



SOLICITUD DE HABILITACION DE UNIDADES ASISTENCIALES ODONTOLÓGICAS

**Sr. Presidente del Colegio de Odontólogos
de la Provincia de Buenos Aires Distrito IX:**

De mi consideración:

El que suscribe Dr.: _____

DNI: _____
profesional odontólogo, Matrícula _____, tiene el agrado de dirigirse a Ud. y por su intermedio al Consejo Directivo del Distrito IX, a fin de solicitarle:

- ☐ HABILITACIÓN
☐ REHABILITACIÓN

DE:

- ☐ CONSULTORIO
☐ CENTRO ODONTOLÓGICO
☐ UNIDAD MOVIL
☐ UNIDAD ASISTENCIAL ODONTOLÓGICA PARA EL DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES

Sito en calle:	de la ciudad de:	
Partido de:	Cod. Postal:	Tel.:

Manifestando que:

MARCAR CON UNA X LO QUE CORRESPONDA

- ☐ ejerceré individualmente
☐ ejerceré con otras/os profesionales odontólogas/os
☐ que se trata de _____ unidades asistenciales (cantidad)
☐ que poseo equipo de RAYOS X
☐ que no poseo equipo de RAYOS X
☐ que poseo habilitación de equipo de RAYOS X
☐ que no poseo habilitación de equipo de RAYOS X
☐ que poseo servicio contratado para el servicio de residuos patogénicos
☐ que no poseo servicio contratado para el servicio de residuos patogénicos
☐ que mi domicilio real es;

Localidad

Partido

OBSERVACIONES:

Dejo constancia que me hago responsable por esta habilitación que solicito, no sólo por mi actividad profesional personal, sino también por la de otras/os profesionales que se desempeñen en este consultorio, cuando ellas/os no reúnan todas las condiciones que la Ley 12.754 de Colegiación, sus modificatorias y el Reglamento respectivo requieran para el ejercicio profesional, pudiendo a tal efecto el Colegio de Odontólogos Distrito IX ejercer el contralor pertinente y aplicar las sanciones que por Ley correspondan, (de no encontrarse el presente consultorio en las condiciones que fija el Reglamento, la/ el Profesional, deberá solicitar una nueva habilitación, abonando nuevamente el importe).

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL:	FECHA
ACLARACION:	MATRICULA



ANEXO I - VINCULACION CON OTROS PROFESIONALES

Nómina completa de profesionales que ejercen en la misma Unidad Asistencial.

Apellido y Nombre:		Matrícula:	
Días y horarios de atención:			
Domicilio particular:			
Código postal:		Localidad:	
Partido:		Tel.:	

Apellido y Nombres:		Matrícula:	
Días y horarios de atención:			
Domicilio particular:			
Código postal:		Localidad:	
Partido:		Tel.:	

Apellido y Nombres:		Matrícula:	
Días y horarios de atención:			
Domicilio particular:			
Código postal:		Localidad:	
Partido:		Tel.:	

Apellido y Nombres:		Matrícula:	
Días y horarios de atención:			
Domicilio particular:			
Código postal:		Localidad:	
Partido:		Tel.:	

OBSERVACIONES

Declaro bajo juramento conocer mi responsabilidad de que todas/os las/os Odontólogas/os que ejerzan en éste domicilio profesional deben estar debidamente matriculadas/os o registradas/os en este Colegio de odontólogos, como así también cumplir con código de ética y el Reglamento de publicidad vigente.

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL:	FECHA <table><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>				
ACLARACION:	MATRICULA <table><tr><td></td></tr></table>				



ANEXO II - PLANO DE LA UNIDAD ASISTENCIAL

Espacio destinado a plano de la Unidad Asistencial. (consultorio, sala de espera, baño, etc.)
Consignar ingreso desde la vía pública, relación de la sala de espera; consultorios; baños;
aberturas; ventilación; etc.
(No se necesario colocar medidas).

OBSERVACIONES

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL:	FECHA			
	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>			
ACLARACION:	MATRICULA			



ANEXO III - ACTA DE INSPECCION DE UNIDADES ASISTENCIALES ODONTOLÓGICAS

En la localidad de: _____ Partido de: _____ a los _____ días del mes
de: _____ del año: _____ siendo las: _____ hs, la/el suscripta/o, inspectora/o del
COLEGIO DE ODONTÓLOGOS DE LA PCIA DE BUENOS AIRES DISTRITO IX, de acuerdo a las
disposiciones contenidas en la Ley 12.754 de la Pcia. de Buenos Aires y Reglamento de Unidades
Asistenciales Odontológicas (RUAO), se constituye en el consultorio odontológico, sito en la calle:
_____ N° _____ piso: _____ y constata las siguientes circunstancias:
Profesional responsable: _____ Matrícula: _____

La / El Inspector/a hace constar sus observaciones:

1- CATEGORIA

- ☐ CONSULTORIO
☐ UNIDAD MOVIL
☐ CENTRO ODONTOLÓGICO
☐ UNIDAD ASISTENCIAL ODONTOLÓGICA PARA EL DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES

2- PUBLICIDAD (marcar con una X lo que corresponda)

SI ☐ NO ☐ Cumple con las normas de ética vigentes en materia de publicidad.

3- CONDICIONES DE HIGIENE Y BIOSEGURIDAD

SI ☐ NO ☐ Cumple adecuadamente con las condiciones de Higiene y Bioseguridad.

