



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

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
---	---