



ANEXO VII

DECLARACIÓN JURADA PARA ESTABLECIMIENTO DE CUIDADOS ESPECIALES DE ASISTENCIA DOMICILIARIA

Establecimiento independiente: SI NO

Forma parte de un establecimiento asistencial: SI NO (especificar):

Director responsable (apellido y nombre):

Título: Matrícula profesional N°:

Efecto especializado: SI NO

Cuenta con

1. Recinto para el funcionamiento del personal administrativo: SI NO

2. Sector de archivo: SI NO

3. Depósito de insumos (si no cuenta con depósito central): SI NO

4. Sanitarios para el personal: SI NO

Cuenta con EQUIPAMIENTO:

Equipamiento Administrativo

1. Informar sistema de información (manual o informático) para registrar y archivar toda documentación (Historia clínica de los pacientes, patologías, prestadores, proveedores, etc.): SI NO

2. Puntualizar el equipamiento para la comunicación en tiempo y forma con los proveedores de servicios, los pacientes y/o familiares. (Fax, teléfono, e-mail, etc.): SI NO

3. Detallar número de la central especial de coordinación y atención de los pacientes que funcione las VEINTICUATRO (24) horas del día, los TRESCIENTOS SESENTA Y CINCO (365) días del año: SI NO

4. Observaciones: TELEFONO:



ANEXO VII

DECLARACIÓN JURADA PARA ESTABLECIMIENTO DE CUIDADOS ESPECIALES DE ASISTENCIA DOMICILIARIA

Cuenta con Equipamiento Médico: SI NO

Observaciones:

1. Cuenta con proveedores de insumos médicos: SI NO

Observaciones:

RECURSOS HUMANOS:

Coordinador Médico: SI NO

Carga de Matricula:

Coordinador de enfermería (enfermero/a, profesional con título habilitante): SI NO

Carga de Matricula:

Coordinador de Kinesiología: SI NO

Matricula:

Nómina de profesionales (Indicar números globales, debiendo en nómina que obra a continuación):

**Nombre y Apellido CUIT Profesión N° Matricula
REGISTRO:**

Cuenta con registro de pacientes: SI NO