



**REGISTRO NACIONAL DE ENTIDADES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD**  
(El presente formulario posee carácter de declaración jurada.)

Fecha de llenado: ..... /..... /20.....

Registro:

Actualización de datos:

Código Asignado:

**ESTABLECIMIENTOS CON INTERNACIÓN**

HOSPITAL	<input type="checkbox"/>	GENERAL	<input type="checkbox"/>	Entidad Privada	<input type="checkbox"/>
SANATORIO	<input type="checkbox"/>	ESPECIALIZADO	<input type="checkbox"/>	Entidad Mixta	<input type="checkbox"/>
CLÍN. C/ INTERNACIÓN	<input type="checkbox"/>	Especificar: _____		Entidad Pública	<input type="checkbox"/>

OTROS: \_\_\_\_\_

**Denominación Comercial de la Entidad Prestadora de Servicios de Salud**

**Departamento:** \_\_\_\_\_ **Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Barrio/Distrito/Compañía.** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Números Telefónicos**

**Telefax:** \_\_\_\_\_

**R.U.C.** \_\_\_\_\_

1)

2)

**Correo Electrónico:** \_\_\_\_\_

**Pág. Web:** \_\_\_\_\_

**NATURALEZA JURÍDICA DEL PROPIETARIO**

UNIPERSONAL	<input type="checkbox"/>	S.R.L	<input type="checkbox"/>	FUNDACIÓN:	<input type="checkbox"/>
EMPRESA INDIV. DE RESP. LTDA.	<input type="checkbox"/>	S.A.	<input type="checkbox"/>	COOPERATIVA:	<input type="checkbox"/>
SOCIEDAD CIVIL SIMPLE	<input type="checkbox"/>	ASOCIACIÓN	<input type="checkbox"/>	OTROS:	<input type="checkbox"/>

Especificar: \_\_\_\_\_

**AUTORIDADES Y/O DIRECTIVOS.**

**PRESIDENTE/A:**

Céd. De Identidad Civil N° \_\_\_\_\_

Telef. Móvil: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

**REPRESENTANTE LEGAL:**

Céd. De Identidad Civil N° \_\_\_\_\_

Telef. Móvil: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

**DIRECTOR/A GENERAL:**

Céd. de Ident. Civil N°: \_\_\_\_\_

Especialidad: \_\_\_\_\_

Reg. Prof. N°: \_\_\_\_\_

Telef. Móvil N°: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

**DIRECTOR/A O REGENTE MÉDICO/A**

Céd. de Ident. Civil N°: \_\_\_\_\_

Especialidad: \_\_\_\_\_

Reg. Prof. N°: \_\_\_\_\_

Telef. Móvil N°: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_



**Servicios o dependencias que requieren Habil. Indep.**

Laboratorio de Análisis Clínicos.	<input type="checkbox"/>	Propio	<input type="checkbox"/>	Tercerizado	<input type="checkbox"/>
Diagnóstico por Imágenes.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Farmacia Interna	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Banco de Sangre	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Consultorio Odontológicos	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Unidad de Terapia Intensiva Adultos	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Unidad de Terapia Transfusional (Banco de Sangre)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Ambulancias	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Otros (Especificar en Observaciones).	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

**Cantidad de Recursos Humanos**

**Cantidad de Camas**

Médicos:		Obstetras		Enfermeras			
De Guardia:	<input type="checkbox"/>	Licenciadas:	<input type="checkbox"/>	Licenciadas:	<input type="checkbox"/>	Medicina Interna:	<input type="checkbox"/>
De Planta:	<input type="checkbox"/>	Técnicas:	<input type="checkbox"/>	Técnicas:	<input type="checkbox"/>	Cirugía:	<input type="checkbox"/>
De Consultorio:	<input type="checkbox"/>	Auxiliares:	<input type="checkbox"/>	Auxiliares:	<input type="checkbox"/>	Obstetricia:	<input type="checkbox"/>
Externos:	<input type="checkbox"/>	<b>Sub-Total 2:</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Sub-Total 3:</b>	<input type="checkbox"/>	Pediatría:	<input type="checkbox"/>
<b>Sub-Total 1:</b>	<input type="checkbox"/>	Personal Administrativo:		<input type="checkbox"/>		Terapia Adultos	<input type="checkbox"/>
						Terapia Pediátrica:	<input type="checkbox"/>
						Incubadoras:	<input type="checkbox"/>

