dar cumplimiento nuevamente a lo establecido en el Artículo 1° de la presente Norma Legal en el próximo movimiento de padrón.

ARTICULO 5°: Comuníquese, regístrese y archívese.-

Dr. SERGIO G. MEARRACIN
GERENTE MEDICO
DIRECCION DE OBRA SOCIAL

C.P. MARCELO JOSE DELGADO
INTERVENTOR
DIRECCIÓN DE OBRA SOCIAL

ANEXO I

REQUISITOS PARA LA INCORPORACIÓN DE PRESTADORES DE D.O.S.

1- Convenio de Adhesión Voluntaria (original y sin enmiendas) correspondiente a Centros Médicos según Resolución N° 1604-I-1996., debidamente completado y firmado por el responsable del mismo y la Entidad Médica Convenida.

- Cuando se trate de Personas Jurídicas deberá presentar copia actualizada y certificada del contrato social, donde conste su correspondiente inscripción en la Dirección de Inspección de Personas Jurídicas de la provincia de San Juan; en caso de tratarse de una Sociedad de Hecho, bastará la manifestación por escrito en tal sentido de todos los socios, detallando el objeto de la Sociedad y nómina de socios, debiendo estar certificadas las firmas ante Escribano Público.
- Detalle de los servicios médicos prestacionales que ofrece el Centro .
- Detalle de equipamiento médico de los distintos servicios a ofrecer.
- Plano de ubicación general en escala con discriminación de áreas, indicando tamaño y destino de cada dependencia. Dicho plano deberá contar con la firma del profesional correspondiente.
- Acreditar inscripción en A.F.IP. y D.G.R.
- Listado que contenga los datos de identificación de los profesionales y técnicos que integran el equipo de salud con sus respectivas firmas, número de matrícula profesional provincial y acreditación del cumplimiento de cualquier otro requisito legal que sea exigible para el ejercicio profesional.
- Fotocopia del título habilitante de cada profesional.
- Fotocopia del/los títulos o certificado/s de especialidad.
- Inscripción de ambos (título y especialidad) en el Ministerio de Salud Pública de la provincia de San Juan.
- Seguro de mala praxis vigente.
- Habilitación de Salud Pública vigente del Centro Médico o Institución Sanatorial.
- Habilitación vigente de Bomberos.
- Habilitación Municipal.
- Seguro mala praxis institucional.
- Certificado Ambiental.
- Contrato de recolección, transporte y tratamiento de rasiduos patológicos.

2- Convenio de Adhesión Voluntaria (original y sin enmiendas) correspondiente a Instituciones Sanatoriales según Resolución N° 1470-I-1996., debidamente completado y firmado por el responsable del mismo y la Entidad Médica Convenida.

- Cuando se trate de Personas Jurídicas deberá presentar copia actualizada y certificada del contrato social, donde conste su correspondiente inscripción en la Dirección de Inspección de Personas Jurídicas de la provincia de San Juan; en caso de tratarse de una Sociedad de Hecho, bastará la manifestación por escrito en tal sentido de todos los socios, detallando el objeto de la Sociedad y nómina de socios, debiendo estar certificadas las firmas ante Escribano Público.
- Detalle de los servicios médicos prestacionales que ofrece el Centro Médico o Institución Sanatorial.
- Detalle de equipamiento médico de los distintos servicios a ofrecer.

- Plano de ubicación general en escala con discriminación de áreas, indicando tamaño y destino de cada dependencia. Dicho plano deberá contar con la firma del profesional correspondiente.
- Acreditar inscripción en A.F.IP. y D.G.R.
- Listado que contenga los datos de identificación de los profesionales y técnicos que integran el equipo de salud con sus respectivas firmas, número de matrícula profesional provincial y acreditación del cumplimiento de cualquier otro requisito legal que sea exigible para el ejercicio profesional.
- Fotocopia del título habilitante de cada profesional.
- Fotocopia del/los títulos o certificado/s de especialidad.
- Inscripción de ambos (título y especialidad) en el Ministerio de Salud Pública de la provincia de San Juan.
- Seguro de mala praxis vigente.
- Habilitación de Salud Pública vigente del Centro Médico o Institución Sanatorial.
- Habilitación vigente de Bomberos.
- Habilitación Municipal.
- Seguro mala praxis Institucional.
- Certificado Ambiental.
- Contrato de recolección, transporte y tratamiento de residuos patológicos.

