



**DOC XA PROFESIONAL**

### **ACREDITACIÓN DE PROFESIONALES**

A los efectos de utilizar las instalaciones y equipamiento del IORL ARAUZ, todo profesional de la salud deberá solicitar autorización por única vez al Director Médico, adjuntando la siguiente documentación:

- 1) Currículum resumido: Datos personales: Nombre y Apellido según DNI, DNI, CUIL, Domicilio particular y de consultorio completo, localidad, Teléfono fijo, Celular.
- 2) DNI (vigente) copia simple (anverso y reverso). Exhibir original.
- 3) Título de Médico/Fonoaudiología/Enfermero/Instrumentadora/Kinesiología/Tecnicatura. Copia simple (anverso y reverso). Exhibir original.
- 4) Título de Médico Especialista. Copia simple (anverso y reverso). Exhibir original. (Sólo para Médicos)
- 5) Constancia de registro de especialidad médica en el Ministerio de Salud de la Nación. Copia simple (anverso y reverso). Exhibir original. Deberá presentar el certificado correspondiente a la especialidad que posea en el sello. (Sólo para Médicos)
- 6) Matrícula nacional. Copia simple (anverso y reverso). Exhibir original.
- 7) Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores (vigente) Copia simple. (En el caso de realizar la acreditación para el Servicio de Demanda Espontanea y Guardia no es obligatorio. En el caso de ser anestesiólogo o médico terapeuta, tampoco.)
- 8) Seguro de mala praxis de un Compañía de Seguros vigente (no de un Colegio de Médicos) copia simple, cuya suma asegurada debe ascender a \$1.000.000 para quienes ejercer su profesión solo en Consultorio, debe ascender a \$2.000.000 para quienes ejercen su profesión en quirófano, debe ascender a \$500.000 para Fonoaudiología/Enfermero/Instrumentadora/Kinesiología/Tecnicatura, la cual debe ser actualizada anualmente al renovarse la póliza.
- 9) Constancia de Inscripción en AFIP. Copia simple. En el caso de realizar la acreditación para el Servicio de Demanda Espontanea y Guardia no es obligatorio. En el caso de ser anestesiólogo o médico terapeuta, tampoco.)
- 10) Constancia de Vacunación contra Hepatitis B (debe contener las 3 dosis aplicadas y no debe superar los 10 años desde la última dosis) o serología.
- 11) Constancia de registro de firma de Certificado de Defunción en el Registro Civil y Capacidad de las Personas (anverso y reverso). (Sólo para Médicos Cirujanos/terapeuta/cardiólogo).

**Recepción de documentación:** Sector Acreditaciones- Por consultas o envío de documentación podrá hacerlo vía mail a: [acreditaciones@iorlarauz.com.ar](mailto:acreditaciones@iorlarauz.com.ar)

Además el profesional deberá presentar la siguiente documentación (que deberá solicitar al Jefe de área):

- 1) Formulario de Autorización para ejercer expedido por el Ministerio de Salud de la Nación.  
Una vez que complete el formulario de autorización para ejercer, deberá proceder a certificar su firma (donde dice "FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL") ante Escribano Público/ Entidad Bancaria/Secretario de un Juzgado. (El formulario deberá firmarlo en el momento de la certificación). Imprimir doble faz en una sola hoja.  
El costo de dicha certificación estará a cargo del médico solicitante.
- 2) Una hoja de recetario con el membrete del Instituto Otorrinolaringológico Arauz firmada y sellada.
- 3) Formulario de "Registro de Firma y datos personales"
- 4) Formulario de "Entrega de usuario y contraseña"
- 5) "Formulario de Datos básicos de Profesionales"

**LA DOCUMENTACIÓN PRESENTADA DEBERÁ SER LEGIBLE, caso contrario se solicitará nuevamente.** Una vez evaluada la documentación por la Dirección Médica, se comunicará al profesional si está en condiciones de utilizar las instalaciones del IORL Arauz.

Instituto Otorrinolaringológico Arauz  
Tte. Gral. Juan D. Perón 2150, CABA, 1040  
[www.iorlarauz.com.ar](http://www.iorlarauz.com.ar)  
[acreditaciones@iorlarauz.com.ar](mailto:acreditaciones@iorlarauz.com.ar)  
Acreditaciones: 2206-1450 Int. 1081  
Dirección Médica: 2206-1450 Int. 1212

Solicitud de **AUTORIZACIÓN PARA EJERCER EN UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD**A la **DIRECCIÓN NACIONAL de HABILITACIÓN, FISCALIZACIÓN y SANIDAD de FRONTERAS:**

<b>Datos del Establecimiento</b>	
Tipo de establecimiento	Instituto con Internación
Razón social o Nombre de fantasía	Instituto Otorrinolaringológico Arauz S.A.
CUIT	33-54586484-9
Calle y número	Tte. Gral. Juan Domingo Perón 2150 o 2238 o Uriburu 177 (Tachar lo que no corresponde)
Piso	-/-/ 1 A, 1B, 2A y 2B (Tachar lo que no corresponde)
Departamento/UF	-/ 1 y 2/ 2,3,4 y 5 (Tachar lo que no corresponde)
Código postal	1040/1040/ 1027 (Tachar lo que no corresponde)
Teléfono del Establecimiento:	2206-1450

