

CENTROS ODONTOLÓGICOS		
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		
Departamento	Ciudad	Barrio/Distrito/Compañía
Dirección		
Números Telefónicos	Telefax	R.U.C.
1.-	2.-	
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:
Regente Médico		
C.I. N°:	Especialidad:	Reg. Prof. N°:
Telef. Móvil N°:	E-Mail:	
CANTIDAD DE RECURSOS HUMANOS Y CONSULTORIOS		
Odontólogos: <input style="width: 50px;" type="text"/>	Asistentes de Consultorio: <input style="width: 50px;" type="text"/>	Total RR.HH.: <input style="width: 50px;" type="text"/>
Mecánicos Dental: <input style="width: 50px;" type="text"/>	Otros: <input style="width: 50px;" type="text"/>	Consultorios: <input style="width: 50px;" type="text"/>
Especificar: _____		
Firma y Sello de la Entidad Prestadora de Servicios de Salud:		

ESPECIALIDADES			
Rehabilitación Oral <input type="checkbox"/>	Cirugía Maxilofacial <input type="checkbox"/>	Cariología <input type="checkbox"/>	Gnatología <input type="checkbox"/>
Periodoncia <input type="checkbox"/>	Implantología Oral <input type="checkbox"/>	Patología Bucal <input type="checkbox"/>	Prótesis Maxilofacial <input type="checkbox"/>
Endodoncia <input type="checkbox"/>	Odontología Estética <input type="checkbox"/>	Odont. Del bebe y Pre-Natal <input type="checkbox"/>	Odontología Deportiva <input type="checkbox"/>
Odontopediatría <input type="checkbox"/>	Odontología Preventiva <input type="checkbox"/>	Investig. Materiales Dentales <input type="checkbox"/>	Orto-odontopediatría <input type="checkbox"/>
Ortodoncia <input type="checkbox"/>	Odontología Neurofocal <input type="checkbox"/>	Radiología Oral <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>
Odontogeriatría <input type="checkbox"/>	Odontología Forense <input type="checkbox"/>	Ortopedia Facial <input type="checkbox"/>	
Especificar: _____			
OBSERVACIONES O COMENTARIOS			
<div style="border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"></div>			
Datos Aportados por: _____ Cargo: _____ Firma: _____	Sello de la Entidad Prestadora de Servicios de Salud		