Dr. SERGIO G. ABARRACÍN
GERENTE MEDICO
M.P. 2800
DIRECCIÓN DE OBRA SOCIAL

C.P. MARCELO JOSE DELGADO
INTERVENTOR
DIRECCIÓN DE OBRA SOCIAL

Dirección de Obra Social
Provincia de San Juan

San Juan 04 de Noviembre de 2013.

ASOCIACION DE CLINICAS, SANATORIOS
Y HOSPITALES PRIVADOS DE SAN JUAN
Dr. Ramón Peñafort
De nuestra consideración

Nos es grato dirigirnos a Ud. a fin de informar que en virtud de la nota enviada en fecha 31 de julio del corriente año y en el marco de un mejoramiento en las Instituciones de salud, el cual parte del reconocimiento de la manera como están desarrollando su labor; la D.O.S. propone la autoevaluación por parte de los prestadores dado que permite recopilar, sistematizar, analizar y valorar la información sobre el desarrollo de acciones y resultados de los procesos de la Institución.

Para esto mismo la D.O.S. estimula la autoevaluación como un proceso de alta calidad. Este proceso tiene validez temporal y debe continuarse permanentemente para el sustento de un mejoramiento continuo de las instituciones de salud.

Este documento – Autoevaluación Prestador- D.O.S.- se presenta en formulario (que acompaña la presente nota) que deberán completar las Instituciones Sanatoriales, Centros Médicos y Clínicas adheridas a vuestra Institución que posean equipos para la realización de distintas prácticas. El primer formulario corresponde a consideraciones para el llenado del mismo, el proceso continúa con la necesidad de completar la información básica y mínima referida a Habilitaciones requeridas, higiene y seguridad, gestión de la información, atención del paciente, recursos físicos y equipos. El mismo deberá adjuntarse a la documentación que habitualmente es requerida por la D.O.S. para solicitar el alta a través de vuestra Institución.

Sin otro particular me despido de Ud. cordialmente.

Dr. SERGIO G. ALBARRACÍN
GERENTE MEDICO
M. P. 2806
DIRECCIÓN DE OBRA SOCIAL

C.P. MARCELO JOSE DELGADO
INTERVENTOR
DIRECCIÓN DE OBRA SOCIAL

Tel. Fax: 0264 – 4222376 / 4223618 / 4225515 / 4275590
e-mail: dir_obrasocial@sanjuan.gov.ar
Laprida 34 – Oeste - 5400 – Capital – San Juan

AUTOEVALUACIÓN PRESTADOR DOS - SAN JUAN
CONSIDERACIONES

CONSIDERACIONES PARA LLENADO DE FORMULARIO		
1	ES MANDATORIO CONTESTAR TODOS LOS CAMPOS. DEPENDE DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LA PRESTACIÓN SI LA RESPUESTA ES **SÍ**, **NO** O **N/A** (NO APLICA AL CASO)	
2	SE DEBEN COMPLETAR TODOS LOS FORMULARIOS POR CADA COMBINACIÓN **CUIT - DIRECCIÓN**. ES DECIR QUE SI LA PRESTACIÓN SE REALIZA EN MÁS DE UN LUGAR, SE DEBE COMPLETAR UN FORMULARIO POR CADA DIRECCIÓN DECLARADA	
3	EQUIPAMIENTO: SE DEBE COMPLETAR UN FORMULARIO COMPLETO DE **ECOGRAFÍA - EQUIPAMIENTO** POR CADA EQUIPO QUE DECLARE EL PRESTADOR	
4	ANTE DUDAS EN LLENADO DE FORMULARIO, POR FAVOR SOLICITAR A LA D.O.S. QUE SE CONTACTEN CON EL PRESTADOR PARA ASESORAMIENTO.	

AUTOEVALUACIÓN PRESTADOR DOS - SAN JUAN
FICHA - CARÁTULA GENERAL

1. CARÁTULA	
1.1	RAZÓN SOCIAL
1.2	CUIT
1.3	DIRECCIÓN
1.4	CP

2. DIR TÉCNICA	
2.1	NOMBRE
2.2	APELLIDO
2.3	MP
2.4	MN

3. CONTACTO	
3.1	NOMBRE
3.2	APELLIDO
3.3	TEL
3.4	EMAIL

AUTOEVALUACIÓN PRESTADOR DOS - SAN JUAN
FICHA - CARÁTULA GENERAL

4. DOCUMENTACIÓN GENERAL	POSEE:	
4.1	HABILITACIÓN DE SALUD PÚBLICA	☐SI - ☐NO -☐ N/A
4.2	HABILITACIÓN MUNICIPAL	☐SI - ☐NO -☐ N/A
4.3	HABILITACIÓN BOMBEROS	☐SI - ☐NO -☐ N/A
4.4	HABILITACIÓN GENERADOR RESIDUOS	☐SI - ☐NO -☐ N/A
4.5	CONTRATO CON ESTABLECIMIENTO CON INTERNACIÓN DE MAYOR COMPLEJIDAD	☐SI - ☐NO -☐ N/A
4.6	CONTRATO CON EMPRESA DE TRASLADO DE EMERGENCIA	☐SI - ☐NO -☐ N/A

