



**FORMULARIO**

**FORMULARIO PARA LA INCORPORACION DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**

Revisión: 1

**1. INFORMACIÓN SOBRE EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD A INCORPORAR**

**1.1. Nombre del Establecimiento:**

**1.2. Código SIISA:**

**1.3. Domicilio:** (Calle / Ruta. Indicar nombre completo, intersecciones, número. Si no existieran nombres de calles indicar referencias locales: escuelas, policía, etc. Si fuera sobre ruta, indicar kilómetro)

**Localidad:**

**Municipio:**

**Departamento:**

**Provincia:**

**Código Postal:**

**Teléfono** (del Establ. o de ref.): (      )

**1.4. Dependencia:**

Nacional  Provincial  Municipal

**1.5. Horario de atención a pacientes:**

**1.6. Horario de recepción de medicamentos:**

**1.7. Consultas Médicas Mensuales:**

**1.8. Horas Médicas Semanales:**

**1.9. Horas de Enfermería Semanales:**

**1.10. Tiene Farmacia o Depósito?**

SI  NO

**1.11. Cantidad de camas:**

**2. DATOS DEL PERSONAL RESPONSABLE DE LA RECEPCION DE LOS BOTIQUINES**

**2.1. Apellido y Nombre**

**Tipo y Número de Documento**

**Cargo**

**2.2. Apellido y Nombre**

**Tipo y Número de Documento**

**Cargo**

**2.3. Apellido y Nombre**

**Tipo y Número de Documento**

**Cargo**

**Firma del Solicitante:**

**Aclaración de Firma:**



FORMULARIO

FORMULARIO PARA LA INCORPORACION DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

Revisión: 1

Cargo:

Fecha:

Firma del Responsable Provincial:

Información relevante para completar el Formulario de Incorporación de Establecimientos de Salud

- 1.1. **Nombre del Establecimiento:** se refiere al nombre completo del Centro de Salud
- 1.2. **Código SIISA:** para ser incorporado al Programa, previamente debe ingresarse el Establecimiento de Salud al Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino.
- 1.3. **Domicilio:** debe registrarse en este campo el domicilio exacto del Establecimiento. Si las calles de la localidad no tuvieran nombre, es necesario registrar una referencia local de ubicación. Ej. "Calle de entrada S/N, al lado de la iglesia", "Calle principal S/N, en frente de la Escuela N° XX", etc. En el caso que el Centro de Salud se encuentre ubicado sobre una ruta, deberá consignarse el km. Ej. "Sobre Ruta 9, km 125" o "Sobre Ruta 9, 25 km al N de Capital Federal"  
**Teléfono:** Si el centro de salud no dispusiera de un número telefónico, se solicita informar algún teléfono de referencia (municipalidad, cabina pública, médico del caps, etc.)
- 1.10 **Tiene Farmacia / Depósito:** Se solicita se consigne si el Centro de Salud dispone de un lugar seguro para guardar los medicamentos (sin humedad, con llave, etc.)
2. **Responsables:** Se solicita se designen como mínimo dos responsables por la recepción, guarda y administración del botiquín. Es importante tener en cuenta que el botiquín será entregado únicamente a los responsables que se hayan informado y ante la presentación del documento de identidad. Es por ello que se sugiere designar como responsables al personal que trabaja a diario en el centro.

**Condiciones mínimas para que el establecimiento sea incorporado al Programa:**

- Ser Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS), priorizando los situados en zonas de mayor pobreza, de acuerdo al último Censo disponible o a partir de la información relevada en las provincias con posterioridad;
- Realizar un promedio de consultas mensuales de 300 o más;
- Ofrecer por lo menos 16 horas semanales de atención médica y 6 horas semanales de enfermería profesional o auxiliar;
- Contar con un depósito seguro y confiable donde guardar la mercadería entregada por el Programa.
- No cobrar bajo ningún concepto las consultas médicas ni los medicamentos.

Se informa que los establecimientos de salud serán visitados por personal del Programa, a los fines de verificar los datos consignados en la planilla.