



Depto. de Acción Sanitaria
Unidad de Profesiones Médicas y Farmacia

SOLICITUD DE CERTIFICADO DE COMPETENCIAS DE AUXILIAR PARAMEDICO

N° DE SOLICITUD:
FECHA:

I.- ANTECEDENTES		
Nombre completo:		
Dirección:		
Sector o población:		Comuna:
Cedula de Identidad:	Fono:	Email:
DOMICILIO O CASILLA DE ENVIO DE DOCUMENTACIÓN PARA NOTIFICACIÓN (siendo éste una dirección accesible para correos de Chile, radio urbano):		
Auxiliar Paramédico de:		
Institución formadora:		
Año de formación:		N° de Registro:
II.- DOCUMENTOS REQUERIDOS		
1. Fotocopia de cedula de identidad		
2. Boleta de pago de arancel correspondiente		
3. Mandato legal en caso de actuar mediante un apoderado		
III.- NORMATIVA LEGAL VIGENTE		
Decreto de Ley N° 2147 de 1978, MINSAL, Habilita a los Auxiliares de Enfermería para Ejercer su Actividad en la forma condiciones que señala		
Decreto Supremo N° 261 de 1978, MINSAL, Reglamento para el Ejercicio de la Profesión de Auxiliares de Enfermería		
Decreto Supremo N° 1704 de 1993, MINSAL, Reglamento para el Ejercicio de las Profesiones Auxiliares de la Medicina, Odontología y Química y Farmacia		
Circular N° 42 de 1981, MINSAL, Normas sobre Organización y Funcionamiento de los cursos de Formación de Auxiliares Paramédicos		
IV.- DECLARACIÓN		
DECLARO CONOCER Y/O ACEPTAR:		
1. Normativa Sanitaria aplicable		
2. Requisitos establecidos en el instructivo		
3. En caso de estar registrado en otra región del país, debe hacer la solicitud en la SEREMI correspondiente		
4. Que si los antecedentes entregados al momento de ingreso de la solicitud, no corresponden a la realidad, será rechazada.		
_____ Firma Interesado (a)		
VI.- USO INTERNO AUTORIDAD SANITARIA		
ARANCEL (1.3.3)		
APROBADO: <input type="checkbox"/> RECHAZADO: <input type="checkbox"/> MOTIVO DEL RECHAZO: _____		
FIRMA DE RECEPCIÓN: _____		

