

## ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN DE AGUDOS<sup>1</sup>

### SOLICITUD DE ACREDITACION

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO \_\_\_\_\_

DOMICILIO \_\_\_\_\_

CALLE

NÚMERO

LOCALIDAD

PROVINCIA

Tel/fax

CP

RAZÓN SOCIAL \_\_\_\_\_

CUIT N°: \_\_\_\_\_ TIPO DE IVA: \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_

HABILITACIÓN N°<sup>2</sup> \_\_\_\_\_ EXPEDIDA POR \_\_\_\_\_

EN FECHA:

INSCRIPCIÓN EN EL RNPQ N°<sup>3</sup>: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL DIRECTOR MÉDICO \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_

#### Dependencia

Estatal:            Nacional             Provincial             Municipal

Seguridad Social:    Nacional             Provincial

Privado:    c/fines de lucro     s/fines de lucro

#### Características

Internación    SI     NO     Cirugía ambulatoria    SI     NO     H. de día    SI     NO

#### Número de camas

Urgencias <input type="text"/>	Pediátricos <input type="text"/>	Adultos <input type="text"/>
Cuidados intermedios <input type="text"/>	Neonatal <input type="text"/>	Pediátricos <input type="text"/> Adultos <input type="text"/>
Cuidados intensivos <input type="text"/>	Neonatal <input type="text"/>	Pediátricos <input type="text"/> Adultos <input type="text"/>
Cirugía <input type="text"/>	Neonatal <input type="text"/>	Pediátricos <input type="text"/> Adultos <input type="text"/>
Quemados <input type="text"/>	Pediátricos <input type="text"/>	Adultos <input type="text"/> <input type="text"/>
Obstetricia <input type="text"/>	Ginecología <input type="text"/>	

<sup>1</sup>La presente tiene carácter de Declaración Jurada

<sup>2</sup>Adjuntar fotocopia de habilitación

<sup>3</sup>Adjuntar fotocopia de inscripción o constancia de exención

Otras (consignar) \_\_\_\_\_

Total de camas

**Diagnóstico y tratamiento**

Laboratorio

Imagenología

Rehabilitación:

En internación

En ambulatorio

Otras (consignar) \_\_\_\_\_

**Consultorios externos**

SI

NO

Número de consultorios

En sede

Periféricos

Consignar ubicación de consultorios periféricos \_\_\_\_\_

**Requisitos preliminares y condiciones implícitas de calidad**

SI

NO

¿El establecimiento se encuentra ubicado en una localidad con más de 15.000 habitantes?



¿La derivación a un centro de mayor complejidad tarda menos de una hora?



¿Está habilitado por autoridad sanitaria?<sup>4</sup>



Nacional



Provincial



Municipal



Otra (especificar) \_\_\_\_\_

¿Cuenta con la habilitación específica de todos los servicios en los que corresponda?<sup>5</sup>



¿Funcionó en forma continua los 12 meses anteriores a la presente Solicitud?



¿Mantiene sus instalaciones, camas y servicios disponibles las 24 horas todo el año?



¿Está ubicado en una zona inundable?



¿Dispone de agua potable ininterrumpidamente?



¿En las instalaciones del establecimiento existen animales domésticos?



¿Aplica métodos sistemáticos de control de vectores biológicos?



<sup>4</sup> Presentar fotocopias del/ los Certificados de Habilitación.

<sup>5</sup> Ídem anterior

**Designación de contraparte para el Programa de Acreditación**

Nombre \_\_\_\_\_

Cargo \_\_\_\_\_

Teléfono directo

Teléfono móvil

e-mail

Fecha

--	--	--

Firma del Director

--

**Espacio reservado para ITAES**

Fecha de recepción de la solicitud:

--	--	--

(ddmmaaa)

Documentación verificada por:

\_\_\_\_\_  
Nombre y cargo

\_\_\_\_\_  
Firma

Observaciones:

.....

.....

.....

.....

.....

.....