



Depto. de Acción Sanitaria
Unidad de Profesiones Médicas y Farmacia

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE ÓPTICAS

N° DE SOLICITUD:

I.- ANTECEDENTES		
Nombre del Establecimiento:		
Dirección:		
Sector o población:		Comuna:
R.U.T:	Fono:	Email:
DOMICILIO O CASILLA DE ENVIO DE DOCUMENTACIÓN PARA NOTIFICACIÓN (siendo éste una dirección accesible para correos de Chile, radio urbano):		
Nombre del Propietario y/o Razón Social:		
Dirección		
Sector o población:		Comuna:
R.U.T:	Fono:	Email:
Nombre del Representante Legal:		
Dirección:		
Sector o población:		Comuna:
C.I.:	Fono:	Email:
Tipo de Establecimiento: (Marque con una cruz)		
<input type="checkbox"/> Sala de Ventas	<input type="checkbox"/> Óptica	<input type="checkbox"/> Centro de Contactología
II.- DOCUMENTOS REQUERIDOS		
<ol style="list-style-type: none">1. Individualización del propietario y de él o de sus representantes legales en el caso de tratarse de una persona jurídica2. Documentos que acrediten el dominio del inmueble o los derechos para utilizarlo3. Croquis de la planta física que indique la distribución funcional de las dependencias4. certificados de las instalaciones de electricidad, agua potable y alcantarillado visados por las autoridades competentes5. Individualización del profesional que asumirá la Dirección Técnica (cedula de identidad) y declaración escrita de aceptación del profesional que sumirá la Dirección Técnica indicando horario de trabajo, adjuntando fotocopias de los certificado de título o Resolución sanitaria debidamente legalizada ante notario público. Deberá estar a cargo de un óptico o contactólogo, según corresponda6. Nómina de los elementos, aparatos o equipos que dispone7. Indicar sistema de registro de recetas médicas que utilizará el establecimiento8. Copia del cartel a exhibirse en el cual señales, con caracteres destacados, que el anteojo o lente de fuerza dióptrica, sólo se despachará en la forma indicada en la receta médica9. Nómina de los profesionales, personal técnico y administrativo, indicando nombre, cédula de identidad, horario y actividad que desempeñaran, adjuntando certificado de titulo legalizado ante notario público10. Adjuntar a la solicitud 2 libros foliados, que serán timbrados por la Autoridad Sanitaria de sugerencia, felicitaciones y/o reclamos de los usuarios y de inspecciones sanitarias11. Boleta de pago de arancel correspondiente12. Mandato legal en caso de actuar mediante un apoderado		
III.- NORMATIVA LEGAL VIGENTE		
Decreto Supremo N° 725 de 1967, MINSAL, Código Sanitario		
Decreto Supremo N° 4 de 1985, MINSAL, Reglamento de Establecimiento de Optica		
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 del Propietario o Representante Legal

VI.- USO INTERNO AUTORIDAD SANITARIA

FECHA DE RECEPCION DE SOLICITUD:

FECHA PRIMERA VISITA (PLAZO MAXIMO):

ARANCEL

Instalación (3.5.2):

Funcionamiento (3.5.3):

Autorización de Registro: Libros Foliados (6.6):

Total:

APROBADO: RECHAZADO: MOTIVO DEL RECHAZO: _____

FIRMA DE RECEPCIÓN: _____

