

**SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN E INSTALACION DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **TIPO DE ESTABLECIMIENTO** | | | |
| Centro médico |  | Sala toma de muestras |  |
| Sala de procedimientos |  | Clínica dental |  |
| Centro kinésico |  | Centro de acupuntura |  |
| Centro de imagenología |  | Laboratorio clínico |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nº box procedimientos no invasivos |  | Nº de box procedimientos invasivos |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TIPO DE AUTORIZACIÓN** | | | | | |
| Instalación y funcionamiento |  | Traslado |  | Modificación planta física |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **IDENTIFICACION DEL ESTABLECIMIENTO O PRESTADOR DE SALUD** | |
| Nombre del establecimiento |  |
| Dirección |  |
| Comuna |  |
| Teléfono |  |
| Correo electrónico |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **IDENTIFICACION DE PROPIETARIO Y/O REPRESENTANTE LEGAL** | |
| Nombre del propietario/razón social |  |
| Nombre representante legal |  |
| Rut representante legal |  |
| Teléfono |  |
| Correo electrónico |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **IDENTIFICACION DEL DIRECTOR TÉCNICO** | |
| Nombre |  |
| Rut director técnico |  |
| Profesión |  |
| Correo electrónico |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **DECLARACION CAPITAL PROPIO INICIAL** | |
| Capital de trabajo de la empresa (dinero, mercadería, materias primas, etc.) | $ |
| Equipos, maquinarias, muebles e instalaciones | $ |
| Total capital | $ |
| 0.5% capital | $ |

|  |
| --- |
| **OBJETIVOS O CAMPO DE ACCION DEL ESTABLECIMIENTO** |
|  |

**Declaro conocer y aceptar expresamente los requisitos sanitarios y condiciones establecidos en la legislación vigente, para solicitar la autorización de instalación y funcionamiento del establecimiento anteriormente señalado.** (Marque las normativas aplicables según tipo de establecimiento)

\_\_\_\_ D.S Nº 283/97 Reglamento sobre salas de procedimientos y pabellones de cirugía menor

\_\_\_\_ D.S Nº 594/99 Condiciones sanitarias y ambientales básicas en los lugares de trabajo

\_\_\_\_ D.S Nº 6/09 Reglamento sobre manejo de residuos en establecimientos de atención de salud

\_\_\_\_ Circular 3F/68 de 1989 del MINSAL. Normas de Precauciones Universales y Manejo de fluidos Corporales.

\_\_\_\_ D.S N° 20 de 2011 del MINSAL. Reglamento de Laboratorios Clínicos.

\_\_\_\_ D.S. Nº 58/08 Normas Técnicas Básicas (Atención Abierta y/o Cerrada)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma y RUN representante legal**

Rancagua, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 20 \_\_\_\_\_

Timbre Recepción

**DOCUMENTOS A ADJUNTAR**

|  |  |
| --- | --- |
| **DOCUMENTACION ORIGINAL O FOTOCOPIA LEGALIZADA ANTE NOTARIO** | **Vº Bº UNIDAD PROFESIONES MEDICAS** |
| Certificado de propiedad del inmueble o contrato de arriendo |  |
| Documento de constitución de sociedad (si corresponde) |  |
| Fotocopia del RUT de la sociedad |  |
| Fotocopia de cedula de identidad de representante legal |  |
| Plano o croquis a escala de planta física con distribución funcional de las dependencias, con flujos de circulación diferenciados |  |
| Certificado TE1 (SEC) o certificado emitido por técnico autorizado que acredite instalaciones eléctricas del inmueble |  |
| Certificado de instalación de agua potable y alcantarillado emitido por la empresa que provee dicho servicio |  |
| Nómina de maquinarias y equipos. Anexo Nº 1 |  |
| Nómina de procedimientos que se realizaran |  |
| Carta de aceptación del cargo del director técnico Anexo Nº 2 |  |
| Fotocopia del certificado de título legalizado ante notario |  |
| Fotocopia de la cedula de identidad |  |
| Nómina de todo el personal que trabajara en el establecimiento. Anexo Nº 3 |  |
| Fotocopia de la cedula de identidad del personal incluido en la nomina |  |
| Fotocopia de los certificados de título de todo el personal clínico incluido en la nómina |  |
| Libro foliado de sugerencias o reclamos timbrado por autoridad sanitaria |  |
| Libro foliado de visitas de supervisión timbrado por autoridad sanitaria |  |
| Copia contrato REAS |  |
| Comprobante de pago del arancel correspondiente a la prestación de servicio |  |

**ESTABLECIMIENTOS QUE CUENTEN CON EQUIPOS O INSTALACIONES QUE REQUIERAN AUTORIZACIÓN ESPECIAL DEBEN ADJUNTAR**

|  |  |
| --- | --- |
| **DOCUMENTACION A ADJUNTAR EN ORIGINAL O FOTOCOPIA LEGALIZADA ANTE NOTARIO** | **Vº Bº UNIDAD PROFESIONES MEDICAS** |
| Resolución de autorización de instalación de Equipos que emitan radiaciones ionizantes y licencia operador equipo |  |
| Resolución de autorización de instalación de Autoclaves y Calderas y licencia operador equipo |  |
| Certificación de instalación de gases clínicos |  |
| Resolución de autorización de botiquín |  |
| Plan de evacuación del establecimiento |  |
| Manual de Procedimientos Técnicos y de Organización y de Toma de toma de muestras (para laboratorios y Salas de toma de muestras) |  |
| Manual de Bioseguridad (para laboratorios y Salas de toma de muestras) |  |
| Certificación de instalación y mantenimiento de los equipos con que cuente el laboratorio y que estén destinados a su funcionamiento, emitido por técnicos autorizados o reconocidos para ello. |  |