



FORMULARIO

FORMULARIO PARA LA INCORPORACION DE MEDICOS RADIANTES

Revisión: 1

1. INFORMACIÓN SOBRE CAPS BASE (CAPS REMEDIAR donde se reciben los botiquines del Programa, y desde donde parte su ronda el Médico radiante)

1.1. Nombre y código del Efector:

1.2. Domicilio: (Calle / Ruta. Indicar nombre completo, intersecciones, número. Si no existieran nombres de calles indicar referencias locales: escuelas, policía, etc. Si fuera sobre ruta, indicar kilómetro)

Localidad:

Municipio:

Departamento:

Provincia:

Código Postal:

Teléfono (del Establ. o de ref.): ()

1.3. Dependencia:

Nacional Provincial Municipal

1.4. Horario de atención a pacientes:

1.5. Horario de recepción de medicamentos:

1.6. Consultas Médicas Mensuales:

1.7. Horas Médicas Semanales:

1.8. Horas de Enfermería Semanales:

1.9. Tiene Farmacia o depósito?
 SI NO

1.10. Cantidad de camas:

2. DATOS DEL PERSONAL RESPONSABLE DE LA RECEPCION DE LOS BOTIQUINES (consignar por los menos dos personas responsables para la recepción de los medicamentos de Remediar)

2.1. Apellido y Nombre

Tipo y Número de Documento

Cargo

2.2. Apellido y Nombre

Tipo y Número de Documento

Cargo

2.3. Apellido y Nombre

Tipo y Número de Documento

Cargo

3. DATOS DEL PERSONAL MEDICO QUE EFECTUA LAS GIRAS RADIANTES

3.1. Apellido y Nombre

Tipo y Número de Documento

Matrícula

3.2. Apellido y Nombre

Tipo y Número de Documento

Matrícula



FORMULARIO

FORMULARIO PARA LA INCORPORACION DE MEDICOS RADIANTES

Revisión: 1

3.3. Apellido y Nombre	
Tipo y Número de Documento	
Matrícula	
4. INFORMACIÓN SOBRE LOS LUGARES DONDE EL MEDICO RADIANTE REALIZA LA RONDA (Postas Sanitarias, Áreas de Influencia, Poblados, Escuelas, etc. Completar al menos uno)	
4.1. Nombre:	
Domicilio: (En caso de realizarse las rondas a un lugar fijo: Calle / Ruta. Indicar nombre completo, intersecciones, número. Si no existieran nombres de calles indicar referencias locales: escuelas, policía, etc. Si fuera sobre ruta, indicar kilómetro)	
Localidad:	Municipio:
Departamento:	Provincia:
Código Postal:	Teléfono (del Establ. o de ref.): ()
4.2. Nombre:	
Domicilio: (En caso de realizarse las rondas a un lugar fijo: Calle / Ruta. Indicar nombre completo, intersecciones, número. Si no existieran nombres de calles indicar referencias locales: escuelas, policía, etc. Si fuera sobre ruta, indicar kilómetro)	
Localidad:	Municipio:
Departamento:	Provincia:
Código Postal:	Teléfono (del Establ. o de ref.): ()
4.3. Nombre:	
Domicilio: (En caso de realizarse las rondas a un lugar fijo: Calle / Ruta. Indicar nombre completo, intersecciones, número. Si no existieran nombres de calles indicar referencias locales: escuelas, policía, etc. Si fuera sobre ruta, indicar kilómetro)	
Localidad:	Municipio:
Departamento:	Provincia:
Código Postal:	Teléfono (del Establ. o de ref.): ()

Firma del Solicitante:



FORMULARIO

FORMULARIO PARA LA INCORPORACION DE MEDICOS RADIANTES

Revisión: 1

Aclaración de Firma:

Cargo:

Fecha:

Firma del Responsable Provincial: