

FORMULARIO

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN DE LAS ESPECIALIDADES O SUBESPECIALIDADES DE LOS PRESTADORES INDIVIDUALES DE SALUD PARA LOS EFECTOS DEL ARTÍCULO SEGUNDO TRANSITORIO DEL REGLAMENTO DE CERTIFICACIÓN

(D.S. N° 57/2007 DEL MINISTERIO DE SALUD, PUBLICADO EN EL DIARIO OFICIAL DE 06.11.2008)*

Uso Interno Superintendencia de Salud

Oficina donde se presenta esta solicitud Fecha de solicitud Número de Ingreso

Nombres	<input type="text"/>	Apellido Paterno	<input type="text"/>	Apellido Materno	<input type="text"/>
N° Cédula de Identidad:	<input type="text"/>	Fecha de nacimiento	<input type="text"/>	Nacionalidad	<input type="text"/>
Sexo	<input type="text"/>	Comuna	<input type="text"/>		
Domicilio	<input type="text"/>			Región	<input type="text"/>
Ciudad	<input type="text"/>	Telefono	<input type="text"/>	Correo Electrónico	<input type="text"/>
Profesión	<input type="text"/>			Fecha Otorgamiento título profesional	<input type="text"/>
Universidad que otorgó el título profesional	<input type="text"/>			País de ubicación de la Universidad que otorgó el título profesional	<input type="text"/>

Profesionales que hayan obtenido su título profesional en el extranjero:

Fecha de reconocimiento o revalidación del título profesional obtenido en el extranjero (cuando corresponda):	<input type="text"/>	Entidad que otorgó el reconocimiento o revalidación (cuando corresponda):	<input type="text"/>
Acompaña original o copia autorizada del certificado de inscripción en el Ministerio de Relaciones Exteriores del título profesional obtenido en el extranjero (cuando corresponda) <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No			

Lugar(es) o establecimiento(s) en que habitual y predominantemente ejerce sus funciones (señalar al menos uno)

Nombre lugar o establecimiento 1:	<input type="text"/>	Dirección	<input type="text"/>
Comuna	<input type="text"/>	Ciudad	<input type="text"/>
Nombre lugar o establecimiento 2:	<input type="text"/>	Dirección	<input type="text"/>
Comuna	<input type="text"/>	Ciudad	<input type="text"/>

I.- Especialidad(es) y/o subespecialidad(es) que solicita sea(n) inscrita(s) por la Superintendencia de Salud, para los efectos del Artículo Segundo Transitorio del Reglamento de Certificación aprobado por el D.S. N° 57/2007 del Ministerio de Salud, publicado el 06.11.2008 (según denominaciones del listado del reverso)

1ª. 2ª. 3ª.

II. - Fundo la presente solicitud en la(s) siguiente(es) causal(es) - (marcar la o las opciones correspondientes)

<input type="checkbox"/>	Poseer, al 06 de noviembre de 2008, un título o grado académico relativo a las especialidades o subespecialidades que contempla el Reglamento de Certificación, otorgado por una Universidad del Estado o reconocida por éste. Acompaña original o copia autorizada de este certificado <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Especificar Universidad Otorgante	<input type="text"/>
	Nombre de la especialidad o subespecialidad	Fecha de Título o grado	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Poseer, al 06 de noviembre de 2008, un certificado relativo a las especialidades o subespecialidades que contempla el Reglamento de Certificación, extendido por la Corporación Nacional Autónoma de Certificación de Especialidades Médicas (CONACEM). Acompaña original o copia autorizada de este certificado <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Fecha del certificado	<input type="text"/>
	Nombre de la especialidad o subespecialidad		
<input type="checkbox"/>	Poseer, al 06 de noviembre de 2008, un certificado relativo a las especialidades o subespecialidades que contempla el Reglamento de Certificación, extendido por la Corporación Nacional Autónoma de Certificación de Especialidades Odontológicas (CONACEO). Acompaña original o copia autorizada de este certificado <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Fecha del certificado	<input type="text"/>
	Nombre de la especialidad o subespecialidad		
<input type="checkbox"/>	Poseer, al 06 de noviembre de 2008, un certificado relativo a las especialidades o subespecialidades que contempla el Reglamento de Certificación, extendido por alguna otra entidad cuyos estatutos contemplen entre sus objetivos emitir certificaciones o acreditaciones relativas a dichas especialidades o subespecialidades de la medicina y la odontología. Acompaña original o copia autorizada de este certificado <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Especificar Entidad Otorgante	<input type="text"/>
	Nombre de la especialidad o subespecialidad	Fecha del Certificado	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Mantener, al 06 de Noviembre de 2008 y en la actualidad, un convenio vigente con el Fondo Nacional de Salud para la atención en Modalidad de Libre Elección para el otorgamiento de prestaciones de una especialidad o subespecialidad que contempla el Reglamento de Certificación mediante los mecanismos que FONASA haya establecido formalmente.	Fecha del convenio	<input type="text"/>
	Nombre de la especialidad o subespecialidad		
<input type="checkbox"/>	Haberse desempeñado, durante a lo menos cinco años y con anterioridad al 06 de noviembre de 2008, en alguna de las especialidades o subespecialidades que contempla el Reglamento de Certificación en establecimientos asistenciales del Sistema Nacional de Servicios de Salud, hecho constatado formalmente por el Director del Servicio de Salud respectivo. Acompaña original o copia autorizada de la constancia de desempeño <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Nombre del Director del Servicio de Salud que otorgó la constancia de desempeño	<input type="text"/>
	Nombre de la especialidad o subespecialidad	Nombre del Servicio de Salud respectivo	<input type="text"/>
	Fecha de la constancia de desempeño del director del Servicio de Salud		<input type="text"/>