5. HIGIENE Y SEGURIDAD	POSEE:	
5.1	SERVICIO DE HIGIENE Y SEGURIDAD	☐SI - ☐NO -☐ N/A
5.2	PLAN DE CONTINGENCIA ANTE RIESGOS GENERALES	☐SI - ☐NO -☐ N/A
5.3	PLAN DE CONTINGENCIA ANTE RIESGOS ESPECÍFICOS	☐SI - ☐NO -☐ N/A
5.4	NORMAS DE BIOSEGURIDAD	☐SI - ☐NO -☐ N/A

6. RECURSO FÍSICO	POSEE:	
6.1	PLANO DE INSTALACIONES ELECTRICAS / ELECTROMECÁNICAS	☐SI - ☐NO -☐ N/A
6.2	PLANO DE PLANTA CONFORME A OBRA?	☐SI - ☐NO -☐ N/A
6.3	FUENTE ALTERNATIVA DE ENERGÍA ELÉCTRICA? INDIQUE POTENCIA EN KVA	_____KVA
6.4	ASCENSORES?	☐SI - ☐NO -☐ N/A
6.5	SANITARIOS ACCESIBLES Y/O PARA DISCAPACITADOS?	☐SI - ☐NO -☐ N/A
6.6	ACCESOS ADECUADOS PARA LOS PACIENTES?	☐SI - ☐NO -☐ N/A
6.7	LA SALA DE ESPERA SE ADECUA A LA DEMANDA DE ESTUDIOS A REALIZAR POR EL CENTRO O SERVICIO?	☐SI - ☐NO -☐ N/A

7. ADMINISTRACIÓN / PROCESOS		
7.1	EXISTE ORGANIGRAMA INSTITUCIONAL?	☐SI - ☐NO -☐ N/A
7.2	EXISTEN NORMAS QUE REGULEN LOS PROCEDIMIENTOS TÉCNICOS?	☐SI - ☐NO -☐ N/A
7.3	EXISTEN NORMAS QUE REGULEN LOS PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS?	☐SI - ☐NO -☐ N/A
7.4	EXISTE PROGRAMA DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO DEL RECUSRO FÍSICO?	☐SI - ☐NO -☐ N/A
7.5	EXISTE PROGRAMA DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA TECNOLOGÍA INSTALADA?	☐SI - ☐NO -☐ N/A

8. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN		
8.1	REALIZA GESTIÓN DE TURNOS?	☐SI - ☐NO -☐ N/A
8.2	REALIZA GESTIÓN DE PACIENTES?	☐SI - ☐NO -☐ N/A
8.3	DISPONE DE SISTEMA QUE GARANTICE LA CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN?	☐SI - ☐NO -☐ N/A
8.4	CUÁL ES LA ESPERA PROMEDIO EN SOLICITUD DE TURNO ATENCION AMBULATORIA PROGRAMADA?	☐SI - ☐NO -☐ N/A
8.5	¿SE ENTREGAN INSTRUCCIONES IMPRESAS PARA LA PREPARACIÓN DE LOS PACIENTES?	☐SI - ☐NO -☐ N/A
8.6	LA EMISION DE TURNOS SE ENCUENTRA CENTRALIZADA?	☐SI - ☐NO -☐ N/A
8.7	¿LOS INFORMES ESTÁN FIRMADOS POR EL/LOS ESPECIALISTAS?	☐SI - ☐NO -☐ N/A

