

Habilitación de establecimientos asistenciales a los fines de la Ley 24.193 y Decreto 512/95

La presente reviste carácter de declaración jurada

Datos del establecimiento

Nombre oficial registrado:

Domicilio

Calle: Nro:

Localidad: Provincia:

Partido/departamento: CP:

Teléfono fijo: Teléfono celular:

Correo Electrónico: Web:

Ámbito del establecimiento

- | | | | |
|----------------------------------|--|--------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="radio"/> Nacional | <input type="radio"/> Privado | <input type="radio"/> Obras Sociales | <input type="radio"/> Otro: _____ |
| <input type="radio"/> Provincial | <input type="radio"/> Fuerzas Armadas | <input type="radio"/> Universitario | _____ |
| <input type="radio"/> Municipal | <input type="radio"/> Fuerzas de Seguridad | <input type="radio"/> De Comunidad | _____ |

Gestiona habilitación para:

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="radio"/> ABLACIÓN | <input type="radio"/> IMPLANTE | | |
| <input type="radio"/> Riñón y Uréter | <input type="radio"/> Páncreas y Renopáncreas | <input type="radio"/> Membrana Amniótica | |
| <input type="radio"/> CPH Autólogo y Alogénico Relacionado | <input type="radio"/> Intestino | <input type="radio"/> Homoinjertos Valvulares, Vasculares y Otros Tejidos | |
| <input type="radio"/> CPH Alogénico no Relacionado | <input type="radio"/> Piel | <input type="radio"/> Laboratorio HLA | |
| <input type="radio"/> Hígado | <input type="radio"/> Córneas | <input type="radio"/> _____ | |
| <input type="radio"/> Corazón | <input type="radio"/> Esclera | <input type="radio"/> _____ | |
| <input type="radio"/> Pulmón | <input type="radio"/> Tejido Musculoesquelético y Osteoarticular | <input type="radio"/> _____ | |

Tipo de Trasplante: ☐ Adulto ☐ Pediátrico

Director médico

Apellido/s:

Nombre/s:

Tipo de documento: ☐ DNI ☐ DNIM ☐ DNIF ☐ LE ☐ LC ☐ CI ☐ Pasaporte Número:

Tipo y número de matrícula: Especialidad médica:

Domicilio

Calle: Nro: Piso: Dpto:

Localidad: CP:

Partido/departamento: Provincia:

Documentación que acompaña

- ☐ Nota de elevación
- ☐ Detalle de estructura física según reglamentación
- ☐ Detalle de equipamiento según reglamentación
- ☐ Nómina del personal profesional según reglamentación

Director Médico:

Firma

Aclaración