

Ministerio de Salud
Dirección General de Salud Pública
Departamento de Instalaciones y Servicios de Salud a la Población

Formulario de Inscripción al Sistema Único de Habilitación de Instalaciones de Salud

1. DATOS GENERALES DE LA INSTALACIÓN DE SALUD

- Nombre de la instalación: _____
- Registro único: _____ (*Espacio para uso del MINSA*)
- Tipo de solicitud: ☐ Nueva ☐ Renovación
En caso de solicitar renovación, adjuntar resolución anterior que otorga el permiso de operación y funcionamiento.
- Tipo de instalación de salud:

Instalación Privada

- | | | |
|-----------------------------------|--|--|
| ☐ Hospital | ☐ Centro Médico | ☐ Consultorio |
| ☐ Clínica | ☐ Laboratorio | ☐ Servicio de Salud |

Instalación Pública

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Puesto de Salud | ☐ MINSA-CAPSI | ☐ Instituto de Salud |
| ☐ Sub-centro de Salud | ☐ Policlínica/Policentro | ☐ Otras instalaciones de |
| ☐ Centro de Salud | ☐ Hospital | CSS _____ |

Estatus de operación:

- | | |
|--|---|
| ☐ Anteproyecto | ☐ Nueva (construida, no operativa) |
| ☐ En Construcción | ☐ Operativa (en funcionamiento) |

- Teléfonos: _____
- Correo electrónico: _____
- Página web: _____
- Dirección: _____
- Provincia: _____ Corregimiento: _____

Ubicación de la instalación

- Finca: _____
- Tomo: _____ Folio: _____

2. INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL

- Nombre Completo: _____
- Cédula de Identidad Personal: _____
- Teléfono de Contacto: _____
- Correo Electrónico: _____

3. INFORMACIÓN LEGAL Y ADMINISTRATIVA

Certificado de Operación:

- No. de aviso de operaciones: _____
- Fecha de inicio de operaciones: _____

4. DESCRIPCION DE LA INSTALACION DE SALUD

Detalle de las diferentes áreas de atención (si ofrece el servicio), servicios auxiliares y de apoyo en que se divide la instalación de salud (marque todos los que correspondan):

- ☐ Área de registros médicos o archivo clínico
- ☐ Área de recepción de pacientes con sus facilidades.
- ☐ Área de consultorios
- ☐ Cuartos de urgencia
- ☐ Salas de hospitalización con estación de enfermería y espacios para trabajo limpio y sucio (cuarto de procedimiento, área de almacenamiento de insumos y materiales, cuarto séptico, cuarto de aseo, área de almacenamiento de ropa sucia y desechos bioinfecciosos).
- ☐ Salón de operaciones
- ☐ Unidad de cuidados intensivos
- ☐ Sala de labor y partos
- ☐ Área de neonatología
- ☐ Central de esterilización
- ☐ Servicio de Odontología.
- ☐ Área de farmacia (servicio al público de dispensación de productos farmacéuticos).

- ☐ Área de radiología e imagenología.
- ☐ Área de laboratorio clínico.
- ☐ Área de fisioterapia
- ☐ Banco de sangre
- ☐ Área de hemodiálisis
- ☐ Área de morgue
- ☐ Área de nutrición y dietética
- ☐ Área para almacenamiento de equipos e insumos médico-quirúrgicos.
- ☐ Área de lavandería
- ☐ Área de aseo y mantenimiento
- ☐ Área para gestión de residuos sólidos hospitalarios con área de almacenamiento temporal de los residuos comunes y peligrosos
- ☐ Servicio de ambulancias
- ☐ Otras áreas o servicios de la instalación de salud:

5. Declaración y Firma

Declaro bajo juramento que la información consignada en este formulario es veraz y que la instalación de salud cumple con los requisitos legales, técnicos y administrativos exigidos por la normativa vigente.

Nombre completo: _____

Firma del Representante Legal: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

Nombre de quien recibe en el MINSA: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

Instalación: SUH