# SOLICITUD DE INSPECCIÓN PARA HABILITACIÓN

Legajo Profesional***:*** *APELLIDO, NOMBRE Y NUMERO DE MATRICULA DEL TITULAR DEL CONSULTORIO.*

Dirección Laboral: *DOMICILIO DEL CONSULTORIO QUE SE SOLICITA HABILITAR*

Salta, …….. de de 202….

*FECHA DEL DIA EN QUE SE ENVIA LA DECLARACION JURADA*

A la Presidenta del Colegio de

Fisioterapeutas, Kinesiólogos

y Terapistas Físicos de la Provincia de Salta

**Lic. Patricia Collado**

Presente

El/La que suscribe la presente ,

DNI……………….……………………… con domicilio real en ………………………………………………………………

Dpto. …………………………………… Barrio/zona: ……………………………………………………………………………

provincia de Salta; en mi carácter de profesional matriculado en el Colegio de Fisioterapeutas, Kinesiólogos y Terapistas Físicos de la Provincia de Salta, N° , tiene

el agrado de dirigirse a usted a fin de solicitar habilitación de mi consultorio /Centro Fisio- Kinésico, ubicado en la calle ………………………………………………………………………..……………… de la localidad de provincia de Salta.

1. Que la denominación del establecimiento es

……………………………………..........................................................................................

…………………………………………………………………………………….Dpto. ……………… Piso: ………………………

1. Que el domicilio real del establecimiento se fija en calle

………………………………………………………………….…………..………., de la localidad de

…............................................, provincia de Salta y el teléfono fijo: (………)…...................……...

Móvil: ………………………………………..

1. Que el domicilio de referencia o domicilio personal es

…………………………………………………………..…, de la localidad de ,

provincia de Salta. Teléfono ………………………………..

Cumplo en informar que en el establecimiento Fisio/kinésico a habilitar se desempeñarán también los siguientes profesionales:

1. ……………………………………………………………………….….. Matrícula Profesional N°………...........

2. ……………………………………………………………….......….... Matrícula Profesional N°……….......…

3. …………………………………………………………………........... Matrícula Profesional N°……….......…

4. …………………………………………………………………........... Matrícula Profesional N°……….......…

5. …………………………………………………………………........... Matrícula Profesional N°……….......…

Adjunto croquis de planta física con discriminación de los locales que se destinaran a la actividad profesional y memoria descriptiva de los ambientes, Declaración Jurada de la aparatología acorde a la inclinación terapéutica. Declaración Jurada del horario de atención del centro y/o consultorio Fisio/kinésico y de cada profesional en particular.

A los efectos de dar cumplimiento con lo requerido para la habilitación solicitada, autorizo al Colegio de Fisioterapeutas, Kinesiólogos y Terapistas Físicos de la provincia de Salta, a realizar el trámite en su totalidad, dejando constancia, que cumplí con el arancel correspondiente a la inspección (adjunto comprobante de pago).

Sin otro particular, la saludo atentamente.

Firma y Sello

**DECLARACIÓN JURADA DE LA ESTRUCTURA EDILICA**

### Ubicación del consultorio

* Planta Baja
* Planta Alta

### Ingreso al Consultorio

* Escaleras
* Ascensor
* Otros. SI CONSIGNAMOS ESTE ITEMS DEBEMOS ESPECIFICAR A QUE SE REFIERE CON OTROS.

### Cielorraso

* + Loza.
  + Durlock Ignifugo
  + Otros. SI CONSIGNAMOS ESTE ITEMS DEBEMOS ESPECIFICAR A QUE SE REFIERE CON OTROS.

### Separación de los boxes y /o ambientes

* + Cortinas rígidas de black out ignífugo con certificación.
  + Durlock ignífugo con certificación.
  + Chapones.
  + Otros. SI CONSIGNAMOS ESTE ITEMS DEBEMOS ESPECIFICAR A QUE SE REFIERE CON OTROS.

