



CONSEJO NACIONAL
DE SALUD

PARAGUAI
TESAI HA TEKOK
PORAVE
MOTENONDEHA



SUPSALUD

REGISTRO NACIONAL DE ENTIDADES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD

(El presente formulario posee carácter de declaración jurada.)

Fecha de llenado: / / 20.....

Registación: ☐

Actualización de datos: ☐

Código Asignado:

ESTABLECIMIENTOS CON INTERNACIÓN

HOSPITAL	☐	GENERAL	☐	Entidad Privada	☐
SANATORIO	☐	ESPECIALIZADO	☐	Entidad Mixta	☐
CLÍN. C/ INTERNACIÓN	☐	Especificar:		Entidad Pública	☐
OTROS:					

Denominación Comercial de la Entidad Prestadora de Servicios de Salud

Departamento:

Ciudad:

Barrio/Distrito/Compañía.

Dirección:

Números Telefónicos

Telefax:

R.U.C.

1)

2)

Correo Electrónico:

Pág. Web:

NATURALEZA JURÍDICA DEL PROPIETARIO

UNIPERSONAL	☐	S.R.L.	☐	FUNDACIÓN:	☐
EMPRESA INDIV. DE RESP. LTDA	☐	S.A.	☐	COOPERATIVA:	☐
SOCIEDAD CIVIL SIMPLE	☐	ASOCIACIÓN	☐	OTROS:	☐

Especificar:

AUTORIDADES Y/O DIRECTIVOS.

PRESIDENTE/A:

Céd. De Identidad Civil N°

Telef. Móvil:

E-mail:

REPRESENTANTE LEGAL:

Céd. De Identidad Civil N°

Telef. Móvil:

E-mail:

DIRECTOR/A GENERAL:

Céd. de Ident. Civil N°:

Especialidad:

Reg. Prof. N°:

Telef. Móvil N°:

E-mail:

DIRECTOR/A O REGENTE MÉDICO/A

Céd. de Ident. Civil N°:

Especialidad:

Reg. Prof. N°:

Telef. Móvil N°:

E-mail:

Servicios o dependencias que requieren Habil. Indep.

Servicio		Propio	Tercerizado
Laboratorio de Análisis Clínicos.		☐	☐
Diagnóstico por Imágenes.		☐	☐
Farmacia Interna		☐	☐
Banco de Sangre		☐	☐
Consultorio Odontológicos		☐	☐
Unidad de Terapia Intensiva Adultos		☐	☐
Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica		☐	☐
Unidad de Terapia Transfusional (Banco de Sangre)		☐	☐
Ambulancias		☐	☐
Otros (Especificar en Observaciones).		☐	☐

Cantidad de Recursos Humanos

Cantidad de Camas

Médicos:		Obstetras		Enfermeras		Servicio de Curas		
De Guardia:		Licenciadas:		Licenciadas:		Medicina Interna:		
De Planta:		Técnicas:		Técnicas:		Cirugía:		
De Consultorio:		Auxiliares:		Auxiliares:		Obstetricia:		
Externos:		Sub-Total 2:		Sub-Total 3:		Pediatría:		
Sub-Total 1:		Personal Administrativo:					Terapia Adultos	
TOTAL GENERAL:						Terapia Pediátrica:		
						Incubadoras:		

Cantidad de Quirófanos

Ambulancias:

Cantidad de Consultas		Ambulatorio				
		Propias:		Tercerizadas		TOTAL. GRAL.
Cirugía:		Nivel 1:		Nivel 1:		
Obstetricia		Nivel 2:		Nivel 2:		
Pediatría:		Nivel 3:		Nivel 3:		
Total:		Total:		Total:		

ESPECIALIDADES MÉDICAS.

Alergia	☐	Ecografía	☐	Lab. De Análisis Clín.	☐	Ortopedia	☐
Anatomía Patológica	☐	Electrodiagnóstico	☐	Mastología	☐	Otorrinolaringología	☐
Anestesiología	☐	Endocrinología	☐	Medicina Nuclear	☐	Pediatría	☐
Angioplastia	☐	Endoscopia	☐	Medicina Interna	☐	Proctología	☐
Cardiología	☐	Fisioterapia	☐	Nefrología	☐	Psicología	☐
Cirugía Cardíaca	☐	Flebología	☐	Neonatología	☐	Psiquiatría	☐
Cirugía General	☐	Gastroenterología	☐	Neumología	☐	Reumatología	☐
Cirugía Oncológica	☐	Geriatría	☐	Neurocirugía	☐	Toxicología	☐
Cirugía Pediátrica	☐	Gineco-Obstetricia	☐	Neurología	☐	Traumatología	☐
Cirugía Plástica	☐	Hematología	☐	Nutrición	☐	Terap. Intens. Adultos	☐
Cirugía Vascular Periférica	☐	Hemoterapia	☐	Odontología	☐	Terap. Intens. Pediátrica	☐
Dermatología	☐	Infectología	☐	Oftalmología	☐	Urología	☐
Diagnóstico por Imágenes	☐	Inmunología	☐	Oncología	☐	Video Cirugía	☐
Otros:							

OBSERVACIONES U COMENTARIOS:

[illegible]

Sello de la Entidad Prestadora de Servicios de Salud

Datos Aportados Por:
Firma:
Cargo: