



## DAM - 2

COLEGIO DE PROFESIONAL		
NUMERO DE TRÁMITE		
AÑO		

### SOLICITUD DE HABILITACION

Ley 9847 – Decreto 1453/86 y modificaciones

*(Debe ser cumplimentada en letra de imprenta legible o impreso)*

**DENOMINACION:** (marque con una cruz lo que corresponda)

- |                                              |                                                            |
|----------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> CONSULTORIO.        | <input type="checkbox"/> INSTITUTO.                        |
| <input type="checkbox"/> CENTRO.             | <input type="checkbox"/> Consultorio Radiología Panorámica |
| <input type="checkbox"/> OTROS (ESPECIFICAR) |                                                            |

IDENTIFICACION (Nombre del establecimiento): \_\_\_\_\_

Calle: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_

Departamento: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Teléfono Fijo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_ Cod. Postal: \_\_\_\_\_

**DIRECTOR** (En caso de Centro/Instituto) / **TITULAR** (del Establecimiento): \_\_\_\_\_

**CONSULTORIOS:** (“número” total de consultorios y “tipo” de cada uno)

Cantidad total: \_\_\_\_\_ En número: \_\_\_\_\_ En letra: \_\_\_\_\_

TIPO de CONSULTORIO	CANTIDAD	UNIPERSONAL	COMPARTIDO
ODONTOLÓGICO			
RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA			
Unidad Móvil Odontologica			
<b>OTROS COLEGIOS :</b>			
MEDICO			
BIOQUÍMICO			
ENFERMERÍA			
FONOAUDIOLÓGICO			
KINESIOLÓGICO			
PSICOLÓGICO			
PSICOPEDAGÓGICO			
RADIOLÓGICO			
TERAPISTA OCUPACIONAL			
OTROS (especificar):			



**NOMBRE DEL O LOS PROPIETARIOS:** \_\_\_\_\_  
**SOCIEDAD:** (Si fuese sociedad se acompañará copia del contrato o estatuto)

**SE ADJUNTA:**

1. CONSULTORIO:
  - Croquis de consultorio (Realizado por persona idónea, a escala en hoja A4)
2. CENTRO:
  - Croquis del Centro (Realizado por persona idónea, a escala en hoja A4)
  - Copia del reglamento interno que normalice la coordinación de los estamentos entre sí del establecimiento y copia de la estructura funcional.
  - Certificado de matriculación y habilitación en el Colegio Profesional respectivo del Director y demás profesionales.
  - Nombre del director y demás profesionales permanentes, periódicos o a demanda: consignar al reverso nomina con categoría y especialidad

N°	PROFESIONAL	CATEGORIA	ESPECIALIDAD	MATRICULA
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

(EN CASO DE QUE EL CUADRO PRESENTE NO CONTENGA A TODOS LOS PROFESIONALES - ADJUNTAR LISTADO)

FECHA: ...../...../.....

\_\_\_\_\_  
**Firma del TITULAR**

Los datos contenidos en la presente solicitud tiene carácter de DECLARACION JURADA, haciéndose responsable de los mismos, el Director 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 10169 y sus decretos reglamentarios.

Se inicia trámite simultáneo de inscripción ante Colegio de \_\_\_\_\_  
para la habilitación del \_\_\_\_\_  
cuya fiscalización corresponde al o a los citados organismos volviendo a firmar el Director responsable.-

\_\_\_\_\_  
**Firma del DIRECTOR del CENTRO**



### DECLARACIÓN JURADA DE EJERCICIO PROFESIONAL

El/la que suscribe, en su carácter de titular del consultorio/centro odontológico sito en calle

\_\_\_\_\_

de localidad de \_\_\_\_\_, Provincia de

Santa Fe, **DECLARA BAJO JURAMENTO** que los siguientes Odontólogos ejercen su actividad

profesional en el consultorio de su propiedad:

Declaración de Odontólogos que ejercen su Actividad en el consultorio de mi propiedad				
Matricula	Apellido y Nombre	T –Titular C – Comparte	Fecha Inicio Actividad	Firma

Odontólogos que cesaron el ejercicio de su profesión en el consultorio de mi propiedad			
Matricula	Apellido y Nombre	T –Titular C - Comparte	Fecha Cese Actividad

