



**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 DE DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES.**

Entidad Privada       Entidad Mixta       Entidad Pública   
Otros:       Especificar: \_\_\_\_\_

**DATOS DE IDENTIFICACIÓN**

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

\_\_\_\_\_

**Propietario:**

\_\_\_\_\_

**Dirección:**

\_\_\_\_\_

<b>Departamento:</b>	<b>Ciudad:</b>	<b>Barrio/Distrito/Compañía.</b>
----------------------	----------------	----------------------------------

--	--	--

<b>Números Telefónicos</b>	<b>Telefax:</b>	<b>R.U.C.</b>
----------------------------	-----------------	---------------

1) _____	2) _____	_____
----------	----------	-------

<b>Correo Electrónico:</b>	<b>Pág. Web:</b>
----------------------------	------------------

--	--

**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:

**RESPONSABLE DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA**

\_\_\_\_\_

Céd. de Ident. Civil N°:      Especialidad:      Reg. Prof. N°:

Telef. Móvil N°:      E-mail:



**Cantidad de Recursos Humanos y Salas de Estudio.**

Médicos:	<input type="text"/>	Otros:	<input type="text"/>	Salas:	<input type="text"/>
Técnicos:	<input type="text"/>	Total RR.HH.:	<input type="text"/>		

**Especialidades**

Rx. Convencional	<input type="checkbox"/>	Mamografía Simple	<input type="checkbox"/>	Ecografía Carotídea	<input type="checkbox"/>	Gammagraf. Pulmonar	<input type="checkbox"/>
Rx. Digital	<input type="checkbox"/>	Mamografía Digital	<input type="checkbox"/>	Ecocardiografía	<input type="checkbox"/>	PET	<input type="checkbox"/>
Artrografía	<input type="checkbox"/>	Ecografía General	<input type="checkbox"/>	Ecocardiog. Transesofág.	<input type="checkbox"/>	TAC O TC.	<input type="checkbox"/>
Bursografía	<input type="checkbox"/>	Ecografía Partes Blandas	<input type="checkbox"/>	Ecocardiog. Pediátrica	<input type="checkbox"/>	Artrotac	<input type="checkbox"/>
Tenografía	<input type="checkbox"/>	Ecografía Mamaria	<input type="checkbox"/>	Resonancia Magnética	<input type="checkbox"/>	Gammagrafía Tiroidea	<input type="checkbox"/>
Discografía	<input type="checkbox"/>	Ecografía Ginecológica	<input type="checkbox"/>	Spect cerebral	<input type="checkbox"/>	Gammag. X reastro óseo	<input type="checkbox"/>
Mielografía	<input type="checkbox"/>	Ecografía Obstétrica	<input type="checkbox"/>	Spect cardiaco	<input type="checkbox"/>	Resonancia Magnética	<input type="checkbox"/>
Angiografía	<input type="checkbox"/>	Ecografía Vascular Perif.	<input type="checkbox"/>	Renograma Isotópico	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>
Radiología Bucal	<input type="checkbox"/>	Ecografía Prostática	<input type="checkbox"/>	Gammagrafía Renal	<input type="checkbox"/>		

Especificar:

**Sucursales:** Si  No

Suc. 1 / Denominación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Telef. \_\_\_\_\_

Registrado en la SupSalud Si  No  C/Exp. Prov.  M.E. N° \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Suc. 2 / Denominación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Telef. \_\_\_\_\_

Registrado en la SupSalud Si  No  C/Exp. Prov.  M.E. N° \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Suc. 3 / Denominación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Telef. \_\_\_\_\_

Registrado en la SupSalud Si  No  C/Exp. Prov.  M.E. N° \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Suc. 4 / Denominación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Telef. \_\_\_\_\_

Registrado en la SupSalud Si  No  C/Exp. Prov.  M.E. N° \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Suc. 5 / Denominación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Telef. \_\_\_\_\_

Registrado en la SupSalud Si  No  C/Exp. Prov.  M.E. N° \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Observaciones u Comentarios.**


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