### ELEMENTOS DE BIOSEGURIDAD

* Botiquín de Primeros Auxilios.
* Luces de emergencia
* Matafuego con carga actualizada
* Otros……………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………

**Apellido y Nombres**: ………………………………………………………………………………………………………........

**DNI:** ……………………………………………… **Matrícula:** ………….……. **Tomo:** ……………. **Folio:** ……………...

**Fecha de matriculación:** ………………………………...

**Firma y sello:**

# DECLARACIÓN JURADA DE LA APARATOLOGÍA ACORDE LA INCLINACION TERAPÉUTICA DESARROLLADA

**CONSULTORIO Y/ O CENTRO DE REHABILITACION: NIVEL I:** AMBULATORIO

**INCLINACION TERAPEUTICA A DESARROLLAR:**  ESTABLECER QUE PRACTICAS VAMOS A REALIZAR EN DICHO CONSULTORIO: R-. TRAUMATOLOGICA, RESPIRATORIA, R. NEUROLOGICA…ETC.

Declaro bajo juramento que la aparatología que posee el Consultorio - Centro Fisio/Kinésico, es la siguiente: (\* Acompañar copia de certificado de ANMAT

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **APARATO** | **MARCA** | **MODELO** | **SERIE N°** | **CERT. ANMAT** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |  |

**Apellido y Nombres**: ………………………………………………………………………………………………………........

**DNI:** ……………………………………………… **Matrícula:** ………….……. **Tomo:** ……………. **Folio:** ……………...

**Fecha de matriculación:** …....................................

Firma y sello:

***TODOS LOS APARATOS DEBEN CONTAR CON EL Nº DE REGISTRO DE LA ANMAT Y DE NO TENERLO SOLICITARLO VIA MAIL A LA EMPRESA***

**APARATOS Y ELEMENTOS DEL GIMNASIO**

**Apellido y Nombres**: ………………………………………………………………………………………………………........

**DNI:** ……………………………………………… **Matrícula:** ………….……. **Tomo:** ……………. **Folio:** ……………...

**Fecha de matriculación:** ………………………………...

**Firma y sello:**

# DECLARACION JURADA DE LOS HORARIOS Y DIAS DE ATENCION DEL CONSULTORIO

Turno Mañana Turno Tarde

Días de Atención

#### \*Tildar aquellos días que se trabajarán.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Días** | **Lunes** | **Martes** | **Miércoles** | **Jueves** | **Viernes** | **Sábados** |
| **Horario** |  |  |  |  |  |  |
| **Horario** |  |  |  |  |  |  |

Observaciones:

#### En el siguiente espacio deberá DECLARAR aspectos que deberán considerarse en cuanto a la prestación de servicios o modalidad de prestación.

SE DEBE CONSIGNAR SITUACIONES PUNTUALES EN CUANTO A LA PRESTACION DE ATENCION, POR EJEMPLO:

* POR SITUACION DE PANDEMIA ALGUNOS COLEGAS REALIZAN SESIONES DE MANERA VIRTUAL Y PRESENCIAL.
* OTROS REALIZAN CUBRIENDO GUARDIAS Y REALIZAN REEMPLAZOS A COLEGAS Y SE SUPERPONEN CON LOS HORARIOS DECLARADOS EN LA PRESENTE DECLARACION JURADA.
* REALIZAN ATENCION A DOMICILIO EN LOS HORARIOS DECLARADOS EN EL CONSULTORIO.
* OTRAS PARTICULARIDADES QUE CONSIDEREN RELEVANTE.

