

REGISTRO NACIONAL DE HOSPITALES PUBLICOS  
DE GESTION DESCENTRALIZADA

(Formulario de inscripción)

Nombre del Establecimiento:

Domicilio: Calle

Nº

Localidad:

Código postal

Departamento:

Provincia:

Teléfono:

Fax:

E-Mail:

Nombre y Apellido del Director:

Profesión del Director:

Número de matrícula:

Ministerio o Colegio de Ley que otorgo matricula:

Dependencia Administrativa del establecimiento

(marcar con una **X** - solo puede ser **una** de estas categorías):

- Nacional
- Provincial
- Municipal
- Universitaria
- Fuerzas Armadas
- Otros (aclarar)

Tipología del establecimiento (RM 267/03)

(marcar con una **X** – solo puede ser **una** de estas categorías):

- Establecimiento para la salud con internación general (ESCIG)  
Cantidad de camas de dotación:.....
  
- Establecimiento para la salud con internación especializada (ESCIE)  
Cantidad de camas de dotación:.....
  
- Establecimiento para la salud sin internación de diagnóstico y tratamiento (ESSIDT  
– CAPS)
- Establecimiento para la salud sin internación de diagnóstico (ESSID)
- Establecimiento para la salud sin internación de tratamiento (ESSIT)
- Establecimiento para la salud complementario (ESCL)

Firma y sello del Director