

DECLARACION JURADA PRESTADOR
KINESIOLOGÍA- I NIVEL AMBULATORIO

UGL:

Fecha

EFECTOR:

Domicilio

Localidad

CUIT

Número UP:

Teléfono /Fax

Número de SAP:

Cód. Prestador:

E Mail:

Tipo de institución

- Privado

- Público

- Otra (especificar)

Tipo de servicio: (marcar la opción que corresponda)

- Institución monovalente

- Servicio Integrado a un establecimiento asistencial (en caso afirmativo indicar denominación)

Fue prestador del INSSJP (responder en caso de que no sea actualmente prestador. Aclarar hasta cuándo y porque suspendió la atención)

Responsable/s del Establecimiento:

Director médico:

Habilitaciones,	Número
Habilitación municipal	
Habilitación Salud Pública	
Habilitación de Láser (Resol. 1271/01 art. 1)	
Inscripción en S.S.S. - N°	

Inscripción como generador de residuos patológicos, contrato vigente, constancia de recolección y frecuencia de la misma, de acuerdo con normativa vigente	
--	--

Documentación	Cía aseguradora	Num Póliza	Vigencia
Seguro de responsabilidad civil:			
Seguro de mala praxis			
Seguro contra incendios			
ART			

GRATUIDAD DE LAS PRESTACIONES
Las prestaciones son gratuitas
Se exhibirá cartel de gratuidad en lugar visible

Integra Red de prestadores:

SI - NO En caso positivo completar los datos relativos a la Red por cada boca prestacional:

Denominación	
Domicilio de la sede	
Área geográfica que abarca	

Requisitos	Nivel de resolución			
	Baja		Mediana	
	Si	No	Si	No
Estructura				
Disyuntor y llaves térmicas que protejan el sector.				

Sin barreras arquitectónicas (posibilidad de acceso de silla de ruedas/ muletas, rampas, pasamanos y piso antideslizante)				
Sala de espera con sillas suficientes para pacientes.				
Baños adaptados para personas con movilidad reducida.				
Lavabo y/o baño anexo.				
Áreas Terapéuticas				
• 2 boxes				
• 4 boxes				
Gimnasio de ejercitación:				
Cuenta con <ul style="list-style-type: none"> • pasamanos perimetrales, • bicicletas, • poleas. • ruedas • elementos de marcha • Nebulizador, • Láser, • Magneto y • Corrientes/ Tens, etc. • Estetoscopio y tensiómetro • US, • OC, • IR, • Magneto 			-	-
Registro de verificaciones periódicas programadas y arreglos imprevistos de los aparatos de fisioterapia (con fecha c/ 6 meses)				
Insumos (algodón, alcohol, vaselina, parafina, geles, cremas, vendas elásticas, etc.)				
Recursos humanos				

• 20 Hs. semanales				
• 40 Hs. semanales				
Kinesiólogo domiciliario.				
Recepcionista.				
Funcionalidad				
Planillas de turnos.				
Fichas kinésicas (con Antecedentes del paciente. Evaluación semiológica, Evolución diaria, con registro de signos y síntomas y Evaluación final)				
Ejercicios de AVD.				
Implementación de Protocolos (Cardio-resp. Traumatológicos, Neurológicos, etc.) (*)				
Cumplimiento de la UPK.				
Registro de pacientes en atención domiciliaria.				
Bioseguridad				
Elementos de barrera (guantes descartables/ barbijos/ lentes).				
Elementos para higiene de manos.				

REFERENCIAS

(1) Actualizada o en trámite desde no más de 90 días.

(2) Póliza vigente.

Deberá anexarse listado completo de TODO el personal conforme al siguiente detalle. Firmando todas las hojas.

	Nombre y apellido	Número Matrícula	Especialidad	Inscripción en SSS
Jefe de servicio				
Profesional				
Médico especialista				
Lic en Kinesiología				



*Instituto Nacional de Servicios Sociales
para Jubilados y Pensionados*

0416-17-

Administrativo				
----------------	--	--	--	--

Los datos consignados en la presente declaración revisten el carácter de Declaración Jurada y estarán sujetos a revisión o auditoría por parte del INSSJP.

Responsable



Firma