



Gobierno de Córdoba
Ministerio de Salud
Rugepresa

**ANEXO I
CONSULTORIOS
KINESIOLOGOS y FISIOTERAPEUTAS**

K

Fecha

<input type="checkbox"/> Alta
<input type="checkbox"/> Baja
<input type="checkbox"/> Modificación

Denominación:	
Propiedad de:	CUIT
Domicilio:	Barrio
Localidad y Departamento	CP
Telefonos	email

Profesional a Cargo

Matricula	Apellido y Nombres	CUIT/CUIL

Servicios	
<input type="checkbox"/> Luz	<input type="checkbox"/> Patogenos
<input type="checkbox"/> Gas	<input type="checkbox"/> Emergencias Medicas
<input type="checkbox"/> Agua	

Superficies	N°	Mts.2
Consultorio		
Box		
Salon Gimnasio		
Sala de Espera		
Baño Público		
Baño Anexo Consultorio		

Equipamiento
<input type="checkbox"/> Camilla
<input type="checkbox"/> Lámpara infrarroja de pie
<input type="checkbox"/> Aparato de onda corta
<input type="checkbox"/> Aparato de Ultrasonido
<input type="checkbox"/> Bicicleta fija
<input type="checkbox"/> Nebulizador
<input type="checkbox"/> Colchoneta de 2x2mts
<input type="checkbox"/> Pelota terapéutica (esferodinamia)
<input type="checkbox"/> Equipamiento para Termoterapia
<input type="checkbox"/> Equipamiento para Parafinoterapia
<input type="checkbox"/> Equipamiento para Baño de remolino
<input type="checkbox"/> Equipamiento para Electroterapia
<input type="checkbox"/> Otro _____

Especialidades
<input type="checkbox"/> Kinesioterapia/Fisioterapia General
<input type="checkbox"/> Neurología
<input type="checkbox"/> Terapia Ocupacional
<input type="checkbox"/> Respiratorio
<input type="checkbox"/> Cardiorrespiratorio
<input type="checkbox"/> Osteopatía
<input type="checkbox"/> Pediatría
<input type="checkbox"/> Estética Flebolinfática
<input type="checkbox"/> Geriatria
<input type="checkbox"/> Deportologia
<input type="checkbox"/> Traumatologia
<input type="checkbox"/> Quiropraxia
<input type="checkbox"/> Neonatología
<input type="checkbox"/> Domicilio
<input type="checkbox"/> Rehabilitación
<input type="checkbox"/> Masoterapia
<input type="checkbox"/> Mesoterapia
<input type="checkbox"/> Drenaje Linfático
<input type="checkbox"/> Depilación Definitiva
<input type="checkbox"/> Otras _____

Aparatologia
<input type="checkbox"/> Crioterapia
<input type="checkbox"/> Rayos Infrarojos
<input type="checkbox"/> Radiacion Termica
<input type="checkbox"/> Termoterapia
<input type="checkbox"/> Otras Tecnicas de termoterapia
<input type="checkbox"/> Electroterapia/Ondas Cortas
<input type="checkbox"/> Radiación Ultravioleta
<input type="checkbox"/> Laser
<input type="checkbox"/> Luz Pulsada Intensa
<input type="checkbox"/> Electroestimulación
<input type="checkbox"/> Electroanalgesia
<input type="checkbox"/> Ondas Interferenciales
<input type="checkbox"/> Ondas Rusas
<input type="checkbox"/> Iontoforesis
<input type="checkbox"/> Ultrasonida de 1Mhz y 3 Mhz
<input type="checkbox"/> Ultracavitación
<input type="checkbox"/> Técnica de Dermoabrasión
<input type="checkbox"/> Tecnicas compresión
<input type="checkbox"/> Neumosuctor
<input type="checkbox"/> Dermopresion
<input type="checkbox"/> Camara Hiperbarica
<input type="checkbox"/> Compresión de Mercurio
<input type="checkbox"/> Campos Electromagneticos
<input type="checkbox"/> Bioestimulación
<input type="checkbox"/> Estim.Nerviosa TENS
<input type="checkbox"/> Miofeed-Back
<input type="checkbox"/> Hidroterapia
<input type="checkbox"/> Presoterapia
<input type="checkbox"/> Humidificación
<input type="checkbox"/> Nebulizaciones
<input type="checkbox"/> Oxigenoterapia
<input type="checkbox"/> Presion neg y positivas
<input type="checkbox"/> Tecnicas de Fricción
<input type="checkbox"/> Otra _____

Firma Representante Legal

Firma y Sello Director Técnico

Responsable RUGEPRESA



Gobierno de Córdoba
Ministerio de Salud
Rugepresa

**ANEXO I
CONSULTORIOS
KINESIOLOGOS y FISIOTERAPEUTAS**



Observaciones / Aclaraciones / Listado de practicas - servicios

Declaración Jurada aparatología con Laser/IPL/Rx - Marcar con un circulo la opcion correspondiente

Declaro bajo juramento **NO poseer ningún tipo de aparatología fuente emisora de radiaciones IONIZANTES (Rayos X) y NO IONIZANTES (UV. Laser/IPL, campo magnético).

Declaro bajo juramento **SI poseer aparatología fuente emisora de radiaciones IONIZANTES (Rayos X) y NO IONIZANTES (UV. Laser/IPL, campo magnético).

Firma y sello del Director Tecnico