

SOLICITUD DE HABILITACIÓN

Ley 9.847 Dto. 1.453/86 y modificatorias Ley 10.169 Dto. 3.854/87

DENOMINACIÓN

☐ Consultorio

☐ Centro

☐ Servicio médico permanente

☐ Instituto

☐ Otros (especificar):

☐

Identificación:

DOMICILIO

Calle: n: piso: Cons. n.

Código postal: Localidad: Provincia:

N. celular: (0.....) 15..... N. teléfono: (0.....)

Correo electrónico:

ESPECIALIDAD A LA QUE SE DEDICARÁ:

CONSULTORIOS

Cantidad total

TIPO	CANTIDAD	UNIPERSONAL	COMPARTIDO
			Utilizado por más de un prof.
☐ Médico			
☐ Odontológico			
☐ Fonoaudiológico			
☐ Radiológico			
☐ Trat. Radiante			
☐ Podológico			
☐ Kinesiológico			
☐ Bioquímico			
☐ Psicológico			
☐ Psicopedagógico			
☐ Enfermería			
☐ Obstétrico			
☐ Diálisis n. de Unidades			
☐ Emergencias n. de Unid. Móv.			
☐ Atención Médica Domiciliaria			
☐ Traslados urbanos e interurbanos de pacientes			
☐ Otros (especificar)			
☐			
☐			

NOMBRE DEL O DE LOS PROPIETARIOS

Si fuera sociedad, se acompañará copia del contrato o estatuto

NOMBRE DEL DIRECTOR O REGENTE Y DEMÁS PROFESIONALES PERMANENTES, PERIÓDICOS Y A DEMANDA

SE ADJUNTAN

- a) Croquis del consultorio a escala y acotado, indicando las instalaciones sanitarias, eléctricas, de gas, etc. Deberá constar el número del plano del edificio aprobado por autoridad competente, el que podrá ser exigido en caso de necesidad.
- b) Certificado de matriculación y habilitación otorgado por el colegio profesional respectivo del director y demás profesionales.
- c) Copia y reglamento interno que normalice la coordinación de los estamentos entre sí del establecimiento y copia de la estructura funcional.

Los datos contenidos en la presente solicitud tienen carácter de **Declaración Jurada**, haciéndose responsable de los mismos el director médico de la entidad, quien firma al pie tomando conocimiento de las exigencias establecidas para la habilitación y fiscalización de los establecimientos de salud de la Provincia de Santa Fe, Ley 9.847 y Ley 10.169 y sus Decretos Reglamentarios.

Ampliación o aclaración de cualquiera de los rubros precedentes, especificando su remuneración correspondiente:

_____/_____/_____
FECHA

FIRMA DEL DIRECTOR

Se inicia trámite simultáneo de inscripción ante Colegio de _____

para la habilitación de consultorios _____
cuya fiscalización corresponde al/a los citado/s organismo/s volviendo a firmar el director responsable.

FIRMA DEL DIRECTOR