

SUBDEPARTAMENTO DE PROFESIONES MÉDICAS Y FARMACIA

SOLICITUD

Santiago,.....

1. IDENTIFICAR EL TIPO DE ESTABLECIMIENTO			
1.1 Hospital		1.8 Serv. Traslado Enfermo	
1.2 Clínica		1.9 Serv. Traslado Aéreo	
1.3 Pabellón Cirugía Menor		1.10 E. L. E. A. M.	
1.4 Sala de Procedimientos		1.11 Establecim. de Óptica	
1.5 Laboratorio Clínico		1.12 Laboratorio Dental	
1.6 Sala Ext. Toma Muestra		1.13 Recinto para desarrollo de Pract. Médicas Alternat.	
1.7 Centro de Diálisis			
			1.14 Centro de Tratam. y Rehabilitación de personas con consumo Perjudicial o Dependencia alcohol y/o drogas
			1.15 Institutos de Belleza
			1.16 Otros

IDENTIFICAR EL MOTIVO DE SOLICITUD QUE DESEA COMPLEMENTAR					
PROYECTO/PLANO	INSTALACIÓN	FUNCIONAMIENTO	MODIFICACION	TRASLADO	OTRO

SOLICITA COMPLEMENTAR ANTECEDENTES	
1. Identificación Establecimiento	
Nombre del Establecimiento	
Nombre de Fantasía	
Dirección	
Comuna	
N° Ingreso	
Fecha de Ingreso	
Documento 1	
Documento 2	
Documento 3	
Documento 4	
Nombre Inspector	

2. IDENTIFICAR EL TIPO DE ESTABLECIMIENTO DEL CUAL REQUIERE COPIA DE RESOLUCIÓN			
2.1 Hospital		2.8 Serv. Traslado Enfermo	
2.2 Clínica		2.9 Serv. Traslado Aéreo	
2.3 Pabellón Cirugía Menor		2.10 E. L. E. A. M.	
2.4 Sala de Procedimientos		2.11 Establecim. de Óptica	
2.5 Laboratorio Clínico		2.12 Laboratorio Dental	
2.6 Sala Ext. Toma Muestra		2.13 Recinto para desarrollo de Pract. Médicas Alternat.	
2.7 Centro de Diálisis			
			2.14 Centro de Tratam. y Rehabilitación de personas con consumo Perjudicial o Dependencia alcohol y/o drogas
			2.15 Institutos de Belleza
			2.16 Otros

SOLICITA COPIA DE RESOLUCION SANITARIA	
2. Identificación Establecimiento	
Nombre del Establecimiento	
Razón Social	
RUT	
Dirección	
Comuna	
N° y Fecha de Resolución	
Representante Legal	
RUN	
Nombre del Solicitante	
RUT	
Teléfono del Solicitante	

NOMBRE Y FIRMA DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL