

# CONDICIONES DE HIGIENE, DESINFECCIÓN Y LIMPIEZA

Nombre del Centro Sanitario\_\_\_\_\_

SI	NO	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Existe <b>PROTOCOLO DE DESINSECTACIÓN Y DESRATIZACIÓN</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se realiza por medios propios
		Productos utilizados
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Existe contrato anual de prestación de ese servicio por empresa autorizada.  Nombre de la empresa:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Existe <b>PROTOCOLO DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se realiza por medios propios
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Productos utilizados
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Existe contrato anual de prestación de ese servicio por empresa autorizada.  Nombre de la empresa:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Métodos utilizados: <input type="checkbox"/> Limpieza manual <input type="checkbox"/> Desinfección con agua caliente <input type="checkbox"/> Polvorización a baja o alta presión <input type="checkbox"/> Otros

Cumplimentar Tabla

	Después de cada jornada	Después del uso	Antes de ser utilizado	Frecuencia	Responsable
Suelos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Diaria <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Otras	
Baños	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Diaria <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Otras	
Superficies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Diaria <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Otras	
Encimeras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Diaria <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Otras	
Equipamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Diaria <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Otras	
Material	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Diaria <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Otras	

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Comprobación que aseguren las acciones descritas anteriormente (responsable y firma según modelo orientativo)
--------------------------	--------------------------	---

Identificación y firma del Responsable del centro

Mes	Responsable	Firma
Día		
Día		
Día		