4- TALLER DE MECÁNICA DENTAL

SI ☐ NO ☐ La Unidad Asistencial posee integrado un taller de Mecánica Dental.

SI ☐ NO ☐ El taller se encuentra en un ambiente separado del resto de los locales que componen la unidad.

5- VENTILACIÓN E ILUMINACIÓN

SI ☐ NO ☐ Todas las áreas de atención poseen adecuada ventilación e iluminación natural, y/ o sistemas artificiales debidamente instalados.

6- CARACTERÍSTICAS DE LOS MATERIALES

SI ☐ NO ☐ Aberturas paredes y cielorrasos están contruidos en forma y con materiales que permitan una adecuada Higiene.

SI ☐ NO ☐ Los pisos en toda su superficie cuenta con revestimientos impermeables.

SI ☐ NO ☐ Los pisos en toda su superficie cuenta con revestimientos impermeables.

SI ☐ NO ☐ Los cielos rasos poseen una terminación tal que imposibilitan la entrada de polvillo e insectos desde el exterior.

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL:	FECHA
ACLARACION:	MATRÍCULA



ANEXO III - ACTA DE INSPECCION DE UNIDADES ASISTENCIALES ODONTOLÓGICAS

7- EQUIPAMIENTO DE LOS LOCALES DE ATENCIÓN (marcar con una X lo que corresponda)

- ☐ * Sillón dental.
- ☐ * Salivadera.
- ☐ * Foco de luz dirigida sistemas de desinfección y esterilización (estufas y autoclaves).
- ☐ * Sistema de aspiración.
- ☐ * Bacha con grifo.
- ☐ * Instrumental mínimo requerido para la atención de pacientes.
- ☐ * Todas las áreas de atención de pacientes que componen la unidad asistencial cumplen con los requisitos enumerados anteriormente.

OBSERVACIONES

8- DIPLOMA

- ☐ El diploma extendido por autoridad competente o su copia autenticada se muestra exhibido.

(DEBERÁN ESTAR EXHIBIDOS TANTO EL DIPLOMA COMO PROFESIONALES ACTUANTES)

9- CONSULTORIO / Completar sólo para categoría CONSULTORIO. NO aplica para "Centro", "Unidad Móvil" ni "Unidad Asistencial para diagnóstico por imágenes".

9 A- DENOMINACIÓN

- ☐ El consultorio está designado y anunciado con dicha denominación y el nombre de los profesionales que en EL se desempeñan.

Se encuentra prohibida la expresión "Policlínica", "Centro", "Instituto", "Clínica", "Sanatorio" y "Hospital"

9-B- COMPOSICIÓN EDILICIA

Consignar cantidad de áreas de atención 1 2 3 **SON ADMISIBLES HASTA TRES (3) ÁREAS DE ATENCIÓN**

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL:	FECHA
ACLARACION:	MATRICULA



ANEXO III - ACTA DE INSPECCION DE UNIDADES ASISTENCIALES ODONTOLÓGICAS

- ☐ * Posee Sala de espera.
- ☐ * Posee área sanitaria o baño.
- ☐ * El inmueble donde encuentran todas las áreas mencionadas cuenta con servicio de electricidad, agua potable y desagües cloacales.
- ☐ * Las áreas que componen el consultorio poseen tabiques o paredes desde el piso hasta el techo.

9- C- CIRCULACIÓN

- ☐ * La sala de espera tiene acceso directo a la vía pública.
- ☐ * La sala de espera tiene acceso directo al baño sin pasar por el área de atención.
- ☐ * Al área de atención se accede directamente por la sala de espera o pasillos de circulación.
- ☐ * El área de atención tiene un mínimo de 7,5m²
- ☐ * La Unidad Asistencial guarda adecuada independencia con una unidad funcional destinada a vivienda u otra actividad.

OBSERVACIONES

10- CENTRO ODONTOLÓGICO (completar solo para categoría "centro")

10- A- LACOMPOSICIÓN EDILICIA

- ☐ * Consignar cantidad de áreas de atención. Mínimo cuatro (4)
- ☐ * La sala de espera admite al menos dos (2) personas por cada área de atención.
- ☐ * Posee ambiente destinado a la esterilización de instrumental.
- ☐ * Posee ambiente destinado a sala de RAYOS X.
- ☐ * Posee ambiente destinado a colocación de residuos patogénicos o instalación de equipo para tratamiento de los mismos.
- ☐ * Posee al menos dos (2) baños.

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL:	FECHA
ACLARACION:	MATRÍCULA



ANEXO IV - HABILITACIÓN DE UNIDADES ASISTENCIALES ODONTOLÓGICAS INFORME VERIFICADOR

FECHA

--	--	--

PROFESIONAL SOLICITANTE: _____

CALLE Y NUMERO: _____

TELÉFONO: _____

LOCALIDAD: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

PARTIDO: _____

INFORME AL CONSEJO DIRECTIVO

El DIA _____ del MES _____ del AÑO _____ verifiqué el consultorio, con el resultado que surge del informe precedente.

FIRMA DEL INSPECTOR

ACLARACIÓN

RESOLUCIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO

FECHA

--	--	--

HABILITACION N°

--

COD. POSTAL

--

MP

--

NUMERO

--

FIRMA SECRETARIO

FIRMA PRESIDENTE