



REGISTRO NACIONAL DE ENTIDADES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD

(El presente formulario posee carácter de declaración Jurada)

CENTROS DE DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES		
Fecha de llenado: ____/____/____		
Registro ☐ Actualización de Datos ☐ Código Asignado: _____		
Entidad Privada ☐	Entidad Mixta ☐	Entidad Pública ☐
Otros ☐	Especificar: _____	
DATOS DE IDENTIFICACIÓN		
Denominación Comercial de la Entidad Prestadora de Servicios de Salud		
Propietario		
Dirección		
Departamento	Ciudad	Barrio/Distrito/Compañía
Números Telefónicos	Telefax	R.U.C.
1.-	2.-	
Correo Electrónico	Página Web	
NATURALEZA JURÍDICA DEL PROPIETARIO		
UNIPERSONAL ☐	S.R.L. ☐	FUNDACION ☐
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:
Responsable de Protección Radiológica		
C.I. N°:	Especialidad:	Reg. Prof. N°:
Telef. Móvil N°:	E-Mail:	
CANTIDAD DE RECURSOS HUMANOS Y SALAS DE ESTUDIO		
Médicos	Otros	Salas
Técnicos	Total RR.HH.	

ESPECIALIDADES			
Rx. Convencional.....	☐	Mamografía Simple.....	☐
Rx. Digital.....	☐	Mamografía Digital.....	☐
Artrografía.....	☐	Ecografía General.....	☐
Bursografía.....	☐	Ecografía Partes Blandas.....	☐
Tenografía.....	☐	Ecografía Mamaria.....	☐
Discografía.....	☐	Ecografía Ginecológica.....	☐
Mielografía.....	☐	Ecografía Obstétrica.....	☐
Angiografía.....	☐	Ecografía Vascular Perif.....	☐
Radiología Bucal.....	☐	Ecografía Prostática.....	☐
		Ecografía Carotidea.....	☐
		Ecocardiografía.....	☐
		Ecocardiog. Transesofág.....	☐
		Ecocardiog. Pediátrica.....	☐
		Resonancia Magnética.....	☐
		Spect. Cerebral.....	☐
		Spect. Cardíaco.....	☐
		Renograma Isotópico.....	☐
		Grammagrafía Renal.....	☐
		Gammagrad Pulmonar.....	☐
		PET.....	☐
		TAC o TC.....	☐
		Artrotac.....	☐
		Grammagrafía Tiroidea.....	☐
		Grammag. X reastreo óseo.....	☐
		Resonancia Magnética.....	☐
		Otros.....	☐

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 O COMENTARIOS

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