

Solicitud de Habilitación / Rehabilitación de Consultorios y Camas en Clínicas, Sanatorios e Institutos y Alta Complejidad

Fecha: 02/06/2015

Versión: 03

Fecha: /

Solicitamos el siguiente
tramite:

(marcar una según corresponda)

- Habilitación
 Rehabilitación
 Cambio de Razón Social
 Otros

Nombre de la Institución

Dirección:
(calle y Nro.)

Piso:

Localidad:

Dr. / Dra.
Responsable:

Matricula Profesional:

Especialidad:

Teléfono Fijo:

Firma y
Sello:

Teléfono Móvil:

(Código de Área + Nro.)

Email:

Adjunto
Plano (1):

Adjunta listado de
profesionales médicos (2):

- (1) *Este documento debe contener detalles de las dimensiones principales en planta, detalle de materiales de construcción, requiriéndose que el mismo se encuentre firmado por el profesional que lo ha elaborado.*
- (2) *Este listado debe contener: Nombre y Apellido de los profesionales pertenecientes a la institución, matricula y especialidades de los mismos*

Estimados profesionales a fin de optimizar esta etapa, por favor detalle, en función del trámite solicitado, las características principales, marcando con un tilde según lo requerido o detalle la información solicitada:

1.- Habilitación de Consultorios y Camas en Clínicas, Sanatorios e Institutos:

TIPO DE SERVICIO	Marcar según corresponda	DETALLES ADICIONALES
Consultorios Individuales o Policonsultorios	<input type="checkbox"/>	Cantidad de Consultorios: <input type="text"/>
Consultorios y Camas de Internación en Clínicas, Sanatorios e Institutos	<input type="checkbox"/>	Cantidad de Consultorios: <input type="text"/> Cantidad de Camas: <input type="text"/>
Consultorios y Camas de Internación en Medicina Prepara o Instituciones Privadas no medicas	<input type="checkbox"/>	Cantidad de Consultorios: <input type="text"/> Cantidad de Camas: <input type="text"/>

2.- Habilitación / Rehabilitación para Servicios de Mayor Complejidad de Diagnóstico y Tratamiento:

TIPO DE SERVICIO	Marcar según corresponda	DETALLES ADICIONALES
Centro de Tomografía	<input type="checkbox"/>	
Centro de Resonancia Magnética	<input type="checkbox"/>	
Centro de Ecografía	<input type="checkbox"/>	Cantidad de Ecógrafos: <input style="width: 80px;" type="text"/>
Centro de Hemodinamia	<input type="checkbox"/>	
Centro de Centellograma y/o Ergometría	<input type="checkbox"/>	
Centro Obstétrico - Quirúrgico	<input type="checkbox"/>	Cantidad de Sala de Partos: <input style="width: 80px;" type="text"/> Cantidad de Quirófanos: <input style="width: 80px;" type="text"/>
Laboratorio de Anatomía Patológica	<input type="checkbox"/>	
Centro de Quirúrgico Oftalmológico	<input type="checkbox"/>	Cantidad de Quirófanos: <input style="width: 80px;" type="text"/>
Centro de Hemodiálisis	<input type="checkbox"/>	Cantidad de Sillones: <input style="width: 80px;" type="text"/>
Centro de Hemoterapia	<input type="checkbox"/>	
Centro de Tratamiento Oncológico	<input type="checkbox"/>	Cantidad de Sillones de Quimioterapia: <input style="width: 80px;" type="text"/>
Servicio de Medicina Transfusional	<input type="checkbox"/>	
Centro de Litotricia	<input type="checkbox"/>	
Servicio de Radiología	<input type="checkbox"/>	Cantidad de Aparatos de Rayos X: <input style="width: 80px;" type="text"/>
Centro de Mamografía	<input type="checkbox"/>	
Sala de Partos o Quirófanos	<input type="checkbox"/>	Cantidad de Salas o Quirófanos: <input style="width: 80px;" type="text"/>
Consultorio donde se realicen <u>prácticas</u> (Endoscopia, Espirometrías, Histeroscopia, Electroencefalograma, Electrocardiograma, Sala de Yeso, Vacunatorio, Fondo de Ojo, etc.)	<input type="checkbox"/>	Cantidad de Consultorios: <input style="width: 80px;" type="text"/>
Monitoreo Fetal	<input type="checkbox"/>	Cantidad de Salas : <input style="width: 80px;" type="text"/>
Unidad de Cuidados Respiratorios	<input type="checkbox"/>	Cantidad de Camas: <input style="width: 80px;" type="text"/>
Cámara Gama	<input type="checkbox"/>	
Centro de Densitometría	<input type="checkbox"/>	
Unidad de Terapia Intensiva	<input type="checkbox"/>	Cantidad de Camas: <input style="width: 80px;" type="text"/>

Solicitud de Habilitación / Rehabilitación de Consultorios y Camas en Clínicas, Sanatorios e Institutos y Alta Complejidad

Fecha: 02/06/2015

Versión: 03

TIPO DE SERVICIO	Marcar según corresponda	DETALLES ADICIONALES
Unidad de Terapia Intermedia y Unidad Coronaria	<input type="checkbox"/>	Cantidad de Camas: <input type="text"/>
Unidad de Terapia Intensiva Neonatal o Pediátrica	<input type="checkbox"/>	Cantidad de Cunas, <input type="text"/> Cantidad de Incubadoras <input type="text"/> Cantidad de Camas <input type="text"/>
Internación Domiciliaria	<input type="checkbox"/>	
PUVA (Tratamiento de Enfermedades de la Piel)	<input type="checkbox"/>	
Centro de Educativos Terapéuticos	<input type="checkbox"/>	
Ómnibus Sanitario	<input type="checkbox"/>	
Internación Transitoria	<input type="checkbox"/>	Cantidad de Camas: <input type="text"/>

Detalle principal de Equipamiento:

Detalle:

Observaciones Adicionales :

Nota: La cancelación del arancel de habilitación/rehabilitación se encuentra sujeto a la actividad de verificación de lo declarado en este formulario, por parte de los profesionales del Colegio de Médicos de la Provincia de Misiones. En aquellos casos de detectarse diferencias entre lo declarado y verificado, se procederán a realizar los ajustes de arancel que correspondan en cada caso