

**ANEXO IV
DECLARACION JURADA DE INTEGRANTES Y DE ACTIVIDAD DEL STAFF DE HEMODINAMIA Y CIRUGIA
CARDIO VASCULAR**

El PRESTADOR: _____, representado en este acto por _____ (DNI _____) con domicilio en _____, en su carácter de _____, declaro bajo juramento:

INFORMACION GENERAL			(tachar lo que no)		
Fecha		El angiografo es propiedad	Del prestador	Tercerizado	Compartido
Institución solicitante		Sala de Hemodinamia	Convencional	Hibrida	
Dirección		Email del Servicio			
Ciudad/provincia		Teléfono de contacto			
INFORMACION GENERAL DE PRESTACIONES EFECTUADAS POR EL SERVICIO DE HEMODINAMIA (últimos dos años en números)					
Estudios hemodinamicos					
Angioplastias simples					
Angioplastias complejas					
Cierre percutáneo de orejuela izquierda					
Valvuloplastia aortica con balón					
Implante aórtico percutáneo (TAVI)					
Implante aórtico transapical (TAVI - TA)					
JEFE DE SERVICIO		PRACTICAS QUE EFECTUO EN DOS ULTIMOS AÑOS			
Apellido y Nombre		Nro procedimientos totales			
Matricula		Nro. angioplastias complejas			
Especialidad		Nro. valvuloplastias			
Institución que otorga el Título		Nro. TAVI colocadas			
Años como especialista					
STAFF DEL SERVICIO A (Producción)		Operador	Ayudante	STAFF DEL SERVICIO B	
Apellido y Nombre				Apellido y Nombre	
Nro. procedimientos totales				Nro. procedimientos totales	
Nro. angioplastias complejas				Nro. angioplastias complejas	
Nro. valvuloplastias				Nro. valvuloplastias	
Nro. TAVI colocadas				Nro. TAVI colocadas	
STAFF DEL SERVICIO C (Producción)		Operador	Ayudante	STAFF DEL SERVICIO D	
Apellido y Nombre				Apellido y Nombre	
Nro. procedimientos totales				Nro. procedimientos totales	
Nro. angioplastias complejas				Nro. angioplastias complejas	
Nro. valvuloplastias				Nro. valvuloplastias	
Nro. TAVI colocadas				Nro. TAVI colocadas	
CIRUJANO CARDIACO			Indicar Numero de Cirugías		
Apellido y Nombre		Matricula		RVAo Últimos dos años	
Titulo de Especialista y entidad					
Apellido y Nombre		Matricula		RVAo Últimos dos años	
Titulo de Especialista y entidad					
LOS DATOS ADJUNTOS ADQUIEREN CARÁCTER DE DECLARACION JURADA PUDIENDO PAMI SOLICITAR LA DOCUMENTACION					
JEFE DE SERVICIO	FIRMA		SELLO		
STAFF DEL SERVICIO A	FIRMA		SELLO		
STAFF DEL SERVICIO B	FIRMA		SELLO		
STAFF DEL SERVICIO C	FIRMA		SELLO		
STAFF DEL SERVICIO D	FIRMA		SELLO		
CIRUJANO CARDIACO A	FIRMA		SELLO		
CIRUJANO CARDIACO B	FIRMA		SELLO		
INSTRUCCIONES GENERALES					
1. TODOS LOS DATOS DEBEN ESTAR COMPLETOS Y ACOMPAÑADOS DE LOS CURRICULUM VITAE DEL PERSONAL					
2. FAVOR DE INDICAR EN NUMEROS LAS PRESTACIONES TOTALES EFECTUADAS POR EL SERVICIO Y LAS DE CADA INTEGRANTE Y ACOMPAÑAR CONSTANCIAS ADJUNTAS (PACIENTE/OS/TIPO DE INTERVENCION/FECHA)					
LA DOCUMENTACION DEBE ACOMPAÑARSE DE LA CERTIFICACION DE LA CASUISTICA MENCIONADA.					

FECHA

FIRMA

IF-2019-105070515-INSSJP-DE#INSSJP