9. RECURSO HUMANO		
9.1	EL DIRECTOR TÉCNICO POSEE TÍTULO ESPECIALISTA?	☐SI - ☐NO -☐ N/A
9.2	LOS PROFESIONALES MÉDICOS QUE SE DESEMPEÑAN EN LA INSTITUCIÓN ESTÁN DEBIDAMENTE HABILITADOS?	☐SI - ☐NO -☐ N/A
9.3	LOS TÉCNICOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD QUE SE DESEMPEÑAN EN LA INSTITUCIÓN ESTÁN DEBIDAMENTE HABILITADOS?	☐SI - ☐NO -☐ N/A
9.4	POSEE PROFESIONALES INSCRIPTOS EN EL REGISTRO NACIONAL DE PRESTADORES?	☐SI - ☐NO -☐ N/A
9.5	POSEE SERVICIO DE APOYO TERCERIZADO?. SI ES AFIRMATIVO COMPLETE TABLA ANEXA	☐SI - ☐NO -☐ N/A
9.6	REALIZAN CAPACITACIONES AL PERSONAL PERIODICAMENTE?	☐SI - ☐NO -☐ N/A

10. FUNCIONALIDAD		
10.1	CUENTA CON PROGRAMAS DE GUARDIA?	☐SI - ☐NO -☐ N/A
10.2	SE REALIZA LA ADECUACIÓN DEL ACCESO AL SERVICIO? (Asignación de turnos y prioridades)	☐SI - ☐NO -☐ N/A
10.3	POSEE CAPACIDAD DE REALIZAR DERIVACIONES EN CASO DE NO PODER CUMPLIR CON LA DEMANDA?	☐SI - ☐NO -☐ N/A

11 ATENCIÓN AL PACIENTE		
11.1	EL PACIENTE ES INFORMADO SOBRE SUS DERECHOS Y OBLIGACIONES Y NORMAS DE FUNCIONAMIENTO DENTRO DE LA INSTITUCIÓN?	☐SI - ☐NO -☐ N/A
11.2	DESARROLLAN ACTIVIDADES DE GESTIÓN DE RECLAMOS?	☐SI - ☐NO -☐ N/A
11.3	EXISTE EL CONSENTIMIENTO INFORMADO PREVIO A LA EJECUCIÓN DE PROCEDIMIENTOS?	☐SI - ☐NO -☐ N/A

9.5 TABLA SERVICIOS APOYO TERCERIZADOS	NOMBRE / DESCRIPCIÓN
9.5.1	
9.5.2	
9.5.3	
9.5.4	
9.5.5	
9.5.6	
9.5.7	
9.5.8	
9.5.9	
9.5.10	
9.5.11	
9.5.12	
9.5.13	
9.5.14	
9.5.15	
9.5.16	

AUTOEVALUACIÓN PRESTADOR DOS - SAN JUAN
FICHA - COMPLEMENTO ECOGRAFÍA

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA ECOGRAFÍA

6. RECURSO FÍSICO		
6.a	El sanitario es accesible desde el interior de la sala?	☐SI - ☐NO -☐ N/A

8. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN		
8.a	Cuál es el tiempo promedio de emisión de informes?(En horas)	HS
8.b	Formato de entrega de informes	
8.b.1	Impreso	☐SI - ☐NO -☐ N/A
8.b.2	CD	☐SI - ☐NO -☐ N/A
8.b.3	DVD	☐SI - ☐NO -☐ N/A
8.b.4	VSH	☐SI - ☐NO -☐ N/A
8.b.5	S-VGA	☐SI - ☐NO -☐ N/A
8.b.6	NTSC/PAL	☐SI - ☐NO -☐ N/A
8.b.7	RGB	☐SI - ☐NO -☐ N/A
8.b.8	Otro Formato	_____

AUTOEVALUACIÓN PRESTADOR DOS - SAN JUAN
FICHA - COMPLEMENTO ECOGRAFÍA

C	COMPLETE LOS ITEMS CORRESPONDIENTES DE ACUERDO A LAS PRACTIAS QUE SE REALIZAN:	
c.1	Ecografía abdominal	☐SI - ☐NO - ☐ N/A
c.2	Ecografía tocoginecológica	☐SI - ☐NO - ☐ N/A
c.3	Ecografía nefrourológica	☐SI - ☐NO - ☐ N/A
c.4	Ecografía cardiológica	☐SI - ☐NO - ☐ N/A
c.5	Ecografía bidimensional y modo M	☐SI - ☐NO - ☐ N/A
c.6	Ecografía endocavitaria	☐SI - ☐NO - ☐ N/A
c.7	Ecografía intervencionista	☐SI - ☐NO - ☐ N/A
c.8	Doppler Blanco-Negro-Color	☐SI - ☐NO - ☐ N/A
c.9	Otro modo ecografía	_____

