

N°.....

CONTROL PARA
HABILITACION DE CONSULTORIO

Fecha: _____

N° de Ficha: _____

N° 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 N° 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: _____