



Gobierno de Córdoba  
Ministerio de Salud  
Rugepresa

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

M

**SOLICITUD de INSCRIPCIÓN  
CONSULTORIOS MEDICOS**

**Alta**  
 **Baja**  
 **Modificación**

**Fecha**

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				2.2 Superficies		Mts.
Luz	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Teléfono	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Consultorio		
Gas	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Baño Público	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Baño Público		
Agua	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Baño Anexo Consultorio	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Baño Anexo Consultorio		
Cloacas	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sala de Espera	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sala de Espera		

2.3 Especialidades que desarrolla					
Alergia e Inmunología	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Genética	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Odontología	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Anatomía Patológica	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Geriatría	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Oftalmología	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Cardiología	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Ginecología y Obstetricia	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Oncología	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Cirugía Cardiovascular	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Hematología Clínica	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Otorrinolaringología	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Cirugía de Cabeza y Cuello	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Hemodinamia	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Pediatría	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Cirugía de Tórax	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Hemoterapia	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Proctología	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Cirugía General	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Infectología	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Puericultura	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Cirugía Pediátrica	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Kinesiología y Fisioterapia	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Radioterapia	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Cirugía Plástica y Reparadora	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Laboratorio Bacteriológico	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Reeducación	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Cirugía Vasculat Periférica	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Laboratorio Clínico	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Rehabilitación	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Clínica Médica	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Láser Terapia	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Reumatología	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Dermatología	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Medicina del Trabajo	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Salud mental	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Diagnostico por Imágenes	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Medicina Nuclear	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Transplantología	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Dietología y Nutrición	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Nefrología	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Traumatología y Ortopedia	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Endocrinología	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Neonatología	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Urología	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Flebología y linfología	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Neumonología	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Vacunación	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Fonoaudiología	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Neurocirugía	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Otra	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Gastroenterología	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Neurología	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

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