



REGISTRO NACIONAL DE ENTIDADES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD

(El presente formulario posee carácter de declaración Jurada)

ESTABLECIMIENTOS CON INTERNACIÓN		
Fecha de llenado: ____/____/____		
Registro ☐ Actualización de Datos ☐ Código Asignado: _____		
HOSPITAL ☐	GENERAL ☐	Entidad Privada ☐
SANATORIO ☐	ESPECIALIZADO ☐	Entidad Mixta ☐
CLINICA CON INTERNACION ☐	Especificar: _____	Entidad Pública ☐
OTROS: _____		
DATOS DE IDENTIFICACIÓN		
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	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:
Director/a General		
C.I. N°:	Especialidad:	Reg. Prof. N°:
Telef. Móvil N°:	E-Mail:	
Director/a General o Regente Médico/a		
C.I. N°:	Especialidad:	Reg. Prof. N°:
Telef. Móvil N°:	E-Mail:	



REGISTRO NACIONAL DE ENTIDADES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD

(El presente formulario posee carácter

SERVICIOS O DEPENDENCIAS QUE REQUIEREN HABILITACION INDEPENDIENTE			
Laboratorio de Análisis Clínicos	☐	Propio.....	☐ Tercerizado
Diagnóstico por Imágenes	☐		☐
Farmacia Interna.....	☐		☐
Banco de Sangre	☐		☐
Consultorio Odontológico.....	☐		☐
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 QUIRÓFANOS		AMBULANCIAS	
		Propias:	Tercerizadas:
Cirugía:		Nivel 1:	Nivel 1:
Obstetricia:		Nivel 2:	Nivel 2:
Pediatría:		Nivel 3:	Nivel 3:
Total:		Total:	Total:
ESPECIALIDADES MÉDICAS			
Alergia	☐	Ecografía	☐
Anatomía Patológica.....	☐	Electrodiagnóstico.....	☐
Anestesiología	☐	Endocrinología.....	☐
Angioplastia	☐	Endoscopía.....	☐
Cardiología	☐	Fisioterapia	☐
Cirugía Cardíaca.....	☐	Flebología.....	☐
Cirugía General	☐	Gastroenterología.....	☐
Cirugía Oncológica	☐	Geriatría	☐
Cirugía Pediátrica	☐	Gineco-Obstetricia	☐
Cirugía Plástica.....	☐	Hematología	☐
Cirugía Vascular Periférica.....	☐	Hemoterapia	☐
Dermatología	☐	Infectología	☐
Diagnóstico por Imágenes	☐	Inmunología	☐
		Lab. De Análisis Clin.	☐
		Mastología	☐
		Medicina Nuclear	☐
		Medicina Interna.....	☐
		Nefrología	☐
		Neonatología.....	☐
		Neumología.....	☐
		Neurocirugía	☐
		Neurología	☐
		Nutrición.....	☐
		Odontología	☐
		Oftalmología.....	☐
		Oncología.....	☐
		Ortopedia	☐
		Otorrinolaringología.....	☐
		Pediatría	☐
		Proctología.....	☐
		Psicología	☐
		Psiquiatría.....	☐
		Reumatología.....	☐
		Toxicología.....	☐
		Traumatología.....	☐
		Terap. Intens. Adultos.....	☐
		Terap. Intens. Pedriátrica ..	☐
		Urología	☐
		Video Cirugía	☐
Otros:			
OBSERVACIONES, COMENTARIOS, SUGERENCIAS O QUEJAS			
Datos Aportados por:		Sello de la Entidad Prestadora de Servicios de Salud	
Cargo:			
Firma:			