AUTOEVALUACIÓN PRESTADOR DOS - SAN JUAN
FICHA -ECOGRAFÍA - EQUIPAMIENTO

D	EQUIPAMIENTO	
D.1	Marca	
D.2	Modelo	
D.3	Número de Serie	
D.4	Año de fabricación	
D.5	PM ANMAT	
D.6	Fecha de Instalación	
D.7	Fecha Puesta en funcionamiento	
D.8	¿Es reacondicionado el equipo?	☐SI - ☐NO -☐ N/A
D.9	¿Posee Certificado de comisionamiento?	☐SI - ☐NO -☐ N/A
D.10	Equipo de ultrasonido con las siguientes características mínimas:	
D.10.1	* Capacidad de congelación de imagen?	☐SI - ☐NO -☐ N/A
D.10.2	* Caliper digital incorporado?	☐SI - ☐NO -☐ N/A
D.11	* Teclado alfanumérico (Nombre del paciente, fecha de examen, etc.)?	☐SI - ☐NO -☐ N/A
D.12	* Sistema de magnificación en pantalla?	☐SI - ☐NO -☐ N/A
D.13	Inscribe nombre del paciente y fecha de estudio en pantalla?	☐SI - ☐NO -☐ N/A

D.14	INDIQUE MODOS DE TRABAJO	
D.14.1	Modo B	☐SI - ☐NO -☐ N/A
D.14.2	Modo M	☐SI - ☐NO -☐ N/A
D.14.3	Modo M Color	☐SI - ☐NO -☐ N/A
D.14.4	Modo M Anatómico	☐SI - ☐NO -☐ N/A
D.14.5	Modo Doppler Color	☐SI - ☐NO -☐ N/A
D.14.6	Modo Doppler Continuo	☐SI - ☐NO -☐ N/A

D.14.7	Modo Doppler Pulsado	☐SI - ☐NO -☐ N/A
D.14.8	Modo Doppler espectral	☐SI - ☐NO -☐ N/A
D.14.9	Modo Doppler power	☐SI - ☐NO -☐ N/A
D.14.10	Modo Power angio	☐SI - ☐NO -☐ N/A
D.14.11	Modo Power angio direccional	☐SI - ☐NO -☐ N/A
D.14.12	ModoPower HPRF	☐SI - ☐NO -☐ N/A
D.14.13	Modo Strain	☐SI - ☐NO -☐ N/A
D.14.14	Modo Strain Rate	☐SI - ☐NO -☐ N/A
D.14.15	Modo 2D	☐SI - ☐NO -☐ N/A
D.14.16	Modo 2D dual	☐SI - ☐NO -☐ N/A
D.14.17	Modo 2D cuádruple	☐SI - ☐NO -☐ N/A
D.14.18	Modo 3D	☐SI - ☐NO -☐ N/A
D.14.19	Modo 4D dinámico	☐SI - ☐NO -☐ N/A
D.14.20	Otro	
D.14.21	Otro	_____

D.15	MEDIOS DE IMPRESIÓN	
D.15.1	VIdeo printer COLOR Marca:_____ Modelo._____ Año Fab	☐SI - ☐NO -☐ N/A
D.15.2	VIdeo printer BLANCO / NEGRO Marca:_____ Modelo._____ Año Fab	☐SI - ☐NO -☐ N/A
D.15.3	OTRO MEDIO DE IMPRESIÓN Marca:_____ Modelo._____ Año Fab	☐SI - ☐NO -☐ N/A
D.16	Video printer con imagen dividida y regulación de contrastes?	☐SI - ☐NO -☐ N/A

D.17	Posee conexion interface a PC?	☐SI - ☐NO -☐ N/A
D.18	Tecnologia wifi, bluetooth o similiar.	☐SI - ☐NO -☐ N/A
D.19	Permite la comparación de imágenes entre el monitor y el video printer?	☐SI - ☐NO -☐ N/A
D.20	Tamaño de almacenamiento de estudios [Giga Bytes]	_____

