

DIRECCION DE SEGURIDAD DEL PACIENTE
REGISTRO DE INSTITUCIONES DE SALUD CON SERVICIOS DE
NEONATOLOGIA**FICHA DE INCRIPCION (INSTITUCIONES DE MENOS DE 100 CAMAS)****N°****INSTITUCION**Nombre: _____ Teléfono: _____
Domicilio: _____ Localidad/ Dpto.: _____
Mail: _____@_____**RESPONSABLE**Director Médico: _____ M.P.: _____
Mail: _____@_____ T.E.: _____**NEONATOLOGIA**N° de unidades totales: _____ N° de unidades UCIN: _____
N° de unidades UTIN: _____ N° de unidades UMN: _____**REQUISITOS PARA LA PREVENCIÓN 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- Informe Trimestral de Actividades e Indicadores del Comité de IH a la Dirección de Seguridad de Paciente – Área Programa VIHDA

Datos de quien realiza la inscripción:Nombre y Apellido: _____ DNI.: _____
Cargo: _____ Fecha: ____/____/____