

INFORMACIÓN GENERAL

A. SOBRE EL ESTABLECIMIENTO												
1	CEDULA ()	2	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL PROPIETARI@ (PERSONA FÍSICA O JURÍDICA)									
3	NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO				4	TIPO DE ACTIVIDAD						
5	OFICINA O CASA N°	6	CALLE AVENIDA			7	BARRIO, CASERÍO O PUEBLO Y SEÑAS ESPECÍFICAS					
7 (continuación)			8	PROVINCIA	9	CANTÓN	10	DISTRITO	11	TELÉFONO. N°1		
12	TELÉFONO. N°2.	13	FAX N°	14	APARTADO Y CÓDIGO OF. POSTAL			15	CORREO ELECTRÓNICO			
B. SOBRE EL REPRESENTANTE LEGAL												
16	APELLIDOS Y NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL				17	CÉDULA			18	TELÉFONO N°		
19	FAX N°	20	APARTADO Y CÓDIGO DE OF. POSTAL		21	CORREO ELECTRÓNICO			22	FIRMA		
C. SOBRE EL RESPONSABLE TÉCNICO DEL FUNCIONAMIENTO (DIRECTOR@ DEL ESTABLECIMIENTO)												
23	APELLIDOS Y NOMBRE DEL RESPONSABLE TÉCNICO				24	CÉDULA			25	TELÉFONO N°		
26	FAX N°	27	APARTADO Y CÓDIGO DE OF. POSTAL		28	CORREO ELECTRÓNICO			29	FIRMA		
30	PROFESION DEL RESPONSABLE TÉCNICO				31	ESPECIALIDAD			32	# REGISTRO DEL COLEGIO PROFESIONAL		
D. DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS OFERTADOS												
33	<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>											
E. MOTIVO DE PRESENTACION DE SOLICITUD DE HABILITACION												
34	<input type="checkbox"/> SOLICITUD 1° VEZ			<input type="checkbox"/> DENEGADA LA 1° VEZ			<input type="checkbox"/> CAMBIO DE UBICACIÓN O LOCAL			<input type="checkbox"/> CAMBIO DE CONDICIONES DE OPERACIÓN		
	<input type="checkbox"/> OTRO _____			<input type="checkbox"/> CAMBIO O AMPLIACION DE EDIFICIO			<input type="checkbox"/> RENOVACION					
F. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTABLECIMIENTO												
35	AREA DEL LOTE (m²):	36	AREA DE CONSTRUCCION (m²):	37	NUMERO DE NIVELES:	38	CAPACIDAD (unidades de atención individual)					
39	PERSONAL PROFESIONAL:	40	PERSONAL TECNICO:	41	PERSONAL ADMINISTRATIVO:	42	HORARIO DE ATENCION:	43	HORA APERTURA	44	HORA CIERRE	
44	DIRECCIÓN EN CASO DE NOTIFICACIÓN				45	NOMBRE DEL SOLICITANTE			46	FIRMA, CÉDULA Y CÓDIGO PROFESIONAL DEL RESPONSABLE LEGAL		
G. DECLARACIÓN JURADA:												
47	YO _____, EN MI CALIDAD DE _____, DEL SUPRACITADO ESTABLECIMIENTO, DECLARO BAJO FE DE JURAMENTO, QUE LA INFORMACION CONSIGNADA EN ESTA SOLICITUD ES TOTALMENTE CIERTA, QUE CONOZCO LOS REQUISITOS ESTIPULADOS POR EL MINISTERIO DE SALUD PARA EL FUNCIONAMIENTO DE ESTE TIPO DE ESTABLECIMIENTO Y QUE ADEMÁS EL ESTABLECIMIENTO QUE REPRESENTO CUMPLE CON DICHS REQUISITOS. ME COMPROMETO A MANTENER ESTAS CONDICIONES Y NO CAMBIAR DE ACTIVIDAD SIN PREVIO AVISO. ASÍ MISMO, ACEPTO QUE DE COMPROBARSE LA FALSEDAZ POR PARTE DE LAS AUTORIDADES DE SALUD, DE LA INFORMACIÓN AQUÍ CONSIGNADA, ÉSTOS PODRÁN INICIAR LOS PROCEDIMIENTOS PARA ANULAR LA HABILITACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO.											
	FIRMA _____						N° DE CÉDULA _____					
H. PARA USO DEL MINISTERIO DE SALUD												
48	SELLO Y FECHA DE RECIBO		49	NOMBRE DE FUNCIONARI@ QUE RECIBE SOLICITUD			50	CÓDIGO DE TIPO DE ESTABLECIMIENTO				
			51	GRUPO DE CLASIFICACION: <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2			52	INSPECCION PREVIA: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
53	FUNCIONARI@ SDE DSS QUE INSPECCIONARON:		54	CÓDIGOS DE FUNCIONARI@S DE DSS:		55	FECHA DE INSPECCION:	56 INSPECCION SATISFACTORIA: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
	1)											
	2)											
57	CUMPLE SATISFACTORIAMENTE CON NORMAS SANITARIAS AMBIENTALES VIGENTES DE LA D.P.A.H.:		58	FUNCIONARIO DE DPAH QUE HACE CONSTAR:			59	CÓDIGO DE FUNCIONARIO DE DPAH				
	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NA											
I. RESOLUCION:												
60	<input type="checkbox"/> APROBADO <input type="checkbox"/> PROVISIONAL <input type="checkbox"/> PENDIENTE PARA CUMPLIR REQUISITOS <input type="checkbox"/> RECHAZADO						61	NUMERO DE REGISTRO DSS:				
62	FECHA DE RESULOCION:		63	FECHA PARA NUEVO REQUISITO		64	FUNCIONARIO QUE APRUEBA O RECHAZA SOLICITUD:					
65	MOTIVO DEL RECHAZO:											
66	OBSERVACIONES O COMENTARIOS:											

