



REGISTRO NACIONAL DE ENTIDADES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD

(El presente formulario posee carácter

**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:			

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



**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 .....	<input type="checkbox"/>	Propio.....	<input type="checkbox"/> Tercerizado..... <input type="checkbox"/>
Diagnóstico por Imágenes .....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Farmacia Interna.....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Banco de Sangre .....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Consultorio Odontológico.....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Unidad de Terapia Intensiva Adultos .....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica .....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Unidad de Terapia Transfusional (Banco de Sangre) .....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Ambulancias .....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Otros (Especificar en Observaciones): .....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
CANTIDAD DE RECURSOS HUMANOS		CANTIDAD DE CAMAS	
<b>Médicos:</b>	<b>Obstetras:</b>	<b>Enfermeras:</b>	
De Guardia: <input type="text"/>	Licenciadas: <input type="text"/>	Licenciadas: <input type="text"/>	Medicina Interna: <input type="text"/>
De Planta: <input type="text"/>	Técnicas: <input type="text"/>	Técnicas: <input type="text"/>	Cirugía: <input type="text"/>
De Consultorio: <input type="text"/>	Auxiliares: <input type="text"/>	Auxiliares: <input type="text"/>	Obstetricia: <input type="text"/>
Externos: <input type="text"/>	<b>Sub-Total 2</b> <input type="text"/>	<b>Sub-Total 3</b> <input type="text"/>	Pediatría: <input type="text"/>
<b>Sub-Total 1:</b> <input type="text"/>	<b>Personal Administrativo:</b> <input type="text"/>		Terapia Adultos: <input type="text"/>
<b>TOTAL GENERAL:</b>			Terapia Pediátrica: <input type="text"/>
			Incubadoras: <input type="text"/>
CANTIDAD DE QUIRÓFANOS		AMBULANCIAS	
		<b>Propias:</b>	<b>Tercerizadas:</b>
Cirugía: <input type="text"/>		Nivel 1: <input type="text"/>	Nivel 1: <input type="text"/>
Obstetricia: <input type="text"/>		Nivel 2: <input type="text"/>	Nivel 2: <input type="text"/>
Pediatría: <input type="text"/>		Nivel 3: <input type="text"/>	Nivel 3: <input type="text"/>
<b>Total:</b> <input type="text"/>		<b>Total:</b> <input type="text"/>	<b>Total:</b> <input type="text"/>
		<b>TOTAL GENERAL</b> <input type="text"/>	
ESPECIALIDADES MÉDICAS			
Alergia .....	<input type="checkbox"/>	Ecografía .....	<input type="checkbox"/>
Anatomía Patológica.....	<input type="checkbox"/>	Electrodiagnóstico.....	<input type="checkbox"/>
Anestesiología .....	<input type="checkbox"/>	Endocrinología.....	<input type="checkbox"/>
Angioplastia.....	<input type="checkbox"/>	Endoscopía.....	<input type="checkbox"/>
Cardiología .....	<input type="checkbox"/>	Fisioterapia .....	<input type="checkbox"/>
Cirugía Cardíaca.....	<input type="checkbox"/>	Flebología.....	<input type="checkbox"/>
Cirugía General .....	<input type="checkbox"/>	Gastroenterología.....	<input type="checkbox"/>
Cirugía Oncológica .....	<input type="checkbox"/>	Geriatría .....	<input type="checkbox"/>
Cirugía Pediátrica .....	<input type="checkbox"/>	Gineco-Obstetricia .....	<input type="checkbox"/>
Cirugía Plástica.....	<input type="checkbox"/>	Hematología .....	<input type="checkbox"/>
Cirugía Vascul ar Periférica.....	<input type="checkbox"/>	Hemoterapia .....	<input type="checkbox"/>
Dermatología .....	<input type="checkbox"/>	Infectología .....	<input type="checkbox"/>
Diagnóstico por Imágenes .....	<input type="checkbox"/>	Inmunología .....	<input type="checkbox"/>
		Lab. De Análisis Clin.....	<input type="checkbox"/>
		Mastología.....	<input type="checkbox"/>
		Medicina Nuclear.....	<input type="checkbox"/>
		Medicina Interna.....	<input type="checkbox"/>
		Nefrología.....	<input type="checkbox"/>
		Neonatología.....	<input type="checkbox"/>
		Neumología.....	<input type="checkbox"/>
		Neurocirugía .....	<input type="checkbox"/>
		Neurología .....	<input type="checkbox"/>
		Nutrición.....	<input type="checkbox"/>
		Odontología.....	<input type="checkbox"/>
		Oftalmología.....	<input type="checkbox"/>
		Oncología.....	<input type="checkbox"/>
		Ortopedia .....	<input type="checkbox"/>
		Otorrinolaringología.....	<input type="checkbox"/>
		Pediatría .....	<input type="checkbox"/>
		Proctología.....	<input type="checkbox"/>
		Psicología .....	<input type="checkbox"/>
		Psiquiatría.....	<input type="checkbox"/>
		Reumatología.....	<input type="checkbox"/>
		Toxicología.....	<input type="checkbox"/>
		Traumatología.....	<input type="checkbox"/>
		Terap. Intens. Adultos.....	<input type="checkbox"/>
		Terap. Intens. Pedríatrica .....	<input type="checkbox"/>
		Urología.....	<input type="checkbox"/>
		Video Cirugía.....	<input type="checkbox"/>
Otros: _____			
OBSERVACIONES, COMENTARIOS, SUGERENCIAS O QUEJAS			
Datos Aportados por: _____  Cargo: _____  Firma: _____		<b>Sello de la Entidad Prestadora de Servicios de Salud</b>	