**TOTAL GENERAL:**

**Cantidad de Quirófanos**

**Ambulancias:**

	Propias:		Tercerizadas		TOTAL. GRAL.	
Cirugía:	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	
Obstetricia	<input type="checkbox"/>	Nivel 1:	<input type="checkbox"/>	Nivel 1:		<input type="checkbox"/>
Pediatría:	<input type="checkbox"/>	Nivel 2:	<input type="checkbox"/>	Nivel 2:		<input type="checkbox"/>
Total:	<input type="checkbox"/>	Nivel 3:	<input type="checkbox"/>	Nivel 3:		<input type="checkbox"/>
		<b>Total:</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Total:</b>	<input type="checkbox"/>	

**ESPECIALIDADES MÉDICAS.**

Alergia	<input type="checkbox"/>	Ecografía	<input type="checkbox"/>	Lab. De Análisis Clín.	<input type="checkbox"/>	Ortopedia	<input type="checkbox"/>
Anatomía Patológica	<input type="checkbox"/>	Electrodiagnóstico	<input type="checkbox"/>	Mastología	<input type="checkbox"/>	Otorrinolaringología	<input type="checkbox"/>
Anestesiología	<input type="checkbox"/>	Endocrinología	<input type="checkbox"/>	Medicina Nuclear	<input type="checkbox"/>	Pediatría	<input type="checkbox"/>
Angioplastia	<input type="checkbox"/>	Endoscopia	<input type="checkbox"/>	Medicina Interna	<input type="checkbox"/>	Proctología	<input type="checkbox"/>
Cardiología	<input type="checkbox"/>	Fisioterapia	<input type="checkbox"/>	Nefrología	<input type="checkbox"/>	Psicología	<input type="checkbox"/>
Cirugía Cardíaca	<input type="checkbox"/>	Flebología	<input type="checkbox"/>	Neonatología	<input type="checkbox"/>	Psiquiatría	<input type="checkbox"/>
Cirugía General	<input type="checkbox"/>	Gastroenterología	<input type="checkbox"/>	Neumología	<input type="checkbox"/>	Reumatología	<input type="checkbox"/>
Cirugía Oncológica	<input type="checkbox"/>	Geriatría	<input type="checkbox"/>	Neurocirugía	<input type="checkbox"/>	Toxicología	<input type="checkbox"/>
Cirugía Pediátrica	<input type="checkbox"/>	Gineco-Obstetricia	<input type="checkbox"/>	Neurología	<input type="checkbox"/>	Traumatología	<input type="checkbox"/>
Cirugía Plástica	<input type="checkbox"/>	Hematología	<input type="checkbox"/>	Nutrición	<input type="checkbox"/>	Terap. Intens. Adultos	<input type="checkbox"/>
Cirugía Vascul. Periférica	<input type="checkbox"/>	Hemoterapia	<input type="checkbox"/>	Odontología	<input type="checkbox"/>	Terap. Intens. Pediátrica	<input type="checkbox"/>
Dermatología	<input type="checkbox"/>	Infectología	<input type="checkbox"/>	Oftalmología	<input type="checkbox"/>	Urología	<input type="checkbox"/>
Diagnóstico por Imágenes	<input type="checkbox"/>	Inmunología	<input type="checkbox"/>	Oncología	<input type="checkbox"/>	Video Cirugía	<input type="checkbox"/>

Otros: .....

OBSERVACIONES U COMENTARIOS:

Datos Aportados Por:	<b>Sello de la Entidad Prestadora de Servicios de Salud</b>
Firma:	
Cargo:	