



Depto. de Acción Sanitaria  
Unidad de Profesiones Médicas y Farmacia

### SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE LABORATORIOS DENTALES

N° DE SOLICITUD:

<b>I.- ANTECEDENTES</b>		
<b>Nombre del establecimiento:</b>		
Dirección:		
Sector o población:		Comuna:
R.U.T:	Fono:	Email:
<b>DOMICILIO O CASILLA DE ENVIO DE DOCUMENTACIÓN PARA NOTIFICACIÓN</b> (siendo éste una dirección accesible para correos de Chile, radio urbano):		
<b>Nombre del Propietario o Razón Social:</b>		
<b>Nombre del Representante Legal:</b>		
Dirección:		
Sector o población:		Comuna:
C.I.:	Fono:	Email:
<b>II.- DOCUMENTOS REQUERIDOS</b>		
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Documentos que acrediten el derecho a uso del inmueble en que se instalará: inscripción del dominio, contrato de arrendamiento o comodato, etc.</li><li>2. Plano o croquis de su planta física y distribución funcional</li><li>3. Copias de los planos o certificados de las instalaciones de electricidad, agua potable y alcantarillado visados por las autoridades competentes</li><li>4. Identificación de la persona natural o documentos de constitución de la persona jurídica propietaria y los antecedentes que acrediten la persona de quien la representa</li><li>5. Individualización del profesional que asumirá la Dirección Técnica (cédula de identidad) y declaración escrita de aceptación del profesional que sumará la Dirección Técnica y Dirección Técnica Subrogante indicando horario de trabajo en el laboratorio, adjuntando fotocopias de los certificado de título legalizados ante notario público</li><li>6. Nómina del equipamiento con que cuenta el laboratorio, indicando marca o modelos</li><li>7. Nómina de los profesionales y personal técnico, indicando nombre, cedula de identidad, horario y actividad que desempeñaran, adjuntando certificado de titulo legalizado ante notario público</li><li>8. Manuales de procedimientos de las actividades destinadas a asegurar la calidad en los cuidados de los pacientes, equipos y seguridad (criterios de inclusión, flujos de atención, registros, convenios u otros) Visados por Director técnico y propietario</li><li>9. Copia de las autorizaciones sanitarias separadas de: Laboratorios de referencia, Sala de basuras, Autoclaves, entre otros, según corresponda</li><li>10. Copia de los convenios con proveedores externos (retiro de material cortopunzante, servicio de esterilización, entre otros, adjuntando copias de las autorizaciones sanitarias, según corresponda</li><li>11. Libros foliados (2), que serán timbrados por la Autoridad Sanitaria (para sugerencia y reclamos de los usuarios e inspecciones sanitarias</li><li>12. Boleta de pago de arancel correspondiente</li><li>13. Mandato Legal en caso de actuar mediante un apoderado</li></ol>		
<b>III.- NORMATIVA LEGAL VIGENTE</b>		
Decreto Supremo N° 725 de 1967, MINSAL, Código Sanitario		
Decreto Supremo N°, 1967 DE 1995, MINSAL, Reglamento de los Laboratoristas Dentales y de Laboratorios Dentales		
Decreto Supremo N° 594 de 1999 del MINSAL, Reglamento sobre Condiciones Sanitarias y Ambientales Básicas en los Lugares de trabajo		





Depto. de Acción Sanitaria  
Unidad de Profesiones Médicas y Farmacia

**IV.- CAPITAL INICIAL**

Declaro que mi Capital Inicial, se compone de:

- a) Equipo y maquinas; Muebles e instalaciones: \$ \_\_\_\_\_
- b) Capital de trabajo: en caja o banco, destinado al funcionamiento, mercadería, etc. \$ \_\_\_\_\_
- c) Total capital propio inicial (sumar a y b): \$ \_\_\_\_\_

**V.- DECLARACIÓN**

DECLARO CONOCER Y/O ACEPTAR:

- 1. Normativa Sanitaria aplicable al establecimiento
- 2. Requisitos establecidos en el instructivo general
- 3. Que si los antecedentes entregados al momento de ingreso de la solicitud, no corresponden a la realidad, será rechazada.

\_\_\_\_\_  
Firma Propietario o Representante Legal

**VI.- USO INTERNO AUTORIDAD SANITARIA**

FECHA DE RECEPCION DE SOLICITUD:

FECHA PRIMERA VISITA (PLAZO MAXIMO):

**ARANCEL**

Instalación (3.8.2):

Funcionamiento (3.8.3):

Autorización de Registro: Libros Foliados (6.6):

Total:

APROBADO:  RECHAZADO:  MOTIVO DEL RECHAZO: \_\_\_\_\_

FIRMA DE RECEPCIÓN: \_\_\_\_\_

