



Gobierno de Córdoba
Ministerio de Salud

Rugepresa

Espacio Rótulo
Gobierno de la Provincia de Córdoba
Control Interno
Mesa de Entrada - Ministerio de Salud

N

**SOLICITUD de INSCRIPCION
CONSULTORIOS NUTRICIONISTAS**

Fecha

Alta
 Baja
 Modificación

1.0 Denominación				
1.1 Domicilio			Piso	Dpto
1.2 Barrio			1.3 Seccional	
1.4 CP	1.5 Localidad		1.6 Departamento	
1.7 Tel		1.8 E-mail		
1.9 Razón Social				

2.0 Propietarios / Socios				Pers.Jurídica
Apellido y Nombres	CUIT	Propietario	Pers.Jurídica	Unipersonal
				De hecho
				SRL
				SA
				UTE
				Otro

2.1 Servicios	
Luz	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Gas	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Agua	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Cloacas	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Teléfono	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Baño Público	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Baño Anexo Consultorio	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

2.2 Superficies	Mts.
Consultorio	
Baño Público	
Baño Anexo Consultorio	
Sala de Espera	

2.3 Especialidades que desarrolla	
	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

2.4 Director Técnico	2.5 MP
----------------------	--------

2.6 Requisitos	
Identificación adecuada en la puerta de entrada	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Sala de espera propia o del establecimiento	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Sanitario para público propio o del establecimiento	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

2.7 Equipamiento	
Balanza pediátrica	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Báscula o balanza con tallímetro	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Báscula o balanza con tallímetro hasta 150 Kg	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Cinta métrica flexible e inextensible	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Podómetro o Tallímetro	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Calculadora	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Tablas y Gráficas de Referencia	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Formularios de Encuesta Alimentaria	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Formulario seguimiento individual paciente	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Formularios del Plan Alimentario	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Formulario Indicaciones y Folletos Educativos	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

De acuerdo a la especialidad que se realice, se deberá adjuntar planilla de equipamiento.
Firmo en carácter de declaración jurada que todos los datos mencionados anteriormente obra en el consultorio y se encuentra en correcto funcionamiento.

Lugar y Fecha

Firma y Sello Responsable

Aclaración