

**DIRECCION DE SEGURIDAD DEL PACIENTE
REGISTRO DE INSTITUCIONES DE SALUD CON SERVICIOS DE NEONATOLOGIA**

FICHA DE INCRIPCION (INSTITUCIONES DE MAS DE 100 CAMAS)

Nº

INSTITUCION

Nombre: _____ Teléfono: _____

Domicilio: _____ Localidad/ Dpto.: _____

Mail: _____ @ _____

RESPONSABLE

Director Médico: _____ M.P.: _____

Mail: _____ @ _____ TEL: _____

NEONATOLOGIA

Nº de unidades totales: _____ Nº de unidades UCIN: _____

Nº de unidades UTIN: _____ Nº de unidades UMN: _____

**REQUISITOS PARA LA PREVENCION Y CONTROL DE INFECCIONES
HOSPITALARIAS**

- 1- Disposición de la Dirección Médica designando el Comité de Infección Hospitalaria con un Coordinador.
- 2- Plan anual de Vigilancia, Prevención y Control de Infecciones Hospitalarias.
- 3- Libro de Acta.
- 4- Inscripción y adhesión a las normas del Programa VIHDA .

DATOS DE QUIEN REALIZA LA INSCRIPCION

Nombre y
Apellido: _____ DNI.: _____

Cargo: _____ Fecha: ____/____/____