



Colegio de Médicos

DE LA PROVINCIA DE SANTA FE
1ª CIRCUNSCRIPCIÓN - LEY 3950 - (T.O.)

9 DE JULIO 2464 - 3000 SANTA FE

TEL.: (0342) 4520126/176/182/312

FAX: (0342) 4520177

E-mail: infomed@cmsf.org.ar

SECRETARIA TECNICA - SECRETARIA ADMINISTRATIVA
ESPECIALIDADES

**SOLICITUD DE INSCRIPCION EN EL REGISTRO DE SERVICIOS
PARA LA FORMACION DE ESPECIALISTAS**

Santa Fe,

Sr. Presidente del Colegio de Médicos
de la Pcia de Santa Fe - 1ra. Circunscripción

Dr.

De mi consideración:

En mi carácter de

solicito la inscripción del mismo en el Registro de Servicios para la formación de especialistas de ese Colegio, conforme a la resolución de Mesa Directiva de fecha 3 de agosto de 1995, Acta N° 1646 y reglamento aprobado que declaro conocer y aceptar en todas sus partes, procediendo a retirar copia del mismo. Me comprometo a comunicar semestralmente toda modificación y/o cambio que se produzca con carácter de declaración jurada en la presente solicitud.

Firma:.....

DATOS DE IDENTIFICACION:

Aclaración:.....

Nombre del establecimiento:

Domicilio..... N°..... Tel.

Departamento..... Localidad

Categoría: Público: Privado

Ambulatorios. De internación: Mixto

Nombre del Médico Director/es:

Cuerpo Profesional:

Jefe/s de Servicios:

Médicos que se desempeñan:

Nombre

Especialidad:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Residentes Nº..... Tiempo que dura la residencia:.....

Becarios Nº..... Tiempo que dura la beca de perfeccionamiento.....

Enfermería { Nº de enfermeras.....
Nº de auxiliares de enfermería:.....

Otros auxiliares del Arte de Curar: (Nombre y profesión).....

ACTIVIDADES DEL ESTABLECIMIENTO:

Consultorio externo diario: [] semanal []
Horario: Nº de días por semana
Horario
Nº de enfermos por mes (aproximadamente)

Guardia médica permanente: Activa: [] Pasiva: [] No: []

Actividades complementarias:
Laboratorio: si no Realiza rutinas:
Realiza estudios especiales:.....
Movimiento mensual aproximadamente de pacientes:
.....

Radiología si no Realiza estudios simples:
Realiza estudios especiales:
Indicar aparato/s (milimetraje y kilovoltaje)

Movimiento mensual aproximadamente de pacientes:
.....

Anatomía Patológica si no

Otras:

Actividades docentes:
Programa de entrenamiento: si no
Reuniones científicas: si no (semanales)
(mensuales)
Seminarios: si no
Clases magistrales: si no
Trabajos prácticos: si no
Evaluación periódica: si no
Tiene elenco docente: si no

Enfermería { Con la Cátedra: si no
Ateneos: si no
Sociedades científicas: si no
Otras:

Biblioteca especializada si no