D.21	SOFTWARE ESPECÍFICO	
D.21.1	3D/4D y Licencia Freehand 3D	☐SI - ☐NO -☐ N/A
D.21.2	4D imaging: Tiempo real para más detalles.	☐SI - ☐NO -☐ N/A
D.21.3	Advanced Dynamic Flow	☐SI - ☐NO -☐ N/A
D.21.4	CFM	☐SI - ☐NO -☐ N/A
D.21.5	Contrast Imaging: Realza estructuras patológicas.	☐SI - ☐NO -☐ N/A
D.21.6	Convexo y Endocavitario	☐SI - ☐NO -☐ N/A
D.21.7	DICOM	☐SI - ☐NO -☐ N/A
D.21.8	DOPPLER	☐SI - ☐NO -☐ N/A
D.21.9	Eco-Stress	☐SI - ☐NO -☐ N/A
D.21.10	Elastosonografía (evaluación de propiedades elásticas de tejido in vivo no invasiva en tiempo real)	☐SI - ☐NO -☐ N/A
D.21.11	Fetal weight index licence	☐SI - ☐NO -☐ N/A
D.21.12	iClear™: Reducción de artefactos.	☐SI - ☐NO -☐ N/A
D.21.13	Imágenes Generales (ABD, THY, SMA, MSK, BRE, URO)	☐SI - ☐NO -☐ N/A
D.21.14	iScape™ view: Amplia el ancho de la imagen.	☐SI - ☐NO -☐ N/A
D.21.15	iZoom: full screen: Imagen de pantalla total para ofrecer más visibilidad.	☐SI - ☐NO -☐ N/A
D.21.16	Lineal y Alta Frecuencia	☐SI - ☐NO -☐ N/A
D.21.17	M-View (Powerfull Suppression Image Enhancement – Técnica de formación de Imágenes compuestas por múltiples haces de insonación con diferentes ángulos) (Equivalente a Sono-CT y CRI)	☐SI - ☐NO -☐ N/A

D.21.18	Obstétrica – Ginecológica	☐SI - ☐NO -☐ N/A
D.21.19	Phase Array y TEE	☐SI - ☐NO -☐ N/A
D.21.20	Phase inversion tissue harmonic imaging: Armónica Tisular por inversión de fase.	☐SI - ☐NO -☐ N/A
D.21.21	QAS (medición de rigidez arterial basado en RF)	☐SI - ☐NO -☐ N/A
D.21.22	QIMT (medición de espesor de íntima media basado en RF en tiempo real)	☐SI - ☐NO -☐ N/A
D.21.23	TDI	☐SI - ☐NO -☐ N/A
D.21.24	TEI (Tissue Enhancement Imaging- Segunda armónica tisular disponible para todos los transductores)	☐SI - ☐NO -☐ N/A
D.21.25	TP-View (Formación de Imágenes trapezoidales con transductores lineales)	☐SI - ☐NO -☐ N/A
D.21.26	Vascular	☐SI - ☐NO -☐ N/A
D.21.27	X-View (Real Time Adaptive Algorithms – Filtro Adaptativo en tiempo real para reducción de ruido speckle) (Equivalente a X-Res y SRI	☐SI - ☐NO -☐ N/A
D.21.28	OTRO	
D.21.29	OTRO	
D.22	Software general multi-idioma	SI - NO - N/A
D.23	Kits de punción con agujas, catéteres, y material descartable. Anestésicos locales y medicamentos para el tratamiento de urgencia de reacciones alérgicas o anafilácticas.	SI - NO - N/A
D.24	Posee conector de transductores simultaneos?	SI - NO - N/A
D.25	Cuántos transductores posee?	NUM
D.26	Se realiza Mantenimiento Preventivo?	SI - NO - N/A
D.27	Se realiza Mantenimiento Correctivo?	SI - NO - N/A
D.28	Posee Otro equipo de Ecografía? Si es afirmativo debe completar otra ficha de equipo y transductores	☐SI - ☐NO -☐ N/A

AUTOEVALUACIÓN PRESTADOR DOS - SAN JUAN
FICHA -ECOGRAFÍA - EQUIPAMIENTO

TRANSDUCTOR		
T1.1	Número de serie	
T1.2	Marca	
T1.3	Modelo	

CARACTERÍSTICAS TRANSDUCTOR		
T2.1	Cardiológico	☐SI - ☐NO -☐ N/A
T2.2	Convexo	☐SI - ☐NO -☐ N/A
T2.3	Endocavitario intrarectal (biplano)	☐SI - ☐NO -☐ N/A
T2.4	Endocavitario intravaginal	☐SI - ☐NO -☐ N/A
T2.5	Endoscopico	☐SI - ☐NO -☐ N/A
T2.6	Intraoperatorio	☐SI - ☐NO -☐ N/A
T2.7	Laparoscopico	☐SI - ☐NO -☐ N/A
T2.8	Lineal	☐SI - ☐NO -☐ N/A
T2.9	Micro Convexo	☐SI - ☐NO -☐ N/A