<b>Declaración</b>
<b>Información sobre el Establecimiento: (marcar con una X)</b>

No tiene habilitación	
No tiene habilitación, pero se encuentra en trámite.	Indicar N° de Expediente donde tramita la Habilitación: _____
Está Habilitado (Tachar lo que corresponda)	Indicar N° de Disposición de Habilitación: 2881.2019/2994.2016 _____
<b>Realizó modificaciones en la estructura del establecimiento y/o en las condiciones originales que dieron lugar a la habilitación oportunamente otorgada (Artículo 37° de la ley 17.132)?</b>	SI: <input checked="" type="checkbox"/> _____ NO: _____

<b>Titular/es del Establecimiento</b>	
Nombre completo	Andrés
Apellido completo	Blanco
CUIT/CUIL	20-23630051-0
Calle y número	Williams (Barrio Los Ceibos) 1809
Piso	-
Departamento/UF	UF 88
Código postal	1642
Profesión	Médico
N° de matrícula	101.907
Especialista en:	Clínica Médica, Terapia Intensiva y Cardiología

Profesional a autorizar	
Nombre Completo	
Apellido Completo	
CUIT	
Calle y número	
Piso	
Departamento/UF	
Código postal	
Profesión	
Matricula N°	
Especialista en:	
Teléfono particular	
Correo electrónico	

**Declaración**

Manifestamos en carácter de Declaración Jurada haber tomado conocimiento de los términos de la Ley N° 24.151 y encontrarnos a la fecha de la suscripción de la presente inmunizados/as contra la Hepatitis B mediante la aplicación de vacuna aprobada por la autoridad sanitaria nacional.

**DECLARO BAJO JURAMENTO LA VERACIDAD DE TODOS LOS DATOS CONSIGNADOS.**

Firma y sello del Titular

del IORL Arauz

Firma y sello del Profesional



**REGISTRO DE FIRMA Y DATOS PERSONALES**

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Instituto Otorrinolaringológico Arauz,  
Sr. Director Médico  
S \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ D

De mi mayor consideración,

El/la que suscribe, \_\_\_\_\_, en mi carácter de \_\_\_\_\_, tengo el agrado de dirigirme al Sr. Director Médico de la Institución, a los fines de **autorizar** el uso de mis datos personales, Nombre y Apellido, DNI, Matricula Nacional y Firma de mi puño y letra para ingresarlos al sistema electrónico de salud de la Institución (el sistema) y **generar mi firma electrónica** para uso exclusivo de este sistema y para asociarla a la cuenta de mi usuario en este sistema, a los efectos de la confección de las Historias Clínicas Electrónicas de este sistema.

**FIRMA**

*(La firma no debe sobrepasar los límites del recuadro y no se debe colocar el sello)*

Nombre y Apellido (Como surge del sello):

DNI:

Matrícula Nacional:



## ENTREGA DE USUARIO Y CONTRASEÑA

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Estimado/a Dr./a/Lic. \_\_\_\_\_

A los efectos de generar la firma electrónica por Ud. autorizada para el sistema de salud de la Institución en el *Formulario de Datos Básicos* y en *Registro de Firma y de Datos Personales*, para que sólo Ud. la utilice, se le hace entrega del **usuario** \_\_\_\_\_ y contraseña. La contraseña de este usuario es personal e intransferible, por lo que se le solicita que en el plazo de siete (7) días corridos, la modifique. Caso contrario, cualquier divergencia en el contenido de la Historia Clínica será de su exclusiva responsabilidad.

Dr. Andrés Blanco  
Director Médico

### **Recepción y Aceptación de Usuario y Contraseña:**

Firma:

Sello:



DOC XA IORL

**FORMULARIO DE DATOS BÁSICOS DE PROFESIONALES**

Para incorporar al Sistema Electrónico de Salud para la firma electrónica  
(COMPLETAR CON LETRA LEGIBLE)

**NOMBRE Y APELLIDO:** \_\_\_\_\_

**DNI:** \_\_\_\_\_

**DOMICILIO:** \_\_\_\_\_

**LOCALIDAD:** \_\_\_\_\_

**C.P.:** \_\_\_\_\_

**TELÉFONO:** \_\_\_\_\_

**CELULAR:** \_\_\_\_\_

**MAIL:** \_\_\_\_\_

**C.U.I.L / C.U.I.T. (Marcar lo que corresponda)** \_\_\_\_\_

**PROFESIÓN:** \_\_\_\_\_

**ESPECIALIDAD:** \_\_\_\_\_

**Nº DE MATRÍCULA NACIONAL:** \_\_\_\_\_

**Nº DE MATRÍCULA PROVINCIAL:** \_\_\_\_\_

**PROFESIONAL AL QUE ASISTE:** \_\_\_\_\_

**PLAN DE PROFESIONAL EN SISTEMA ALGORITMO:** \_\_\_\_\_

**FIRMA:** \_\_\_\_\_

**ACLARACIÓN:** \_\_\_\_\_

**FECHA:** \_\_\_\_\_