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_

Firma y Sello del Titular: \_\_\_\_\_



**DECLARACIÓN JURADA**

**EQUIPO RX Y PROPIEDAD DEL CONSULTORIO**

**EQUIPO RX**

**DECLARO:**

**NO tener Equipo de Rx**

**TENER Equipo RX** y tomo conocimiento que, **en caso de no adjuntar plano y documentación de equipo Rx**, deberé tramitar dentro de los 10 días de la fecha, la Habilitación del mismo ante RADIOFISICA SANITARIA (Dirección General de Auditoría Médica) Bv. Zavalla 3361 – 2º Piso – Santa Fe – Te: (0342) 4572542 – 4573724 – fax: 4573723) y remitir constancia correspondiente a este Colegio de Odontólogos, dentro de los 15 días de expedida.-----

*EN CASO DE POSEER LA HABILITACION DE RADIOFISICA SANITARIA ADJUNTAR FOTOCOPIA AL PRESENTE TRÁMITE DE RENOVACION*

---

**PROPIEDAD DEL CONSULTORIO**

**DECLARO:**

**SER propietario** (adjuntar copia del título de propiedad)

**SER inquilino o comodatario** (acompañar copia del contrato respectivo)

**Otras situaciones:** Declarar en observaciones en qué condiciones lo ocupa. Ej:  
Propiedad familiar en préstamo.

Lugar y fecha:.....

Matrícula N°.....

Firma y Sello del Profesional.....



Datos del titular del Consultorio			
Denominación Consultorio:			
Profesional:			
Domicilio Consultorio:		Celular	
Localidad:			
E-mail:			
Días - Horarios de Atención			

Medidas			
Consultorio 1	Largo:	Ancho:	Alto:
Consultorio 2	Largo:	Ancho:	Alto:
Consultorio 3	Largo:	Ancho:	Alto:
Consultorio 4	Largo:	Ancho:	Alto:
Sanitario 1	Largo:	Ancho:	Alto:
Sanitario 2	Largo:	Ancho:	Alto:
Sala Espera	Largo:	Ancho:	Alto:

Otras dependencias: Medidas			
	Largo:	Ancho:	Alto:
	Largo:	Ancho:	Alto:
	Largo:	Ancho:	Alto:
	Largo:	Ancho:	Alto:
	Largo:	Ancho:	Alto:
	Largo:	Ancho:	Alto:

**Se solicita habilitar:**

**Consultorio Odontológico sin equipo Rx:** Las dimensiones mínimas del local destinado al mismo deberán ser: **6 m<sup>2</sup> de superficie con un lado mínimo de 2 m.**

**Consultorio Odontológico con equipo Rx:** Cuando el consultorio posea un equipo de rayos x las dimensiones mínimas deben ser **9 m<sup>2</sup> y ningún lado menor a 2,40 metros**, requisito que exige Radiofísica Sanitaria para habilitar el consultorio.

**Sala de Espera:** La superficie destinada a Sala de Espera deberá ser no menor a 9 m<sup>2</sup>, con un lado mínimo de 2m, incrementándose como mínimo 3 m<sup>2</sup> para cada local destinado a consultorio que se agregue.

**Sanitario:** servicio sanitario con lavatorio e inodoro como mínimo y tener acceso directo desde la Sala de Espera.

**DOCUMENTACION QUE DEBERÁ ADJUNTAR:**

- **CROQUIS A ESCALA DE LA PLANTA EDILICIA (2 COPIAS, 1 para enviar a Radiofísica Sanitaria)** donde se encuentren las dependencias a Habilitar, elaborado por profesional o persona idónea en la materia (Tamaño del Croquis: Mínimo: A4 – Máximo: doble A4)
- **Indicar en el croquis**
  - Dependencias a habilitar: Consultorio Odontológico – Sala de Espera – Sanitario – etc, y las instalaciones de agua, electricidad y gas, en su caso.
  - La ubicación del sillón o equipo (en caso de salas de diagnóstico por imágenes).
  - Dimensiones de la sala.
  - Ubicación de puertas y ventanas.
  - Tipo de estructura existente (espesores y materiales).
  - Quien ocupa los lugares aledaños (función) y en que horarios.



**ANEXO INTRUSISMO**

Odontólogo/a:..... Mat.: ...../01

Mecánicos para Dentistas con los que trabaja			
Apellido y Nombre	Localidad	Domicilio	Teléfono

Lugar y Fecha: .....