



## SERVICIO DE ATENCION MÉDICA DOMICILIARIA

*Ley 9847 y sus modificatorias*

**Artículo 4º.-** Deberán ser presentados por entidades que posean la habilitación correspondiente, por la autoridad pertinente. No podrán ser ofrecidos por el sistema de abono, cápita, cuota fija periódica o prepago, salvo cuando se las incluya como complemento dentro de los sistemas de cobertura integral o de emergencias medicas con unidades móviles.-

**Artículo 5º.-** Deberán contar con una Dirección médica responsable, ejercida por médico especialista en Clínica Médica o Clínica General.

**Artículo 6º.-** Deberán contar con un cargo medico integrado por médicos con no menos de dos (2) años de egresados, que presten servicio en guardias activas con exclusiva dedicación para el servicio durante el horario que se determine.

**Artículo 7º.-** Deberán contar con una base de recepción de llamados con atención permanente durante los días y horas preestablecidos y tener por lo menos dos (2) líneas telefónicas y con personal a cargo, con guardias activas y dedicación exclusiva durante el periodo de atención determinado.

**Artículo 8º.-** Movilidad. La misma, provista por las actividades o por el profesional médico lo será para su traslado y este lo tendrá para su dedicación exclusiva durante el periodo de atención determinado.

**Artículo 9º.-** Equipamiento. El mismo puede ser del servicio o del profesional actuante y como mínimo deberá constar de maletín, tensiómetro, estetoscopio, linterna, baja lenguas, martillo de reflejo, termómetro y Pantoscopio, y cualquier otro elemento que sea necesario para la atención que se brinde.

**Artículo 10º.-** Los requisitos descriptos en los artículos del 4º al 9º serán suficientes para los servicios que se organicen y ofrezcan la cobertura asistencial de 8 a 20 horas los días hábiles (sábado incluido). Aquellos servicios que se organicen y se ofrezcan antes de las 8 horas o a partir de las 20 horas, y los días feriados o domingos, presumiéndose la posibilidad de atención de casos de urgencias o emergencias deberán cumplir además de los requisitos enunciados, los siguientes:

- a) La base de recepción deberá contar con una radio tipo VHF, de emisión-recepción que permita el enlace con el o los medios afectados al servicio y con una frecuencia de un servicio público o privado para atender las emergencias;
- b) El equipamiento del médico deberá completarse con una radio portátil, emisora-receptora, tipo VHF, que permita el enlace permanente con la base de recepción.



## SERVICIO DE ATENCIÓN MÉDICA DOMICILIARIA

*Guía para la presentación de la documentación*

1. **NOTA SOLICITANDO INSCRIPCIÓN:** indicando las características del sistema. Firmada por el Director médico responsable.-
2. **ACTA CONSTITUTIVA:** de la empresa, certificada. Firmada por el Director Médico responsable.-
3. **FORMULARIO DAM 2:** Firmada por el Director Médico responsable.-
4. **DIRECTOR MÉDICO:** especialista en Clínica Médica o Clínica General.
5. **LISTA DE PROFESIONALES.** (segunda hoja del DAM 2). Deberán contar con un cargo medico integrado por médicos con no menos de dos (2) años de egresados, que presten servicio en guardias activas con exclusiva dedicación para el servicio durante el horario que se determine.
6. **TABLA DE CONSENTIMIENTO DE PRESTADORES:** Nomina del Cuerpo Médico, matriculado en este Colegio y profesionales del arte de curar, si los hubiera. La misma deberá constar de: Nombre y Apellido. Título, especialidad de tenerla. Número de matrícula. Firma y Sello. Firmadas por el Director médico responsable.-
7. **PLANILLA DE HORARIOS Y DÍAS DE TRABAJO.** Firmado por el Director médico responsable.-
8. **MOVILIDAD.** La misma, provista por las actividades o por el profesional médico lo será para su traslado y este lo tendrá para su dedicación exclusiva durante el periodo de atención determinado.  
Debe presentar: a) Titulo del automotor. b) Tarjeta verde. c) Carnet de conducir actualizado.-
9. **EQUIPAMIENTO.** Nota firmada por director médico responsable con el listado del equipamiento mínima indispensable por cada unidad.  
El mismo puede ser del servicio o del profesional actuante y como mínimo deberá constar de maletín, tensiómetro, estetoscopio, linterna, baja lenguas, martillo de reflejo, termómetro y Pantoscopio, y cualquier otro elemento que sea necesario para la atención que se brinde.
10. **PLANO** de la Base de con final de obra y firma por matriculado en el área.
11. **BASE** de recepción de llamada con: lugar, teléfono (mínimo 2 líneas), otros medios de comunicación y personal a cargo.-
12. **TASA:** ([ver aranceles](#))



**TABLA DE CONSENTIMIENTO DE PRESTADORES**

Los médicos y personal abajo firmantes certificamos que prestamos servicios al SERVICIO DE EMERGENCIAS MÉDICAS y declaramos conocer íntegramente el sistema prestaciones, así como los derechos y obligaciones que poseen los beneficiarios de dicho sistema, percibiendo como contraprestación lo acordado.

APELLIDO Y NOMBRE: .....

PROFESIÓN – ESPECIALIDAD: .....

NUMERO DE MATRICULA: .....

**FIRMA Y SELLO**

APELLIDO Y NOMBRE: .....

PROFESIÓN – ESPECIALIDAD: .....

NUMERO DE MATRICULA: .....

**FIRMA Y SELLO**

APELLIDO Y NOMBRE: .....

PROFESIÓN – ESPECIALIDAD: .....

NUMERO DE MATRICULA: .....

**FIRMA Y SELLO**

APELLIDO Y NOMBRE: .....

PROFESIÓN – ESPECIALIDAD: .....

NUMERO DE MATRICULA: .....

**FIRMA Y SELLO**



**TABLA DE CONSENTIMIENTO DE PRESTADORES**

Los médicos y personal abajo firmantes certificamos que prestamos servicios al SERVICIO DE EMERGENCIAS MÉDICAS y declaramos conocer íntegramente el sistema prestaciones, así como los derechos y obligaciones que poseen los beneficiarios de dicho sistema, percibiendo como contraprestación lo acordado.

APELLIDO Y NOMBRE: .....

PROFESIÓN – ESPECIALIDAD: .....

NUMERO DE MATRICULA: .....

**FIRMA Y SELLO**

APELLIDO Y NOMBRE: .....

PROFESIÓN – ESPECIALIDAD: .....

NUMERO DE MATRICULA: .....

**FIRMA Y SELLO**

APELLIDO Y NOMBRE: .....

PROFESIÓN – ESPECIALIDAD: .....

NUMERO DE MATRICULA: .....

**FIRMA Y SELLO**

APELLIDO Y NOMBRE: .....

PROFESIÓN – ESPECIALIDAD: .....

NUMERO DE MATRICULA: .....

**FIRMA Y SELLO**