



ANEXO I

**DECLARACIÓN JURADA
CAPACIDAD PRESTACIONAL
PRESTADOR/EFECTOR DE II NIVEL**

ENTIDAD

Denominación: _____

N° SAP: _____ N° UP: _____ Cód. de Prestador: _____

Boca de Atención: _____

Tipo de Institución:

 Nacional Provincial Municipal Privada Otra: _____
Responsable/s del Establecimiento

Apellido	Nombre	Cargo

CAPACIDAD PRESTACIONAL**Nivel de Resolución Ofrecido**

Marcar una sola de las siguientes opciones (ver descripción al final de la declaración)

NIVEL 1 Mínima Resolución	NIVEL 2 Baja Resolución	NIVEL 3 Mediana Resolución	NIVEL 4 Alta Resolución

Capacidad Prestacional - Camas

	GUARDIA	PISO	UCE/UTIM ¹	UTI/UCO ²	TOTAL
Camas ³					
Camas Ofrecidas ⁴					

¹ UCE: Unidad de Cuidados Especiales ; UTIM= Unidad de Terapia Intermedia

² UTI: Unidad de Terapia Intensiva; UCO= Unidad Coronaria

³ Solo considerar las camas en actividad (disponibles), descontando las desactivadas definitiva o transitoriamente.

⁴ Camas disponibles destinadas a cubrir la demanda del Instituto.

I
218
A*


www.pami.org.ar

[/pami.org.ar](https://www.facebook.com/pami.org.ar)

[@PAMI_org_ar](https://twitter.com/PAMI_org_ar)

**DECLARACIÓN JURADA
CAPACIDAD PRESTACIONAL
PRESTADOR/EFECTOR DE II NIVEL**

Capacidad Prestacional - Detalle

Completar según corresponda: sólo considerar aquellos que encuentren en actividad, descontando las desactivadas definitiva o transitoriamente

TIPO	CANTIDAD
Quirófanos/s	
Sala/s de Hemodinamia	
Sala/s de Terapia Radiante	
Sala/s de Medicina Nuclear	

Los datos consignados en la presente declaración, revisten el carácter de Declaración Jurada y estarán sujetos a revisión o auditoría por parte del I.N.S.S.J.P.

Responsable:

Firma:

Descripción del encuadre del Nivel de Resolución

El nivel de resolución supone que el establecimiento, según sus recursos y funcionalidad, está en condiciones de llevar a cabo las acciones de diagnóstico y tratamiento terapéutico de pacientes con patologías que requieran hasta cierto grado de complejidad.

NIVEL 1 – Mínima Resolución: Efectores que brindan básicamente atención primaria, atención de patologías de bajo riesgo y detección de patologías que deben ser derivadas a centros de mayor complejidad.

Asegura medios de comunicación eficientes (radio, teléfono u otros) y sistema de derivación.

Cuenta con los siguientes servicios: guardia, internación (por lo general no más de 10 camas), consultorios externos, puede o no tener sala de partos y servicios de apoyo (Rx., laboratorio, etc.)

NIVEL 2 – Baja Resolución: Establecimientos capaces de ofrecer atención de I y II Nivel con resolución de algunas patologías clínicas y quirúrgicas de bajo riesgo.

Cuenta con las 4 clínicas básicas y con quirófano además de los servicios descriptos en Nivel 1. (No posee UTI).

NIVEL 3 – Mediana Resolución: A los servicios que brinda el nivel 2 se agrega un mayor grado de resolución de patologías y procedimientos de diagnóstico y tratamiento. Cuenta además con los servicios de UTI/ UCO.

NIVEL 4 – Alta Resolución: Establecimientos con capacidad para la resolución de diagnóstico y tratamiento de patologías de alto riesgo y/o de alta complejidad.

J
RJS
AF



**DECLARACIÓN JURADA
CAPACIDAD PRESTACIONAL
PRESTADOR/EFECTOR DE ALTA COMPLEJIDAD**

ENTIDAD

Denominación: _____

N° SAP: _____ N° UP: _____ Cód. de Prestador: _____

Boca de Atención: _____

Tipo de Institución:

 Nacional Provincial Municipal Privada Otra: _____**CAPACIDAD PRESTACIONAL****TOMOGRAFIA AXILA COMPUTADA****RESPONSABLE**

Especialista	Apellido y Nombres	Autorización Individual
Médico Radiólogo		

EQUIPAMIENTO**Equipo 1**

Marca	Modelo	Año	Cantidad de Pistas

Detalle de capacidad del equipo (marcar con una cruz)

	Helicoidal	Realizar 3D	Realiza Angio TC	Otras (detallar)
SI				
NO				

Equipo 2

Marca	Modelo	Año	Cantidad de Pistas

I
A#

**DECLARACIÓN JURADA
CAPACIDAD PRESTACIONAL**

PRESTADOR/EFECTOR DE ALTA COMPLEJIDAD

Detalle de capacidad del equipo (marcar con una cruz)

	Helicoidal	Realizar 3D	Realiza Angio TC	Otras (detallar)
SI				
NO				

RESONANCIA MAGNETICA NUCLEAR

RESPONSABLE

Especialista	Apellido y Nombres	Autorización Individual
Médico Radiólogo		

EQUIPAMIENTO

Equipo 1

Marca	Modelo	Año	Consignar Campo Magnético T	Abierto	Cerrado

Equipo 2

Marca	Modelo	Año	Consignar Campo Magnético T	Abierto	Cerrado

MEDICINA NUCLEAR

RESPONSABLE

Especialista	Apellido y Nombres	Autorización Individual
Médico Radiólogo		

I
 AF
 RJZ



**DECLARACIÓN JURADA
CAPACIDAD PRESTACIONAL
PRESTADOR/EFECTOR DE ALTA COMPLEJIDAD**

EQUIPAMIENTO

Equipo 1

Marca	Modelo	Año

Detalle de capacidad del equipo (marcar con una cruz)

	Cámara Gamma Planar	SPECT	PET	Ergometría	Estudios de Ventilación Pulmonar	Otras (detallar)
SI						
NO						

Equipo 2

Marca	Modelo	Año

Detalle de capacidad del equipo (marcar con una cruz)

	Cámara Gamma Planar	SPECT	PET	Ergometría	Estudios de Ventilación Pulmonar	Otras (detallar)
SI						
NO						

Los datos consignados en la presente declaración, revisten el carácter de Declaración Jurada y estarán sujetos a revisión o auditoría por parte del I.N.S.S.J.P.

Responsable:

Firma:

IRJZ
AP

