



Depto. de Acción Sanitaria  
Unidad de Profesiones Médicas y Farmacia

### SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE PABELLÓN DE CIRUGÍA MENOR

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. Individualización del propietario y de él o de sus representantes legales en el caso de tratarse de una persona jurídica</li><li>2. Documentos que acrediten el dominio del inmueble o los derechos para utilizarlo</li><li>3. Croquis de la planta física que indique la distribución funcional de las dependencias</li><li>4. Copias de los planos o certificados de las instalaciones de electricidad, agua potable y gas visados por las autoridades competentes</li><li>5. Descripción del equipamiento e instrumental señalando marco y modelo, y de las instalaciones que se dispondrá</li><li>6. Individualización del profesional que asumirá la dirección técnica del centro y carta de aceptación del Directo Técnico con copia legalizada ante notario del certificado de título</li><li>7. Nómina del personal, señalando funciones y horario, acompañada de fotocopia legalizada del título o certificado de estudios, según corresponda</li><li>8. Listado de procedimientos o intervenciones a efectuar</li><li>9. 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>10. Copia de las autorizaciones sanitarias separadas de: Laboratorios de referencia, Sala de basuras, Autoclaves, entre otros, según corresponda</li><li>11. 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>12. Libros foliados (3), que serán timbrados por la Autoridad Sanitaria (para sugerencia y reclamo de los usuarios, registros de procedimientos e intervenciones de cirugía menor e inspecciones sanitarias)</li><li>13. Boleta de pago de arancel correspondiente</li><li>14. 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° 283 de 1997, MINSAL, Reglamento sobre Salas de Procedimientos y Pabellones de Cirugía Menor		
Decreto Supremo N° 58 de 2008, MINSAL, Normas Técnicas Básicas para Obtener Autorización Sanitaria en Establecimientos de Salud		
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
- 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 (3.11.2):

Funcionamiento (3.11.3):

Autorización de Registro: Libros Foliados (6.6):

Total:

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

FIRMA DE RECEPCIÓN: \_\_\_\_\_

