



REGISTRO NACIONAL DE ENTIDADES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD

(El presente formulario posee carácter de declaración jurada.)

Fecha de llenado: / / 20..... Registración: Actualización de datos: Código Asignado: _____

CENTROS ODONTOLÓGICOS

Entidad Privada Entidad Mixta Entidad Pública

Otros: Especificar: _____

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Denominación Comercial de la Entidad Prestadora de Servicios de Salud

Propietario:

Departamento:

Ciudad:

Barrio/Distrito/Compañía.

Dirección:

Números Telefónicos

Telefax:

R.U.C.

1)

2)

Correo Electrónico:

Pág. Web:

NATURALEZA JURÍDICA DEL PROPIETARIO

UNIPERSONAL S.R.L. FUNDACIÓN:

EMPRESA INDIV. DE RESP. LTDA S.A. COOPERATIVA:

SOCIEDAD CIVIL SIMPLE ASOCIACIÓN OTROS:

Especificar: _____

AUTORIDADES Y/O DIRECTIVOS.

PRESIDENTE/A:

C.I. N°

Telef. Móvil N°

E-mail:

REPRESENTANTE LEGAL:

C.I. N°

Telef. Móvil N°

E-mail:

REGENTE MÉDICO:

Céd. de Ident. Civil N°:

Especialidad:

Reg. Prof. N°:

Telef. Móvil N°:

E-mail:



**CONSEJO NACIONAL
DE SALUD**

**PARAGUÁI
TESÁI HA TEKÓ
PORÁVE
MOTENONDEHA**



SUPSALUD

Cantidad de Recursos Humanos y Consultorios.

Odontólogos:	<input type="text"/>	Asistentes de Consultorio:	<input type="text"/>	Total RR.HH.:	<input type="text"/>
Mecánico Dental:	<input type="text"/>	Otros:	<input type="text"/>		
Especificar:	_____				
Consultorios	<input type="text"/>				

Especialidades

Rehabilitación Oral	<input type="checkbox"/>	Cirugía Maxilofacial	<input type="checkbox"/>	Cariología	<input type="checkbox"/>	Gnatología	<input type="checkbox"/>
Periodoncia	<input type="checkbox"/>	Implantología Oral	<input type="checkbox"/>	Patología Bucal	<input type="checkbox"/>	Prótesis Maxilofacial	<input type="checkbox"/>
Endodoncia	<input type="checkbox"/>	Odontología Estética	<input type="checkbox"/>	Odont. Del bebé y Pre-Natal	<input type="checkbox"/>	Odontología Deportiva	<input type="checkbox"/>
Odontopediatría	<input type="checkbox"/>	Odontología Preventiva	<input type="checkbox"/>	Investig. Materiales Dentales	<input type="checkbox"/>	Orto-odontopediatría.	<input type="checkbox"/>
Ortodoncia	<input type="checkbox"/>	Odontología Neurofocal	<input type="checkbox"/>	Radiología Oral	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>
Odontogeriatría	<input type="checkbox"/>	Odontología Forense	<input type="checkbox"/>	Ortopedia Facial	<input type="checkbox"/>		
Especificar:	_____						

Observaciones u Comentarios.

Datos Aportados Por: _____ Cargo: _____ Firma: _____	Sello de la Entidad Prestadora de Servicios de Salud
--	---