
RELEVAMIENTO INSTITUCIONAL

(La presente tiene carácter de declaración jurada, y deberá ser remitida por la misma vía que ha sido receptada, en un periodo no mayor a 72 hs hábiles desde su recepción).

A los fines de realizar un relevamiento Institucional, solicitamos tenga a bien completar las siguientes preguntas de manera digital o con letra legible y clara, y en los casos específicos consignados, anexar como archivo adjunto la documentación solicitada:

DATOS INSTITUCIONALES:

1. RAZON SOCIAL:.....
2. NOMBRE DE FANTASIA:.....
3. CUIT:.....
4. LOCALIDAD:.....
5. TELEFONO DE REFERENCIA:.....
6. CORREO ELECTRONICO:.....
7. COMPLEJIDAD INSTITUCIONAL:.....

HABILITACIONES Y PERMISOS (* anexar constancia)

2.1 (*) Cuenta con Habilitación en vigencia del establecimiento emitida por el Registro de Unidades de Gestión de Prestaciones de Salud (R.U.Ge.Pre.Sa) del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba? SI/NO.....(anexar también habilitación de Radiofísica emitida por R.U.Ge.Pre.Sa para dx x imágenes).

2.2 Cuenta con personal con habilitación para la utilización de radiaciones ionizantes, también llamadas Permisos Individuales, ¿emitidas por la Autoridad Regulatoria Nuclear (Norma AR 8.11.1.)? SI/NO (responder solo en caso de contar el servicio con dicho equipamiento, de acuerdo al tipo de prestaciones que se brindan)

2.3 (*) Cuenta con autorización Individual de Uso de Equipos de Rayos X de los profesionales que realizan dx por imágenes? (en el caso de contar el servicio con equipamiento específico) SI/NO.....

2.4 (*) Su centro ¿ha iniciado o realizado el proceso de Acreditación de Establecimientos Ambulatorios de Diagnóstico y Tratamiento, Módulo Diagnóstico por Imágenes, elaborado por el Instituto Técnico de Acreditación de Establecimientos de Salud (ITAES)/ Cámara de Instituciones de Dx x Imágenes, u otro? SI/NO. CUAL?.....

2.5 (*) El Director Médico, ¿posee de una autorización de validez nacional que es otorgada por el área de Radiofísica Sanitaria de la Dirección Nacional de Registro, Fiscalización y Sanidad de Fronteras dependiente de la Secretaría de Salud de la Nación? SI/NO.

RECURSOS HUMANOS (* anexar constancia)

3.1 Detalle cantidad de personal (enfermeros y profesionales médicos) capacitados que trabajan en la institución:

MÉDICOS/AS.....
ENFERMEROS/AS..... TÉCNICOS/AS.....

3.2 ¿Durante todo el período de la actividad diaria del centro existe un médico responsable de la atención? SI/NO

EQUIPAMIENTO (* anexar constancia)

4.1 Detalle tipo y cantidad de equipamiento:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

4.2 El/los equipos se encuentran en uso? ¿Están en buen estado y calidad de funcionamiento? SI/NO. JUSTIFIQUE.....

.....
.....

4.3 Detalle año de fabricación del/los mismos

.....
.....
.....

4.4 (*) Cuenta con certificación de calidad de sus equipos por parte de la Autoridad Sanitaria correspondiente? SI/NO.

JUSTIFIQUE.....
.....

4.5 Realiza estudios contrastados? SI/NO.

Cuales?.....
.....

4.6 Tienen instructivos para la preparación de estudios para entregar a sus pacientes? SI/NO

4.7 Realiza procedimientos de diagnóstico invasivos (¿ej. punciones diagnosticas? SI/NO.

Cuales?.....
.....

4.8 Cuenta con equipamiento específico para descontaminación del material contaminado? (responder solo en caso de haber respondido afirmativamente la pregunta 4.7) SI/NO.

4.9 Además, ¿dispone de un sistema que permita dar respuesta a demandas de urgencia, profesionales con experiencia en reanimación de pacientes y un Médico anestesiólogo? SI/NO.