



Gobierno de Córdoba
Ministerio de Salud

Rugepresa

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

O

**SOLICITUD de INSCRIPCION
CONSULTORIOS ODONTOLOGICOS**

Fecha

Alta
 Baja
 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"/>

2.3 Especialidad	
Odontología general	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Endodoncia	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Periodoncia	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Ortodoncia	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Odontopediatria	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Prótesis	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Cirugía y Traumatología buco-maxilofacial	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Radiología	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Estomatología	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Ortopedia de los maxilares	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

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

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

2.6 Dotación Consultorio	
Sillón dental con Unidad de turbina, micromotor, torno, jeringa, suctor	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Salivadera con circulación de agua y con desagüe conectado a la red pública	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Sistema de esterilización	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Sistema de esterilización centralizada	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Sistema de Desinfección	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Pileta o lavatorio instalados conectado a las redes correspondientes	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Métodos idóneos de tratamiento del instrumental descartable y desechos patógenos	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Sistema de iluminación dirigida	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Variedad de instrumental mínimo necesario destinado al ejercicio de la profesión	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Compresor protegido y aislado acústicamente	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Mobiliario y mesadas de terminaciones lavables en todas sus caras, que permitan su fácil limpieza	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Cortinas lisas y lavables	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

2.7 Equipos de Radiología			
Posee Equipo de Radiología 1	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Movil <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/>
Tiene Habilitacion de Radiofisica Sanitaria		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Fecha	Nº	Expte	
Posee Equipo de Radiología 2	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Movil <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/>
Tiene Habilitacion de Radiofisica Sanitaria		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Fecha	Nº	Expte	
Posee Equipo de Radiología 3	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Movil <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/>
Tiene Habilitacion de Radiofisica Sanitaria		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Fecha	Nº	Expte	

2.8 Autorizaciones
Autorización Individual a nombre de
Autorización del Servicio Nº de Resolución

2.9 Laboratorio dental	
Posee laboratorio dental propio	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Trabaja con laboratorio de terceros	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

3.0 Residuos Patógenos
Posee convenio con empresa para tratamiento
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 Responsable

Aclaración