

CENTROS DE DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES		
Fecha de llenado: ___/___/___ Registro <input type="checkbox"/> Actualización de Datos <input type="checkbox"/> Código Asignado: _____		
Entidad Privada <input type="checkbox"/>	Entidad Mixta <input type="checkbox"/>	Entidad Pública <input type="checkbox"/>
Otros <input type="checkbox"/>	Especificar: _____	
DATOS DE IDENTIFICACIÓN		
Denominación Comercial de la Entidad Prestadora de Servicios de Salud		
Propietario		
Dirección		
Departamento	Ciudad	Barrio/Distrito/Compañía
Números Telefónicos		Telefax
1.-	2.-	R.U.C.
Correo Electrónico		Página Web
NATURALEZA JURÍDICA DEL PROPIETARIO		
UNIPERSONAL <input type="checkbox"/>	S.R.L. <input type="checkbox"/>	FUNDACION <input type="checkbox"/>
EMPRESA INDIV. DE RESP. LTDA. <input type="checkbox"/>	S.A. <input type="checkbox"/>	COOPERATIVA <input type="checkbox"/>
SOCIEDAD CIVIL SIMPLE <input type="checkbox"/>	ASOCIACIÓN <input type="checkbox"/>	OTROS <input type="checkbox"/>
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 <input type="text"/>	Otros <input type="text"/>	Salas <input type="text"/>
Técnicos <input type="text"/>	Total RR.HH. <input type="text"/>	

Firma y Sello de la Entidad Prestadora de Servicios de Salud:

**ESPECIALIDADES**

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

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