



Gobierno de Córdoba
Ministerio de Salud

Rugepresa

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

L

**SOLICITUD de INSCRIPCION
LABORATORIOS**

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 Servicios que presta	
Química Clínica	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Hematología	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Orina	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Parasitología	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Bacteriología	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Medio Interno	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Inmunología / Serología	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
RIA	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Alta Complejidad	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

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

2.6 Funcionamiento	Cantidad
Días / semana	
Horas / día	
Horario de atención al público	

2.7 Guardia las 24 hs.	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Activa	<input type="checkbox"/> Pasiva <input type="checkbox"/>

2.8 En caso de efectuar RIA
Habilitación CNEA N°
Fecha

2.9 Control de calidad		Frecuencia		
		Diario	Semanal	Mensual
Interno	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interlaboratorio	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Externo	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.0 Archivo	
Archiva resultados durante 3 años como mínimo	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Lo hace en:	Sistema manual <input type="checkbox"/> Sistema computarizado <input type="checkbox"/>

3.1 Bioseguridad	
Posee manual de normas de bioseguridad	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Utiliza jeringas y agujas descartables	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Decontamina el mat. antes de su eliminación	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

3.2 Residuos Patógenos	
Posee convenio con empresa para su tratamiento	
	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

3.3 Derivaciones	
Deriva habitualmente muestras para analizar en otros laboratorios	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Recibe habitualmente muestras para analizar de otros laboratorios	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

3.4 Equipamiento	
Microscopio	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Fotocolorímetro	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Centrifuga eléctrica	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Estufa de cultivo	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Estufa de esterilización	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Heladera eléctrica	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Inmunología / Serología	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Baño de maría termotastizado	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Fuente de calor	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

3.5 Autorizaciones	
Posee Autorización Colegio de Bioquímicos	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
En caso de poseer complete los siguientes datos:	
Fecha:	
Número:	

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