**Apellido y Nombres**: ………………………………………………………………………………………………………........

**DNI:** ……………………………………………… **Matrícula:** ………….……. **Tomo:** ……………. **Folio:** ……………...

**Fecha de matriculación:** …....................................

Firma y sello:

**DECLARACIÓN JURADA DE CADA UNO DE LOS PROFESIONALES, HORARIOS, DIAS DE ATENCIÓN DEL CONSULTORIO Y/O CENTRO FISIO-KINESICO**

**Nombre y Apellido:** ………………………………………………………………………………………………………………..

**DNI:** ……………………...………………..…….. **Matricula Provincial:** ………………..………………………

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Días** | **Lunes** | **Martes** | **Miércoles** | **Jueves** | **Viernes** | **Sábados** |
| **Horario** |  |  |  |  |  |  |
| **Horario** |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Título a la Vista:** | SI | NO |
| **Placa Identificatoria:** | SI | NO |

**Nº de Celular:** ………………………………………

**Correo Electrónico** ………………………………………………………………………………………………………………..

Días y horarios en el que trabajan en otros consultorios:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Consultorio** | **Lunes** | **Martes** | **Miércoles** | **Jueves** | **Viernes** | **Sábado** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

En el caso que brinda atención a domicilio, días y horarios:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Días** | **Lunes** | **Martes** | **Miércoles** | **Jueves** | **Viernes** | **Sábado** |
| Mañana |  |  |  |  |  |  |
| Tarde |  |  |  |  |  |  |
| Noche |  |  |  |  |  |  |

Los profesionales que realizan internación domiciliaria especificar: Empresa, días y horarios:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Empresa** | **Lunes** | **Martes** | **Miércoles** | **Jueves** | **Viernes** | **Sábado** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Si trabaja en Servicios de saludo Educacion Publico y/o Privado: Lugar Días y Horario:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dependencia** | **Lunes** | **Martes** | **Miércoles** | **Jueves** | **Viernes** | **Sábado** |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Apellido y Nombres**: ………………………………………………………………………………………………………........

**DNI:** ……………………………………………… **Matrícula:** ………….……. **Tomo:** ……………. **Folio:** ……………...

**Fecha de matriculación:** …....................................

Firma y sello:

***DATOS, FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL QUE REALIZA LA DECLARACION JURADA PERSONAL, NO DEL TITULAR DEL CONSULTORIO***

## DECLARACIÓN JURADA DE CADA UNO DE LOS PROFESIONALES, HORARIOS, DIAS DE ATENCIÓN DEL CONSULTORIO Y/O CENTRO FISIO-KINESICO

**Nombre y Apellido:** ………………………………………………………………………………………………………………..

**DNI:** ……………………...………………..…….. **Matricula Provincial:** ………………..…………………………….……

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Días** | **Lunes** | **Martes** | **Miércoles** | **Jueves** | **Viernes** | **Sábados** |
| **Horario** |  |  |  |  |  |  |
| **Horario** |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Título a la Vista:** | SI | NO |
| **Placa Identificatoria:** | SI | NO |

**Nº de Celular:** ………………………………………………………………………………………………………………………………

**Correo Electrónico** ……………………………………………………………………………….……………………………………..

Días y horarios en el que trabajan en otros consultorios:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Consultorio** | **Lunes** | **Martes** | **Miércoles** | **Jueves** | **Viernes** | **Sábado** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

En el caso que brinda atención a domicilio, días y horarios:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Días** | **Lunes** | **Martes** | **Miércoles** | **Jueves** | **Viernes** | **Sábado** |
| Mañana |  |  |  |  |  |  |
| Tarde |  |  |  |  |  |  |
| Noche |  |  |  |  |  |  |

Los profesionales que realizan internación domiciliaria especificar: Empresa, días y horarios:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Empresa** | **Lunes** | **Martes** | **Miércoles** | **Jueves** | **Viernes** | **Sábado** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Si trabaja en Servicios de saludo Educación Público y/o Privado: Lugar Días y Horario:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dependencia** | **Lunes** | **Martes** | **Miércoles** | **Jueves** | **Viernes** | **Sábado** |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Apellido y Nombres**: ………………………………………………………………………………………………………........

