



Gobierno de Córdoba
Ministerio de Salud

Rugepresa

Espacio Rótulo
Gobierno de la Provincia de Córdoba
Control Interno
Mesa de Entrada - Ministerio de Salud

K

**SOLICITUD de INSCRIPCION
CONSULTORIOS
KINESIOLOGOS y FISIOTERAPEUTAS**

Fecha

<input type="checkbox"/> Alta
<input type="checkbox"/> Baja
<input type="checkbox"/> Modificación

1.0 Denominación				
1.1 Domicilio			Piso	Dpto
1.2 Barrio			1.3 Seccional	
1.4 CP	1.5 Localidad		1.6 Departamento	
1.7 Tel		1.8 E-mail		
1.9 Razón Social				

2.0 Propietarios / Socios				Pers.Jurídica
Apellido y Nombres	CUIT	Propietario	Pers.Jurídica	Unipersonal
				De hecho
				SRL
				SA
				UTE
				Otro

2.1 Servicios	
Luz	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Gas	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Agua	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Cloacas	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Teléfono	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Baño Público	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Baño Anexo Consultorio	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

2.2 Superficies	Mts.
Consultorio	
Baño Público	
Baño Anexo Consultorio	
Sala de Espera	

2.3 Especialidades	
Kinesiterapia y Fisioterapia General	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Neurología	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Terapia Ocupacional	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Respiratorio	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Cardiorrespiratorio	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Osteopatía	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Pediatría	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Estética Flebolinfática	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Geriatría	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Deportología	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Traumatología	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Quiropraxia	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Neonatología	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Domicilio	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

2.4 Director Técnico	2.5 MP
----------------------	--------

2.6 Superficies		
Box	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Superficie: m2
Salon Gimnasio	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Superficie: m2
Consultorio	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Superficie: m2
Baño Público	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Superficie: m2
Baño Anexo Consultorio	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Superficie: m2
Sala de Espera	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Superficie: m2

2.7 Equipamiento		
Camilla	Si	No
Lámpara infrarroja de pie	Si	No
Aparato de onda corta	Si	No
Aparato de Ultrasonido	Si	No
Bicicleta fija	Si	No
Nebulizador	Si	No
Colchoneta de 2x2mts	Si	No
Pelota terapéutica (esferodinamia)	Si	No
Equipamiento para Electroterapia	Si	No
Equipamiento para Termoterapia	Si	No
Equipamiento para Parafinoterapia	Si	No
Equipamiento para Baño de remolino	Si	No

De acuerdo a la especialidad que se realice, se deberá adjuntar planilla de equipamiento. Firmo en carácter de declaración jurada que todos los datos mencionados anteriormente obra en el consultorio y se encuentra en correcto funcionamiento.

Lugar y Fecha

Firma y Sello Responsable

Aclaración