



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: Departamento:

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

Correo electrónico:

ESPECIALIDAD A LA QUE SE DEDICARÁ: _____

CONSULTORIOS

Cantidad total

TIPO	CANTIDAD	UNIPERSONAL	COMPARTIDO <small>Utilizado por más de un prof.</small>
<input type="checkbox"/> Médico	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Odontológico	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Fonoaudiológico	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Radiológico	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Trat. Radiante	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Podológico	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Kinesiológico	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Bioquímico	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Psicológico	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Psicopedagógico	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Enfermería	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Obstétrico	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Diálisis n. de Unidades	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Emergencias n. de Unid. Móv.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Atención Médica Domiciliaria	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Traslados urbanos e interurbanos de pacientes	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Otros (especificar)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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