



Depto. de Acción Sanitaria
Unidad de Profesiones Médicas y Farmacia

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIO PRIVADO DE TRASLADO DE ENFERMOS

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"/> Transporte Simple | <input type="checkbox"/> Transporte Avanzado | |
| <input type="checkbox"/> Atención Domiciliaria | <input type="checkbox"/> Reanimación Avanzada | |
| II.- DOCUMENTOS REQUERIDOS | | |
| 1. Individualización del propietario y de él o de sus representantes legales en el caso de tratarse de una persona jurídica | | |
| 2. Documentos que acrediten el dominio del inmueble o los derechos para utilizarlo | | |
| 3. Croquis de la planta física que indique la distribución funcional de las dependencias | | |
| 4. Copias de los planos o certificados de las instalaciones de electricidad, agua potable y alcantarillado visados por las autoridades competentes | | |
| 5. Especificación de los elementos y material con que cumplirá su servicio (ambulancia con su respectivo equipamiento, equipos de comunicación, etc.) | | |
| 6. Identificación del director técnico responsable con copia de certificado de título legalizado ante notario y horario de trabajo establecido mediante carta de aceptación técnica. Este recinto deberá estar a cargo de médico | | |
| 7. Nómina de los profesionales, personal técnico, choferes y administrativos, indicando nombre, cédula de identidad, horario (sistema de turnos) y actividad que desempeñaran, adjuntando certificado de título legalizado ante notario público | | |
| 8. Antecedentes del vehículo: Padrón, permiso de circulación, seguro obligatorio y patente | | |
| 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 | | |
| 10. Copia de las autorizaciones sanitarias separadas de: Laboratorios de referencia, Sala de basuras, Autoclaves, entre otros, según corresponda | | |
| 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 | | |
| 12. Libros foliados (2), que serán timbrados por la Autoridad Sanitaria (para sugerencia y reclamos de los usuarios e inspecciones sanitarias | | |
| 13. Tramitar solicitud de Botiquín | | |
| 14. Boleta de pago de arancel correspondiente | | |





Depto. de Acción Sanitaria

Unidad de Profesiones Médicas y Farmacia

| | |
|--|---|
| 15. 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° 218 de 1997, MINSAL, Reglamento de Servicios Privados de Traslado de Enfermos Decreto Supremo N° 594 de 1999 del MINSAL, Reglamento sobre Condiciones Sanitarias y Ambientales Básicas en los Lugares de trabajo | |
| 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 (3.10.2): Funcionamiento (3.10.3): Autorización de Registro: Libros Foliados (6.6): Total: | |
| APROBADO: <input type="checkbox"/> | RECHAZADO: <input type="checkbox"/> MOTIVO DEL RECHAZO: _____ |
| FIRMA DE RECEPCIÓN: _____ | |

