



Provincia de Santa Fe
Ministerio de Salud

Subsecretaría de Salud
Dirección General de Auditoría Médica

Zona de Salud o Colegio Profesional

No. de Trámite

Año

SOLICITUD DE HABILITACION
Ley No. 9847 - Dcto. 1453/86
(Debe ser cumplimentado a máquina)

- 1) Denominación. Consultorio Centro Servicio Médico
 Permanente Instituto Clínica Sanatorio
 Hospital Privado Otros (especificación)

(Marcar con X el casillero que corresponda)

Identificación:

- 2) Domicilio: Calle _____ No. _____ Te. _____
 Departamento _____
 Localidad _____ CP. _____

- 3) Especialidad a la que se dedicará _____

- 4) Sectores para los que solicita habilitación en las áreas de:

- Atención Médica Serv. Centrales de Diagnóstico y Tratamiento
 Servicios Técnicos Mantenimiento y Servicios Generales

(Indicar con X el casillero que corresponda)

CONSULTORIOS
Cantidad Total: _____

Tipo	Cantidad	Unipersonal	Compartido (cuando es utilizado por más de un profesional)
<input type="checkbox"/> Médico	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Odontológicos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Fonoaudiológicos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Tipo	Cantidad	Unipersonal	Compartido (cuando es utilizado por más de un Profesional)
<input type="checkbox"/> Radiológicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Tratam. Radiante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Podológicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Kinesiológicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Bioquímicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Psicológicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Psicopedagógicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Enfermería	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Obstétricos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Otros (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INTERNACION
No. camas dotación _____

Quirúrgico
No. salas de cirugía: _____

Obstétrico
No. salas de parto _____

Unidad de Terapia Intensiva
No. de camas: _____

Unidad Coronaria
No. de camas: _____

Neonatología
No. de camas: _____

Unidad de Cuidados Especiales
No. de camas: _____

Laboratorio

Radiología
No. salas de Rx: _____

Hemoterapia

Diálisis
No. de Unidades: _____

Anatomía Patológica

Terapia Radiante y
Medicina Nuclear

- Urgencia
- Emergencia con Unid. Móviles
No. de Unidades Móviles:
- Otros
Especificación:

Dietoterapia, Alimentación y Cocina

Otros
Especificación:

- Medicina Física
- Endoscopía
- Electrodiagnóstico
- Diagnóstico por Imágenes
- Otros
Especificación:

Lavadero

Costurero

Otros
Especificación:

5) Nombre del o de los propietarios (si fuese sociedad se acompañará copia del contrato o estatuto):

6) Nombre del director y demás profesionales permanentes, periódicos y a demanda: _____

7) Se adjuntan:

- a) Planos por duplicado actualizados del establecimiento y de la ubicación en el edificio si ocupa parcialmente éste, con distribución de ambientes, ubicación de camas y redes de provisión de agua e instalaciones diversas, aprobado por autoridad competente.

En el caso de consultorio sólo será exigible: croquis del consultorio a escala y acotado, indicando las instalaciones sanitarias, eléctricas, de gas, etc. Deberá constar el No. del plano del edificio, aprobado por autoridad competente, el que podrá ser exigido en caso de necesidad.

- b) Certificado de Municipalidad o Comuna que autorice la ubicación del mismo en ese predio.
- c) Certificado de matriculación y habilitación en el Colegio Profesional respectivo del director y demás profesionales.
- d) Copia del reglamento interno que normatice la coordinación de los estamentos entre sí del establecimiento y copia de la estructura funcional.

8) Los datos contenidos en la presente solicitud tienen carácter de DECLARACION JURADA, haciéndose responsable de los mismos el Director Médico de la Institución, quien firma al pie tomando conocimiento de las exigencias establecidas para la Habilitación y Fiscalización de los establecimientos de salud de la Provincia de Santa Fe - Ley 9847 y en Decreto Reglamentario 1453/86.

.....

Ampliación o aclaración de cualquiera de los rubros precedentes, especificando su numeración correspondiente:

Fecha:

.....
Firma

Se inicia trámite simultáneo ante Colegio de
y/o Zona de Salud para la habilitación de consultorios
..... cuya fiscalización corresponde al / a los citados organismos, volviendo a
firmar el Director responsable.-----

.....
Firma