**DNI:** ……………………………………………… **Matrícula:** ………….……. **Tomo:** ……………. **Folio:** ……………...

**Fecha de matriculación:** …....................................

**Firma y sello:** …………………………………..………………..

## DECLARACIÓN JURADA DE CADA UNO DE LOS PROFESIONALES, HORARIOS, DIAS DE ATENCIÓN DEL CONSULTORIO Y/O CENTRO FISIO-KINESICO

**Nombre y Apellido:** ………………………………………………………………………………………………………………..

**DNI:** ……………………...………………..…….. **Matricula Provincial:** …………….……………..………………………

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Días** | **Lunes** | **Martes** | **Miércoles** | **Jueves** | **Viernes** | **Sábados** |
| **Horario** |  |  |  |  |  |  |
| **Horario** |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Título a la Vista:** | SI | NO |
| **Placa Identificatoria:** | SI | NO |

**Nº de Celular:** ………………………………………………………………………………………………….……………………

**Correo Electrónico** ………………………………………………………………………………………………………………..

Días y horarios en el que trabajan en otros consultorios:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Consultorio** | **Lunes** | **Martes** | **Miércoles** | **Jueves** | **Viernes** | **Sábado** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

En el caso que brinda atención a domicilio, días y horarios:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Días** | **Lunes** | **Martes** | **Miércoles** | **Jueves** | **Viernes** | **Sábado** |
| Mañana |  |  |  |  |  |  |
| Tarde |  |  |  |  |  |  |
| Noche |  |  |  |  |  |  |

Los profesionales que realizan internación domiciliaria especificar: Empresa, días y horarios:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Empresa** | **Lunes** | **Martes** | **Miércoles** | **Jueves** | **Viernes** | **Sábado** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Si trabaja en Servicios de saludo Educación Público y/o Privado: Lugar Días y Horario:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dependencia** | **Lunes** | **Martes** | **Miércoles** | **Jueves** | **Viernes** | **Sábado** |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Apellido y Nombres**: ………………………………………………………………………………………………………........

**DNI:** ……………………………………………… **Matrícula:** ………….……. **Tomo:** ……………. **Folio:** ……………...

**Fecha de matriculación:** …....................................

**Firma y sello:** …………………………………………………..

# DESCRIPCIÓN DEL EDIFICIO – CROQUIS DEL /LOS LOCAL/LES DESTINADOS A CONSULTORIO FISIO/KINÉSICO

#### En la siguiente DECLARACIÓN JURADA deberá expresar la cantidad de ambientes, dimensiones, sala de espera, box, gimnasio, sanitarios, etc. con los que cuenta el lugar a habilitar. (croquis o plano).

