



Gobierno de Córdoba
Ministerio de Salud
Rugepresa

ANEXO I ODONTOLOGICOS



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.
Consultorio		
Box		
Sala de Espera		
Baño Público		
Baño Anexo Consultorio		

Especialidades	
<input type="checkbox"/> Cirugía y Traumatología Bucomaxilofacial	<input type="checkbox"/> Prótesis dentobucomaxilar
<input type="checkbox"/> Periodoncia	<input type="checkbox"/> Odontología general
<input type="checkbox"/> Endodoncia	<input type="checkbox"/> Ortodoncia
<input type="checkbox"/> Odontopediatría	<input type="checkbox"/> Ortopedia Maxilar
<input type="checkbox"/> Diagnóstico por Imágenes Bucomaxilofacial	<input type="checkbox"/> Estomatología
	<input type="checkbox"/> Otra _____

Dotación Consultorio
<input type="checkbox"/> Libro de Enfermedades Trasmisibles
<input type="checkbox"/> Sillón dental con Unidad de turbina,micromotor,torno, jeringa,suctor
<input type="checkbox"/> Salivadera con circulación de agua y con desague conectado a la red pública
<input type="checkbox"/> Sistema de esterilizacion
<input type="checkbox"/> Sistema de esterilizacion centralizada
<input type="checkbox"/> Sistema de Desinfección
<input type="checkbox"/> Pileta o lavatorio instalados conectado a las redes correspondientes
<input type="checkbox"/> Métodos idóneos de tratamiento del instrumental descartable y desechos patógenos
<input type="checkbox"/> Sistema de iluminación dirigida
<input type="checkbox"/> Variedad de instrumental mínimo necesario destinado al ejercicio de la profesión
<input type="checkbox"/> Compresor protegido y aislado acústicamente
<input type="checkbox"/> Mobiliario y mesadas de terminaciones lavables en todas sus caras, que permitan su fácil limpieza
<input type="checkbox"/> Cortinas lisas y lavables

Equipos de Radiología			
Posee Equipo de Radiología 1	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Movil <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/>	
Tiene Habilitación de Radiofísica Sanitaria?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Fecha	N°	Expte	
Posee Equipo de Radiología 2	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Movil <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/>	
Tiene Habilitación de Radiofísica Sanitaria?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Fecha	N°	Expte	
Posee Equipo de Radiología 3	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Movil <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/>	
Tiene Habilitación de Radiofísica Sanitaria?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Fecha	N°	Expte	

Autorizaciones Radiofísica
Autorización Individual a nombre de
Autorización del Servicio N° de Resolución

Laboratorio dental
<input type="checkbox"/> Posee laboratorio dental propio
<input type="checkbox"/> Trabaja con laboratorio de terceros

Empresa Residuos Patógenos

Firma Representante Legal

Firma Director Técnico

Responsable RUGEPRESA



Gobierno de Córdoba
Ministerio de Salud
Rugepresa

**ANEXO I
ODONTOLÓGICOS**

0

Observaciones / Aclaraciones / Listado de practicas - servicios

Multiple horizontal lines for writing observations or clarifications.

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 profesional