

Nº.....

CONTROL PARA
HABILITACION DE CONSULTORIO

Fecha: _____

Nº de Ficha: _____

Nº de Página de Acta: _____

APELLIDO Y NOMBRES: _____ M.P.: _____

DOMICILIO: _____ T.E.: _____

DIAS Y HORARIO DE ATENCION: _____

Email: _____

- Áreas en que se desempeña:**
- Ortopedia y Traumatología
 - Cardiología
 - Respiratorio
 - Neurología
 - Estética
 - Otras _____

Espacio Físico que se habilita:

Realiza atención en:

Consultorio: SI NO Denominación: _____

Centro: SI NO Denominación: _____

Instituto: SI NO Denominación: _____

Domicilio: _____

Responsable de la Institución: _____ M.P.: _____

Otros profesionales del Área Salud: (consignar Nombre y Apellido completo, especialidad y Nº de M.P.) _____

Nº.....

SUPERFICIE:

m² Consultorio Kinesiológico:_____

m² Sala de Espera:_____Cantidad de Sillas:_____

m² Baño:_____

m² Gimnasio:_____

TIPO DE VENTILACION:

Calefacción: SI NO

Aire Acondicionado: SI NO

Ventiladores: SI NO Cantidad:_____

OTROS:

Matafuego: SI NO

Disyuntor: SI NO

Luz de Emergencia: SI NO **Total:**_____

Música Funcional: SI NO

Servicio de Emergencia: SI NO ¿Cuál?_____

Nº de Socio:_____