

REGISTRO NACIONAL DE ENTIDADES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD
(El presente formulario posee carácter de declaración Jurada)

ESTABLECIMIENTOS SIN INTERNACIÓN		
Fecha de llenado: ___/___/___	Registro <input type="checkbox"/>	Actualización de Datos <input type="checkbox"/> Código Asignado: _____
Entidad Pública <input type="checkbox"/>	CLÍNICAS <input type="checkbox"/>	GENERAL <input type="checkbox"/>
Entidad Privada <input type="checkbox"/>	POLICLÍNICAS <input type="checkbox"/>	ESPECIALIZADA <input type="checkbox"/>
Entidad Mixta <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/a		
C.I. N°:	Especialidad:	Reg. Prof. N°:
Telef. Móvil N°:	E-Mail:	
CANTIDAD DE RECURSOS HUMANOS		
Médicos <input type="text"/>	Téc. o Aux. en Enfermería <input type="text"/>	Total RR.HH. <input type="text"/>
Lic. En Enfermería <input type="text"/>	Otros <input type="text"/>	
CANTIDAD DE CONSULTORIOS		
Adultos <input type="text"/>	Pediátricos <input type="text"/>	Total <input type="text"/>
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 de declaración Jurada)

ESPECIALIDADES MÉDICAS			
Alergia	<input type="checkbox"/>	Fisioterapia	<input type="checkbox"/>
Cardiología	<input type="checkbox"/>	Flebología	<input type="checkbox"/>
Cirugía Plástica.....	<input type="checkbox"/>	Gastroenterología	<input type="checkbox"/>
Clínica Médica	<input type="checkbox"/>	Geriatría.....	<input type="checkbox"/>
Dermatología	<input type="checkbox"/>	Gineco-Obstetricia	<input type="checkbox"/>
Diagnóstico por Imágenes	<input type="checkbox"/>	Hematología	<input type="checkbox"/>
Ecografía	<input type="checkbox"/>	Hemoterapia	<input type="checkbox"/>
Electrodiagnóstico	<input type="checkbox"/>	Infectología	<input type="checkbox"/>
Endocrinología.....	<input type="checkbox"/>	Inmunología.....	<input type="checkbox"/>
Endoscopia.....	<input type="checkbox"/>	Lab. Análisis Clínicos	<input type="checkbox"/>
		Mastología.....	<input type="checkbox"/>
		Medicina Nuclear	<input type="checkbox"/>
		Nefrología	<input type="checkbox"/>
		Neumología.....	<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"/>
		Urología	<input type="checkbox"/>
		Otros.....	<input type="checkbox"/>
Especificar: _____			
OBSERVACIONES U COMENTARIOS			

Datos Aportados por: _____ Cargo: _____ Firma: _____		Sello de la Entidad Prestadora de Servicios de Salud	

