



Provincia de Santa Fe

Ministerio de Salud, Medio Ambiente y Acción Social

Subsecretaría de Salud y Medio Ambiente  
Dirección de auditoría Médica

DAM 2

Ampliación o aclaración de cualquiera de los rubros precedentes, especificando su numeración correspondiente:

Zona de Salud o Colegio Profesional

Nº de tramite

Año

SOLICITUD DE HABILITACIÓN  
Ley Nº 9847 - Dcto. 1453/86  
(Debe ser cumplimentado a máquina)

- 1) Denominación  Consultorio  Centro  Servicio Medico  
 Permanente  Instituto  Clínica  Sanatorio  
 Hospital Privado  Otros (especificación)

(Marcar con X el casillero que corresponda)

Identificación \_\_\_\_\_

2) Domicilio: Calle \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Te. \_\_\_\_\_

Departamento \_\_\_\_\_

Localidad \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma

Se inicia trámite simultáneo de inscripción ante Colegio de \_\_\_\_\_  
y/o zona de salud \_\_\_\_\_ para la habilitación de consultorios \_\_\_\_\_  
cuya fiscalización corresponde al/a \_\_\_\_\_  
los citados organismos, volviendo a firmar el Director responsable. \_\_\_\_\_

Firma

Atención Médica  Serv. Centrales de Diagnóstico y Tratamiento

Servicios Técnicos  Mantenimiento y Servicios Generales

(Indicar con X el casillero que corresponda)

CONSULTORIOS

Cantidad Total: \_\_\_\_\_

Tipo	Cantidad	Unipersonal	Compartido (cuando es utilizado por más de un profesional)
<input type="checkbox"/> Médico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Odontológicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Fonoaudiológicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tipo	Cantidad	Unipersonal	Compartido (cuando es utilizado por mas de un profesional)
<input type="checkbox"/> Radiológicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Tratam. Radiante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Podológicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Kinesiológicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Bioquímicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Psicológicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Psicopedagógicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Enfermerías	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Obstétricos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Otros (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INTERNACION  
Nº camas dotacion: \_\_\_\_\_

Quirúrgico  
Nº salas de cirugía: \_\_\_\_\_

Obstétrico  
Nº salas de parto: \_\_\_\_\_

Unidad de Terapia Intensiva  
Nº de camas: \_\_\_\_\_

Unidad Coronaria  
Nº de camas: \_\_\_\_\_

Neonatología  
Nº de camas: \_\_\_\_\_

Unidad de cuidados Especiales  
Nº de camas: \_\_\_\_\_

Laboratorio

Radiología  
Nº salas de Rx: \_\_\_\_\_

Hemoterapia

Diálisis  
Nº de unidades: \_\_\_\_\_

Anatomía Patológica

Terapia Radiante y Medicina Nuclear

Urgencia

Emergencia con Unid. Móviles  
Nº de Unidades Móviles: \_\_\_\_\_

Otros  
Especificación: \_\_\_\_\_

Dietoterapia, Alimentación y Cocina

Otros  
Especificación: \_\_\_\_\_

Medicina Física

Endoscopia

Electrodiagnóstico

Diagnóstico por Imágenes

Otros  
Especificación: \_\_\_\_\_

Lavadero

Costurero

Otros  
Especificación: \_\_\_\_\_

5) Nombre del o de los propietarios (si fuese sociedad se acompañará copia del contrato o estatuto): \_\_\_\_\_

6) Nombre del director y demas profesionales permanentes, periódicos y a demanda: \_\_\_\_\_

7) Se adjuntan:

- a) Planos por duplicado actualizados del establecimiento y de la ubicación en el edificio si ocupa parcialmente éste, con distribución de ambientes, ubicación de camas y redes de provisión de agua e instalaciones diversas, aprobados por autoridad competente.

En el caso de consultorio sólo será exigible: croquis del consultorio a escala y acotado, indicando las instalaciones sanitarias, eléctricas, de gas, etc. Deberá constar el N° del plano del edificio, aprobado por autoridad competente, el que podrá ser exigido en caso de necesidad.

- b) Certificado de Municipalidad o Comuna que autorice la ubicación del mismo en ese predio.  
c) Certificado de Matriculación y habilitación en el Colegio Profesional respectivo del director y demás profesionales.  
d) Copia del reglamento interno que normatice la coordinación de los estamentos entre sí del establecimiento y copia de la estructura funcional.

8) Los datos contenidos en la presente solicitud tienen carácter de DECLARACIÓN JURADA, haciéndose responsable de los mismos el Director Medico de la Institución, quien firma al pie tomando conocimiento de las exigencias establecidas para la Habilitación y Fiscalización de los establecimientos de salud de la Provincia de Santa Fe - Ley 9847 y en Decreto reglamentario 1453/86