



Gobierno de Córdoba
Ministerio de Salud
Rugepresa

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

V

**SOLICITUD de INSCRIPCION
CONSULTORIOS VACUNATORIOS**

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			
Apellido y Nombres	CUIT	Propietario	Pers.Jurídica

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 que desarrolla	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

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

2.6 Características			
Oficial	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Independiente	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Privado	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Móvil	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
		En Farmacia	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

2.7 Requisitos	
Identificación adecuada en la puerta de entrada	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Sala de espera propia o del establecimiento	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Sanitario para público propio o del establecimiento	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Convenio con un servicio de emergencia	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

2.8 Equipamiento		
Heladera/s, eléctrica o a gas, de uso exclusivo para vacunas	Si	No
Sachets refrigerantes	Si	No
Botellas de plástico con agua	Si	No
Heladeras de transporte (conservadoras)	Si	No
Mesada amplia y pileta con agua corriente, fría y caliente	Si	No
Armario o sector depósito materiales para la aplicación de vacunas	Si	No
Camilla fija forrada con material lavable y cubrecamillas cambiable	Si	No
Soporte para toallas descartables, conteniendo las mismas	Si	No
Jabonera conteniendo jabón líquido	Si	No
Termómetro para heladera de vidrio, tipo varilla	Si	No
Recipiente para residuos con tapa de pedal	Si	No
Grupo electrógeno, en caso de no poseer heladeras a gas	Si	No
Jeringas descartables	Si	No
Cubetas enlozadas o de acero inoxidable o similar	Si	No
Recipiente para residuos con tapa de pedal	Si	No
Algodón (torundas) en recipiente con tapa	Si	No
Antisépticos	Si	No
Descartadores agujas y jeringas de acuerdo a normas bioseguridad	Si	No
Grupo electrógeno, en caso de no poseer heladeras a gas	Si	No
Elementos para lavado y desinfección de material no descartable	Si	No
Cubetas enlozadas o de acero inoxidable o similar	Si	No
Recipiente para residuos con tapa de pedal	Si	No

2.9 Residuos Patógenos
Posee convenio con empresa para su 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 y Sello Responsable

Aclaración