INSTRUCCIONES PARA EL LLENADO DEL FORMULARIO DE HABILITACION PARA ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y AFINES

INFORMACION GENERAL

A. SOBRE EL ESTABLECIMIENTO

Casilla N°1 : anote el No de cédula de identidad o jurídica, del propietario del establecimiento, empresa o negocio relacionadas con salud de las personas, que solicitan la habilitación.

Las personas físicas que no posean la ciudadanía costarricense, podrán utilizar el No de pasaporte, permiso de residencia o cualquier otro documento oficial, que sea válido de Costa Rica. Cuando este sea el caso, se deberá detallar, el tipo de identificación utilizada, en el espacio comprendido entre paréntesis.

Casilla N°2 : escriba el nombre y apellidos del propietario, si es persona física, o su nombre, razón o denominación social, si es persona jurídica.

Casilla N°3 : Nombre o denominación del establecimiento, (nombre de fantasía), para el cual se solicita el permiso (si es diferente al anotado en la casilla No 2)

Casilla N°4 : Especifique a que se dedicará el establecimiento, que solicita la habilitación. Por ej. (sala de masajes , peluquerías, gimnasios, clínicas estéticas, sala de tatuajes, laboratorios clínicos, y clínicas odontológicas etc.)

Casilla N° 5 a la 15 : Debe anotarse en forma clara y precisa la información que se solicita, de tal manera que los funcionarios del Ministerio de Salud, puedan ubicar fácilmente el establecimiento, para el cual se solicita la habilitación y poderse comunicar con los interesados.

B. SOBRE EL REPRESENTANTE LEGAL

Casilla N°16 a la 22 : Deben llenarse únicamente cuando el establecimiento tenga representante legal o su propietario sea una persona jurídica. La casilla 23 es importante poner el nombre y dos apellidos

C. SOBRE EL RESPONSABLE TECNICO DEL FUNCIONAMIENTO

Casilla N° de la 23 a la 32 : Se llenará únicamente cuando el establecimiento cuente con un director@ que no sea el mismo propietario. La persona cuyo nombre está en la casilla 30 debe aportar fotocopia del titulo y certificación del colegio profesional respectivo de que es miembro activo del mismo.

D. DESCRIPCION DE LOS SERVICIOS OFERTADOS

Casilla N°33: Describir en forma detallada la oferta de servicios que prestará el establecimiento si el espacio no es suficiente hacerlo en hojas adicionales. Poner sobre todo lo referente a procesos o procedimientos

E. MOTIVO DE PRESENTACION DE SOLICITUD DE HABILITACIÓN

Casilla N°34 : marque con una X la casilla correspondiente. a su solicitud:

Solicitud 1ra vez: Cuando el establecimiento inicia actividades

Cambios de condiciones de operación: Cuando se produzcan cambios en la oferta de servicios

Cambio de ubicación o local cuando ocurre un cambio de ubicación o traslado de su domicilio o apartado postal.

Denegada la 1ra vez: Debe solicitar nuevamente la habilitación cuando cumpla con todos los requisitos.

Cambio o ampliación del edificio: Cuando ocurre un cambio en la estructura o en uso del local o edificio

Renovación: El plazo de vigencia de la Habilitación es de 5 años, no se aplicara para aquellos establecimientos para los cuales la Ley General de Salud haya establecido periodos diferentes

F. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTABLECIMIENTO

Casilla N°35 : Poner tamaño del lote en metros cuadrados del lote donde está ubicado el establecimiento para el cual se solicita el permiso

Casilla N°36 : Poner tamaño en metros cuadrados del local o establecimiento

Casilla N°37:Poner el No de niveles del establecimiento

Casilla N°38 : Poner la cantidad de unidades de atención individual

Casilla N°39 : Indicar la cantidad de personal profesional del establecimiento

Casilla N°40 : Indicar la cantidad de personal técnico del establecimiento

Casilla N°41 : Indicar la cantidad de personal administrativo del establecimiento e indicar su horario de trabajo

Casilla N°42 : Indicar la hora de inicio de labores

Casilla N°43 : Indicar la hora de cierre de labores

Casilla N°44 :Indicar la dirección en caso de notificaciones.

Casilla N°45 : Anotar el nombre de la persona que solicita la habilitación

Casilla N°46 : Poner la firma, N°cédula y código profesional de l responsable legal.

G. DECLARACIÓN JURADA

Casilla N°47: Conocidos los requisitos estipulados por el Ministerio de Salud se deben llenar los espacios correspondientes ya sea por parte del propietario o su representante legal con su correspondiente firma y cédula