REGISTRO NACIONAL DE HOSPITALES PUBLICOS

DE GESTION DESCENTRALIZADA

(Formulario de inscripción)

Nombre del Establecimiento:

Domicilio: Calle Nº

Localidad: Código postal

Departamento:

Provincia:

Teléfono: Fax:

E-Mail:

Nombre y Apellido del Director:

Profesión del Director:

Número de matrícula:

Ministerio o Colegio de Ley que otorgo matricula:

Dependencia Administrativa del establecimiento

(marcar con una **X** - solo puede ser **una** de estas categorías):

* Nacional
* Provincial
* Municipal
* Universitaria
* Fuerzas Armadas
* Otros (aclarar)

Tipología del establecimiento (RM 267/03)

(marcar con una **X** – solo puede ser **una** de estas categorías):

* Establecimiento para la salud con internación general (ESCIG)

Cantidad de camas de dotación:………………………………….

* Establecimiento para la salud con internación especializada (ESCIE)

Cantidad de camas de dotación:……………………………………..

* Establecimiento para la salud sin internación de diagnóstico y tratamiento (ESSIDT – CAPS)
* Establecimiento para la salud sin internación de diagnóstico (ESSID)
* Establecimiento para la salud sin internación de tratamiento (ESSIT)
* Establecimiento para la salud complementario (ESCL)

Firma y sello del Director