



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:	Medicina Interna:
De Guardia:	Licenciadas:	Licenciadas:	
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	
Cirugía:	Propias:	Tercerizadas:	TOTAL GENERAL
Obstetricia:	Nivel 1:	Nivel 1:	
Pediatría:	Nivel 2:	Nivel 2:	
Total:	Nivel 3:	Nivel 3:	
	Total:	Total:	
ESPECIALIDADES MÉDICAS			
Alergia	☐	Ecografía	☐ Lab. De Análisis Clin.
Anatomía Patológica.....	☐	Electrodiagnóstico.....	☐ Mastología
Anestesiología	☐	Endocrinología.....	☐ Medicina Nuclear
Angioplastia	☐	Endoscopia.....	☐ Medicina Interna.....
Cardiología	☐	Fisioterapia	☐ Nefrología
Cirugía Cardíaca.....	☐	Flebología	☐ Neonatología.....
Cirugía General	☐	Gastroenterología	☐ Neumología.....
Cirugía Oncológica	☐	Geriatría	☐ Neurocirugía
Cirugía Pediátrica	☐	Gineco-Obstetricia	☐ Neurología
Cirugía Plástica.....	☐	Hematología	☐ Nutrición.....
Cirugía Vascular Periférica.....	☐	Hemoterapia	☐ Odontología
Dermatología	☐	Infectología	☐ Oftalmología.....
Diagnóstico por Imágenes	☐	Inmunología	☐ Oncología.....
Otros:			☐ Video Cirugía
OBSERVACIONES, COMENTARIOS, SUGERENCIAS O QUEJAS			
Datos Aportados por:		Sello de la Entidad Prestadora de Servicios de Salud	
Cargo:			
Firma:			