 <p>DIRECCION GENERAL DE FISCALIZACION SANITARIA</p>	Requisitos para habilitar Consultorios y Centros Odontológicos			Página 1 de 4
	<i>Dirección General de Fiscalización Sanitaria</i> SIPROSA			
	Registro	RG 49 DFSS	Rev. 03	

Requisitos para HABILITAR

1. **Nota por duplicado (RG 41 DFSS)** dirigida al Jefe del DFSS solicitando Habilitación del establecimiento indicando: (esta nota tiene características de Declaración Jurada)
 - Domicilio del establecimiento (en el mismo se realizarán las notificaciones oficiales)
 - Propietario
 - Director Responsable (Nombre y Apellido, DNI, N° de Matrícula Profesional)

IMPORTANTE:

En caso de poseer Equipo de Rx, mamógrafo, ecógrafo, tomógrafo, RMN. Láser, etc. debe declararlos en la nota. (Marque donde corresponde)

En caso negativo marque donde así lo indica (Tiene carácter de declaración jurada)

(Debe solicitar requisitos para estos equipos en División Radiofísica Sanitaria - Lavalle 532-)

Firmada y sellada por el Profesional Responsable de la Institución.

Aclaración:


- Profesionales NO matriculados por esta Dirección:

Odontólogos: deberán presentar copia autenticada del título por entidad académica emisora y constancia de Matrícula y de Ética original y actualizada emitida por el Colegio Respectivo (vigencia 6 meses).

- En el caso de profesionales matriculados por esta Dirección adjuntar:

Constancia original de Matrícula, actualizada de las **Asistentes Dentales**, emitida por División Registro y Matrícula de DGFS (vigencia 6 meses)

2. **Nómina de profesionales** (Listado de todo el personal de salud matriculado que trabaja en la institución), indicando para cada uno:
 - a. Nombre y Apellido
 - b. N° de Matrícula,
 - c. Teléfono fijo/celular,

	Requisitos para habilitar Consultorios y Centros Odontológicos			Página 2 de 4
	<i>Dirección General de Fiscalización Sanitaria</i> SIPROSA			
	Registro	RG 49 DFSS	Rev. 03	

- d. Correo Electrónico,
- e. Días y Horarios de Atención

Firmada y sellada por el Profesional Responsable de la Institución.

3. **Prestaciones que se realizarán** (Carta de Servicios) Incluya todas las prestaciones que se brindarán.

Firmada y sellada por el Profesional Responsable de la Institución.

4. **Costos:**

- i. Comprobante de Depósito Bancario/Transferencia en cuenta:

1. CBU2850607030000007620565 o
2. Cuenta N° 3-6070000076205/6
3. Alias: SERV.SALUD


Según tipo y Nivel del Establecimiento.

\$.....

- ii. Formulario nº 924 (DGR) Comprobante de depósito

- Odontólogos.....\$ 10
- Médicos.....\$ 30
- Bioquímicos.....\$ 80

5. **Certificado de Cumplimiento Fiscal (D.G.R)** a nombre del titular o Director del Servicio.
6. **Razón Social del Establecimiento:** Original y copia de contrato de S.R.L./S.A.
7. **Derecho a uso:** Presentar original y copia de: Escritura, Contrato de Locación, Comodato o Cesión Legal, según corresponda a cada caso referido al Local donde funciona el Servicio. Sellado por D.G.R.
8. **2 Planos del Establecimiento** en Escala 1:50 o 1:100, según las reglas del dibujo Técnico, con espesor de muros, cotas de medidas, indicando accesos, Sala de espera, consultorios, sanitarios, etc. Los planos deberán estar actualizados al momento de la Inspección.
9. **Contrato de Tercerización** de Servicios si corresponde.
Si es generador de Residuos Patogénicos:

	Requisitos para habilitar Consultorios y Centros Odontológicos			Página 3 de 4
	<i>Dirección General de Fiscalización Sanitaria</i> SIPROSA			
	Registro	RG 49 DFSS	Rev. 03	

- Constancia de Inscripción en el Registro Único de Generadores de Residuos Patogénicos de la Provincia (emitida por División Registros y Matrículas de la DGFS)

10. Listado de Servicios/Equipamiento/Instrumental/Muebles:
(discriminado por consultorio en los centros).

- Muebles e Instrumental
- Equipamiento del establecimiento (discriminado por consultorio/servicio/departamento)
- Quirófanos/Nº
- Listado de Consultorios/Departamentos/Servicios. Con Responsable/DNI /Matricula Profesional
- Listado de Comités/Con Responsable/DNI/Matricula Profesional

Todo establecimiento DEBE tener ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS

(Puede ser digital con medidas de seguridad y garantía de inmodificabilidad)

REQUISITOS TÉCNICOS GENERALES

Pueden surgir requisitos específicos durante la Inspección.

SALA DE ESPERA:

Con acceso directo desde el exterior, con comunicación directa con sanitarios, debe poseer matafuegos y luz de emergencia.

CONSULTORIOS:

Dimensiones: 10m², con un lado mínimo de 3m.

Superficies ignífugas, pisos lavables, paredes lisas sin sobre relieves ni molduras, lavables.

Puertas y paredes no transparentes, separadas de sala de espera y de otros consultorios, por tabiques completos.


Iluminación, ventilación y aireación adecuadas.

Si hubiera Laboratorio de Técnico Protésico Dental adjunto, NO DEBERÁ tener comunicación con sala de espera.

Exponer títulos.

Cartelería indicando sectores.

EQUIPAMIENTO:

	Requisitos para habilitar Consultorios y Centros Odontológicos				Página 4 de 4
	<i>Dirección General de Fiscalización Sanitaria</i> SIPROSA				
	Registro	RG 49 DFSS	Rev. 03	Vigencia: Feb 2024	

Equipo Odontológico completo,

Lavabo,

Sistema de esterilización acorde a la complejidad del servicio,

Compresor,

Porta residuos con bolsa roja y negra, descartador de agujas, detergente enzimático, materiales de bioseguridad, registro de pacientes.

Condiciones higiénico sanitarias adecuadas para el funcionamiento del servicio.