III - ESPECIALIDADES Y SUBESPECIALIDADES DE LOS PRESTADORES INDIVIDUALES DE SALUD QUE CONTEMPLA EL REGLAMENTO DE CERTIFICACIÓN

(D.S. N° 57/2007 DEL MINISTERIO DE SALUD, PUBLICADO EN EL DIARIO OFICIAL DE 06.11.2008)

ÁREA DE MEDICINA		ÁREA ODONTOLOGÍA
Especialidades:	Subespecialidades:	Especialidades:
ANATOMÍA PATOLÓGICA ANESTESIOLOGÍA CIRUGÍA GENERAL CIRUGÍA PEDIÁTRICA DERMATOLOGÍA IMAGENOLOGÍA LABORATORIO CLÍNICO MEDICINA FAMILIAR MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN MEDICINA INTERNA MEDICINA LEGAL MEDICINA NUCLEAR NEUROCIRUGÍA NEUROLOGÍA ADULTOS NEUROLOGÍA PEDIÁTRICA OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA OFTALMOLOGÍA OTORRINOLARINGOLOGÍA PEDIATRÍA PSIQUIATRÍA ADULTOS PSIQUIATRÍA PEDIÁTRICA Y DE LA ADOLESCENCIA SALUD PÚBLICA TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA UROLOGÍA	CARDIOLOGÍA CIRUGÍA CARDIOVASCULAR CIRUGÍA DE CABEZA, CUELLO Y MAXILOFACIAL CIRUGÍA DE TÓRAX CIRUGÍA PLÁSTICA Y REPARADORA CIRUGÍA VASCULAR PERIFÉRICA DIABETOLOGÍA ENDOCRINOLOGÍA ENFERMEDADES RESPIRATORIAS GASTROENTEROLOGÍA GERIATRÍA HEMATOLOGÍA INFECTOLOGÍA MEDICINA INTENSIVA NEFROLOGÍA NEONATOLOGÍA ONCOLOGÍA MÉDICA REUMATOLOGÍA	CIRUGÍA Y TRAUMATOLOGÍA BUCOMÁXILO-FACIAL ENDODONCIA IMAGENOLOGÍA IMPLANTOLOGÍA ODONTOLOGÍA LEGAL ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA ORTODONCIA PATOLOGÍA ORAL PERIODONCIA REHABILITACIÓN ORAL SALUD PÚBLICA Subespecialidades: SOMATO-PRÓTESIS

IV - DETALLE DE LOS PERÍODOS DE DESEMPEÑO DE LAS ESPECIALIDADES Y SUBESPECIALIDADES EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

Nombre del Establecimiento de Salud	Periodo
Establecimiento 1 <input type="text"/>	Desde <input type="text"/> Hasta <input type="text"/>
Establecimiento 2 <input type="text"/>	Desde <input type="text"/> Hasta <input type="text"/>
Establecimiento 3 <input type="text"/>	Desde <input type="text"/> Hasta <input type="text"/>

V - DATOS DEL APODERADO(A) QUE PRESENTA LA SOLICITUD (cuando corresponda)

Nombres <input type="text"/>	Apellido Paterno <input type="text"/>	Apellido Materno <input type="text"/>
N° Cédula de Identidad: <input type="text"/>	Fecha de nacimiento <input type="text"/>	
Domicilio <input type="text"/>	Comuna <input type="text"/>	
Ciudad <input type="text"/>	Región <input type="text"/>	
Telefono <input type="text"/>	Correo Electrónico <input type="text"/>	
Acompaña original o copia autorizada del Mandato o Poder (cuando corresponda)	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No

VI - AUTORIZACIÓN A LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD
 Si No Autorizo a la Superintendencia de Salud para que solicite la información y/o los documentos que sean necesarios para acreditar ante dicha Superintendencia los fundamentos de la presente solicitud, si así lo estimare.

 FIRMA SOLICITANTE O APODERADO
(cuando la solicitud es presentada en oficinas de la Superintendencia)

NOMBRE Y APELLIDOS DEL FUNCIONARIO QUE RECIBE LA DOCUMENTACIÓN ACOMPAÑADA A ESTA SOLICITUD

 FIRMA DEL FUNCIONARIO
(cuando la solicitud es presentada en oficinas de la Superintendencia)

* LA INSCRIPCIÓN QUE SE DECRETE EN VIRTUD DE ESTA SOLICITUD TENDRÁ VIGENCIA HASTA EL 6 DE NOVIEMBRE DE 2015, DE CONFORMIDAD A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO SEGUNDO TRANSITORIO DEL REGLAMENTO DE CERTIFICACIÓN DE LAS ESPECIALIDADES Y SUBESPECIALIDADES DE DE LOS PRESTADORES INDIVIDUALES DE SALUD (D. S. N° 57/2007 DEL MINISTERIO DE SALUD, PUBLICADO EN EL DIARIO OFICIAL DE 06.11.2008)

Favor llenar la encuesta de opinión
Ingreso de formulario de solicitud electrónico vía Web

Tipo de solicitud :

 Inscripción de especialidades Inscripción de subespecialidades

Evalúe los siguientes atributos del servicio entregado, en la escala de nota de 1 a 7
(donde 1 es la peor nota y 7 es la mejor)

	1	2	3	4	5	6	7
Acceso fácil al formulario de solicitud de inscripción en la página web de la Superintendencia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Instrucciones para el uso del formulario electrónico.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Items contenidos en formulario, claramente identificados y entendibles para su llenado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ingreso de datos solicitados en cada celda sin dificultades para su ingreso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Favor entréguenos sus sugerencias y recomendaciones :

Los datos del formulario deben ser enviados a la dirección
certificaciones@superdesalud.cl