**Apellido y Nombres**: ………………………………………………………………………………………………………........

**DNI:** ……………………………………………… **Matrícula:** ………….……. **Tomo:** ……………. **Folio:** ……………...

**Fecha de matriculación:** …......................................

**Firma y sello: ………………………………………………………**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SERVICIO DE FISIOTERAPIA Y KINESIOLOGIA** | **SI** | **NO** |
| **CONDICIONES GRALES DEL ESTABLECIMIENTO** |  |  |
| Es una institución Monovalente |  |  |
| Es una institución Polivalente |  |  |
| Con internación |  |  |
| Sin internación |  |  |
| Cuenta con plano y construcción aprobada por autoridad competente |  |  |
| **ACCESIBILIDAD FISICA - ACCESOS Y CIRCULACION** |  |  |
| El área está ubicada en planta baja |  |  |
| En caso de tratarse de edificios en planta alta cuenta con ascensor/es y/o rampas. |  |  |
| El ascensor tiene dimensiones suficientes para permitir el acceso de silla de ruedas. |  |  |
| Cuenta con correderos de acceso y circulación amplios. |  |  |
| Los accesos permiten el control de ingreso y están identificados. |  |  |
| Sala de espera con asientos suficientes. |  |  |
| Espacio para maniobras sillas de ruedas. |  |  |
| Cuenta con sanitarios. |  |  |
| **CARACTERISTICAS CONSTRUCTIVAS** |  |  |
| Los pisos son resistentes al desgaste, lisos, antideslizantes, lavables, impermeables y de material ignifugo. |  |  |
| Las instalaciones aseguran el abastecimiento adecuado y continuo de electricidad y fluidos. |  |  |
| Las paredes son de superficies lavables lisas, sin molduras, aislantes y resistentes al fuego. |  |  |
| Los cielorrasos son de superficie lisas aislantes y resistentes al fuego (no madera ni sus derivados ni Telgopor**)** |  |  |
| **INSTALACION ELECTRICA** |  |  |
| Línea eléctrica para iluminación y alimentación de electro-aparatos con descarga  tierra e interruptores de seguridad |  |  |
| **CONDICIONES DE SEGURIDAD** |  |  |
| Cuentan con un plan de emergencia |  |  |
| Cuenta con instalaciones validadas por autoridad competente |  |  |
| Cuenta con matafuegos del tipo adecuado. |  |  |
| **EQUIPAMIENTO** |  |  |
| Cuenta con box para atención kinésica. |  |  |
| Escritorio y sillas en cantidad suficiente. |  |  |
| Camillas. |  |  |
| Equipo generador de ondas de forma variadas para aplicar estimulación, electro  analgesia e iontoforesis. |  |  |

**Apellido y Nombres**:…………………………………………………………………………..………………………………………........

**DNI:** ………………………………………..………………… **Matrícula:** ………….…. **Tomo:** ……………. **Folio: ..**……………...

**Fecha de matriculación:** ………………………………...

**Firma y sello:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **SI** | **NO** |
| Nebulizador/es y aspirador. |  |  |
| Tubo/s de oxígeno. |  |  |
| Estetoscopio. |  |  |
| Elementos y/o aparatos para reeducación respiratoria. |  |  |
| Almohadones para drenaje. |  |  |
| Bicicleta fija. |  |  |
| Colchonetas. |  |  |
| Paralelas. |  |  |
| Espaldar. |  |  |
| Pesas y/o bolsas de arena de pesos variados. |  |  |
| Poleas. |  |  |
| Escalera de gimnasio. |  |  |
| Pelotas de diversos tamaños. |  |  |
| Balones terapéuticos. |  |  |
| Rolos y almohadas de distintos tamaños. |  |  |
| Cuñas- elementos posturales para control de posición. |  |  |
| Rampa/s |  |  |
| Bancos de distintas alturas. |  |  |
| Espejo móvil o fijo. |  |  |
| Mesa de bipedestación |  |  |
| Bipedestadores. |  |  |
| Tablas de transferencia. |  |  |
| Plano de marcha inclinado. |  |  |
| Muletas graduables. |  |  |
| Andadores comunes. |  |  |
| Bastones. |  |  |
| Sillas de ruedas. |  |  |
| **MARCO DE FUNCIONAMIENTO** |  |  |
| Confecciona registro de datos del paciente y del médico derivador, plan  terapéutico, evolución y epicrisis. |  |  |
| Dispone de normas, rutinas y procedimientos de actuación profesional en  rehabilitación, (protocolo). |  |  |
| Se llevan registros de atención e historia clínica. |  |  |
| **TIENE CONTRATO ESCRITO** |  |  |
| Con empresas de traslados de emergencia. |  |  |
| Con empresas para derivar los residuos patológicos. |  |  |
|  |  |  |

**Apellido y Nombres**:……………………………………………………………………………………………….……………........

**DNI:** …………………………………………………… **Matrícula:** ………….…. **Tomo:** ……………. **Folio: ..**……………...

**Fecha de matriculación:** ………………………………..

**Firma y sello:**

LAS HOJAS DE LA GRILLA DEBEN ESTAR COMPLETAS POR SI O POR NO.