

ACTA DE INSPECCIÓN DE

Lugar y fecha:

de

de 202

El/la inspector/ra Médico/a del Colegio de Médicos Dto. 8vo, cuya firma y sello se inserta al pie de la presente y en cumplimiento de lo dispuesto por la Legislación vigente^{1 2 3} se constituye en la calle N°
 localidad y procede a realizar la habilitación del consultorio, constatando el estado de:

Excelente	Muy Bueno	Bueno	Regular	Malo
-----------	-----------	-------	---------	------

El Edificio:

Condiciones Edilicias				
Condiciones Higiénicas				

La Sala de Espera:

Condiciones Edilicias				
Condiciones Higiénicas				
Superficie: metros por metros				
En Comunicación DIRECTA con el Consultorio	SI	NO		

El Consultorio:

Condiciones Edilicias				
Condiciones Higiénicas				
Superficie: metros por metros				
Aislación con cerramiento completo desde el piso al techo	SI	NO		

Tipo de Piso:

Estado de conservación				
------------------------	--	--	--	--

Tipo de Cielorraso:

Estado de conservación				
------------------------	--	--	--	--

Paredes Recubiertas con:

Estado de conservación				
------------------------	--	--	--	--

Muebles de Consultorio:

Describir los existentes:

Baño: SI NO

 Compartido: SI NO

 Condiciones Generales:
 Bueno
 Regular
 Malo

Acceso Directo	Desde Consultorio	S	I	NO			Inodoro:	S	I	NO		
	Desde Sala Espera	SI		NO			Lavamanos:	SI		NO		

Título Habilitante:	Habilitación Anterior:				
Expuesto en: <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black;">Sala de Espera <input type="checkbox"/></td> <td>Original <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black;">Consultorio <input type="checkbox"/></td> <td>Fotocopia <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Sala de Espera <input type="checkbox"/>	Original <input type="checkbox"/>	Consultorio <input type="checkbox"/>	Fotocopia <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <div style="text-align: right; margin-top: 5px;"> Fecha de Realización: / --- / --- / --- / </div>
Sala de Espera <input type="checkbox"/>	Original <input type="checkbox"/>				
Consultorio <input type="checkbox"/>	Fotocopia <input type="checkbox"/>				

Chapa: ⁴ SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Material: <input style="width: 100%;" type="text"/>	Medidas: <input style="width: 100%;" type="text"/>
Especialidad que Ejerce: <input style="width: 100%;" type="text"/>	N°o. Matricula: <input style="width: 100%;" type="text"/>	

Publicidad que se observa: ver nota al pie de página N° 4

NO se observa

¹ Según Ley de Colegiación 5413/58-Reglamento de Anuncios y Publicidad. Resolución Ministerial 3740/78. Decreto 3280/90-Res. Ministerial 1930/91. Resolución 567/04 del Consejo Superior del Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires.
² Resolución Ministerial N° 3057/09 sobre **Habilitación de POLICONSULTORIOS**, reconociendo convenio Ministerio de Salud /Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires del año 2007.
³ Res.2519/15 Ministerio de Salud. Prov. Bs. As. Policonsultorios Art. 6 y 7
⁴. Se debe aconsejar que la misma no se coloque hasta la habilitación. Sí debe ser exhibida al Medico Inspector

ACTA DE INSPECCIÓN DE

Se hace constar que el/la Inspector/a Medico/a actuante está facultado para efectuar las inspecciones y diligencias que fuera menester para el mejor desempeño de sus funciones necesarias para la habilitación, contralor y fiscalización de los consultorios médicos en toda el área de la Provincia de Buenos Aires, así como verificar el cumplimiento de las normas establecidas por el Ministerio de Salud de la Provincia sobre el particular, las correspondientes a la Ley de Colegiación (Decreto Ley 5413/58), los requisitos edilicios según Decreto 3280/90-Resolucion Ministerial 1930/91 y la Resolución N° 567/04 del Consejo Superior del Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires.-----

El mismo deberá hacer entrega de una de las copias de la presente acta al interesado, que firmara la misma, o en su caso el inspector actuante hará constar su negativa. El Original y una de las copias deberá remitirse al Colegio de Distrito. La copia se remitirá al Consejo Superior y el Original se archivara por orden cronológico en sede distrital.-----

En caso de inutilizarse por cualquier causa la presente acta, deberá igualmente ser remitida al Colegio de Distrito y Consejo Superior con la firma del Inspector/a actuante, o del algún miembro de la Mesa Directiva del respectivo Colegio, haciéndose saber las causas de dicha inutilización.-----

A los fines pertinentes y para constancia, se extiende la presente por triplicado, en el lugar y fecha mencionados.-----

2

Resumen del Inspector/a:

Lugar y Fecha:

Se encuentra en condiciones de ser habilitado "ad referéndum" de resolución de la "Comisión de Anuncios y Publicidad".

SI

NO

(Redondee lo que corresponde)

En caso de no ser habilitado detallar los motivos:

A completar por el Profesional a quien se habilita. Solicito dar de baja los Consultorios habilitados con anterioridad:

NO

SI, a todos

SI, a todos, excepto al situado en.....

(Redondee la opción que elija)

Firma y sello del profesional a quien se habilita

Firma y sello del Medico/a Inspector/a

ACTA DE INSPECCIÓN DE

Se hace constar que el/la Inspector/a Medico/a actuante está facultado para efectuar las inspecciones y diligencias que fuera menester para el mejor desempeño de sus funciones necesarias para la habilitación, contralor y fiscalización de los consultorios médicos en toda el área de la Provincia de Buenos Aires, así como verificar el cumplimiento de las normas establecidas por el Ministerio de Salud de la Provincia sobre el particular, las correspondientes a la Ley de Colegiación (Decreto Ley 5413/58), los requisitos edilicios según Decreto 3280/90- Resolución Ministerial 1930/91 y la Resolución N° 567/04 del Consejo Superior del Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires.-----

El mismo deberá hacer entrega de una de las copias de la presente acta al interesado, que firmara la misma, o en su caso el inspector actuante hará constar su negativa. El Original y una de las copias deberá remitirse al Colegio de Distrito. La copia se remitirá al Consejo Superior y el Original se archivara por orden cronológico en sede distrital.-----

En caso de inutilizarse por cualquier causa la presente acta, deberá igualmente ser remitida al Colegio de Distrito y Consejo Superior con la firma del Inspector actuante, o del algún miembro de la Mesa Directiva del respectivo Colegio, haciéndose saber las causas de dicha inutilización.-----

A los fines pertinentes y para constancia, se extiende la presente por triplicado, en el lugar y fecha mencionados.-----

3

Resumen del Inspector/a:

Lugar y Fecha.....

El Consultorio de.....

Sito en.....

Se encuentra en condiciones de ser habilitado **“ad referéndum”** de resolución de la “Comisión de Anuncios y Publicidad” .

SI - NO

(En caso de NO describa los motivos)

Firma y sello del profesional a quien se habilita

Firma y sello del Medico/a Inspector/a