



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:

ESTABLECIMIENTOS CON INTERNACIÓN

HOSPITAL	☐	GENERAL	☐	Entidad Privada	☐
SANATORIO	☐	ESPECIALIZADO	☐	Entidad Mixta	☐
CLÍN. C/ INTERNACIÓN	☐	Especificar: _____		Entidad Pública	☐

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	☐	S.R.L	☐	FUNDACIÓN:	☐
EMPRESA INDIV. DE RESP. LTDA.	☐	S.A.	☐	COOPERATIVA:	☐
SOCIEDAD CIVIL SIMPLE	☐	ASOCIACIÓN	☐	OTROS:	☐

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.		☐	Propio	☐	Tercerizado	☐	
Diagnóstico por Imágenes.		☐		☐		☐	
Farmacia Interna		☐		☐		☐	
Banco de Sangre		☐		☐		☐	
Consultorio Odontológicos		☐		☐		☐	
Unidad de Terapia Intensiva Adultos		☐		☐		☐	
Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica		☐		☐		☐	
Unidad de Terapia Transfusional (Banco de Sangre)		☐		☐		☐	
Ambulancias		☐		☐		☐	
Otros (Especificar en Observaciones).		☐		☐		☐	

Cantidad de Recursos Humanos**Cantidad de Camas**

Médicos:		Obstetras		Enfermeras				
De Guardia:		Licenciadas:		Licenciadas:		Medicina Interna:		
De Planta:		Técnicas:		Técnicas:		Cirugía:		
De Consultorio:		Auxiliares:		Auxiliares:		Obstetricia:		
Externos:		Sub-Total 2:		Sub-Total 3:		Pediatría:		
Sub-Total 1:		Personal Administrativo:					Terapia Adultos	
TOTAL GENERAL:						Terapia Pediátrica:		
						Incubadoras:		

Cantidad de

Cantidad de Quirófanos

Ambulancias:

		Propias:		Tercerizadas		TOTAL. GRAL.
Cirugía:		Nivel 1:		Nivel 1:		
Obstetricia		Nivel 2:		Nivel 2:		
Pediatría:		Nivel 3:		Nivel 3:		
Total:		Total:		Total:		

ESPECIALIDADES MÉDICAS.

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

Otros:

OBSERVACIONES U COMENTARIOS:

Datos Aportados Por:

Firma:

Cargo:

Sello de la Entidad Prestadora de Servicios de Salud