

**Registro de Unidades de Residencias**  
El presente documento tiene carácter de  
**Declaración Jurada**

**ANEXO II**

**SOLICITUD DE APERTURA DE UNIDADES DE RESIDENCIA**

Disciplina  Especialidad

**DATOS DE LA SEDE**

1.1 Nombre de Establecimiento

1.2 Dependencia      Provincial                       Municipal                       Privada

1.3 Sede                      Hospital                       Centro de Salud                       Clínica

1.4 Domicilio (calle / N°)

Localidad  Partido

Teléfono  FAX

E-Mail

1.5 Autoridades

Director ejecutivo o similar
Director asociado o similar
Director asociado o similar

**1.6 Docencia e Investigación**

1.6.1 Estructura   
(Área, Comité, Sala, Servicio, Departamento, Dirección Asociada, etc.)

**1.6.2 Responsable máximo**

Apellido y Nombres  Cargo



**Registro de Unidades de Residencias**  
El presente documento tiene carácter de  
**Declaración Jurada**

Teléfono  FAX  E-mail

1.7 Si el establecimiento es sede de otras unidades de residencia, consigne cuántas:

1.8 ¿Posee Comisión Asesora de Residencias? Si  No

En caso afirmativo, consigne

1.8.1 Periodicidad de reunión

1.8.2 Integrantes y cargo que desempeña en la institución

INTEGRANTES	CARGO

1.9 Proyecto Docente Asistencial del establecimiento (Art. 8° Decreto Ley 2557/01)<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Art. 8: el establecimiento que proponga la constitución de una Unidad de Residencia deberá presentar un proyecto docente asistencial en el que se especifique los fundamentos para su creación, diagnóstico de situación, recursos materiales, personal de salud y producción del servicio y/o área de la nueva actividad de la formación profesional. El proyecto será considerado y evaluado por la Región Sanitaria a la que pertenece y posteriormente deberá ser sometido a consideración de la Dirección Provincial de Capacitación para la Salud, previa evaluación y dictamen de la Región Sanitaria correspondiente.





**Registro de Unidades de Residencias**  
El presente documento tiene carácter de  
**Declaración Jurada**

---

**1.10. Situación epidemiológica que sustenta dichas necesidades**

[Empty rectangular box for the epidemiological situation declaration]

  
Dr. LO IASSO

  
Dr. [Illegible]



**Registro de Unidades de Residencias**  
El presente documento tiene carácter de  
**Declaración Jurada**

2.3.3 Técnicos, auxillares y administrativos (N° Total)

Complete el cuadro según las referencias del ítem anterior y agregue renglones a la tabla en caso de ser necesario

Apellido y Nombre	Cargo (1)	Edad	Antig (2)	Hs. Sem (3)	Dep Cargo (7)

**2.4 RECURSOS FÍSICOS Y MATERIALES**

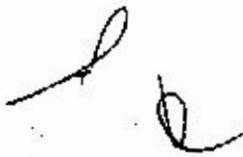
DISPONE DE:

- 2.4.1 Aulas Cantidad
- 2.4.2 Estar para Residentes SI  NO
- 2.4.3 Habitaciones para Residentes SI  NO
- 2.4.4 Materiales e insumos suficientes para la formación SI  NO

**2.5 INDICADORES DE PROCESO Y PRODUCCIÓN DEL SERVICIO**

**2.5.1 Servicios con internación**

- a) N° Total de camas del servicio
- b) % Ocupacional camas / semana
- c) Giro camas / día
- d) Indicar promedio de pacientes/día:



**Registro de Unidades de Residencias**  
El presente documento tiene carácter de  
**Declaración Jurada**

**2.5.2 Sector ambulatorio**

a) Cantidad promedio de consultas anuales del servicio

b) Promedio mensual de consultas

c) Producción del último semestre

d) Producción de los últimos tres (3) años

**2.5.3 Detalle los 5 motivos de consulta más frecuente de su servicio**

Motivo	% de las mismas en el último año

**2.5.4 Detalle las 5 prácticas más frecuentes que realiza el servicio**

Práctica, intervención o dispositivo	% de las mismas en el último año

**Registro de Unidades de Residencias**  
El presente documento tiene carácter de  
**Declaración Jurada**

**2.6.5 Detalle los 5 motivos de internación más frecuentes que realiza el servicio**

Motivo de internación	% de las mismas en el último año

**3. CAPACITACIÓN OFRECIDA PARA LOS RESIDENTES**

**3.1. Para disciplinas/especialidades que cuentan con Programa Provincial de Residencias.**  
De las Prácticas, Dispositivos y Contenidos de dicho Programa que NO pueden sostener y desarrollar en la sede, consigne:

3.1.1 el porcentaje

3.1.2 la sede de rotación propuesta para tal fin, con el siguiente detalle:

Práctica, dispositivo, contenido	Sede de rotación	Tutor Responsable

(Agregue renglones a la tabla para incorporar prácticas, dispositivos o contenidos, en caso de ser necesario)

**3.2. Para disciplinas/especialidades que no están incorporadas al Sistema de Residencias de la Provincia de Buenos Aires:**

Adjuntar el Programa tentativo a la presentación escrita, de acuerdo al diseño curricular estipulado en el Art. 55° del Decreto 2557/012. Consignar las competencias a alcanzar por los residentes para cada año de formación.

3.3 Número de plazas/año ofrecidas por la sede

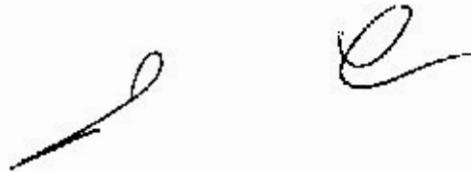
<sup>2</sup> ARTICULO 55°- Los Programas provinciales por especialidad contemplarán, en su diseño curricular, los siguientes elementos:

- Diagnóstico de situación de la salud de la Provincia de Buenos Aires.
- Lineamientos político-organizativos.
- Lineamientos pedagógicos.
- Perfil profesional, atendiendo a las particularidades de la especialidad y las necesidades tanto de salud de la población, como las de formación del residente.
- Objetivos: es decir, metas a lograr concordantes con el perfil profesional.
- Áreas de formación y actividades pertinentes: especificación de las mismas y criterios para la organización.
- Contenidos programáticos: incluyendo los específicos de la especialidad, salud pública y metodología de la investigación.
- Evaluación y acreditación: criterios e instrumentos en el marco de un sistema único para todas las especialidades.

**Registro de Unidades de Residencias**  
El presente documento tiene carácter de  
**Declaración Jurada**

**Una vez cumplimentado el formulario**

- 1) Envíelo por correo electrónico a: [dcps\\_coperes@ms.gba.gov.ar](mailto:dcps_coperes@ms.gba.gov.ar)
- 2) Imprima un ejemplar y eleve el pedido a través de la Región Sanitaria correspondiente



**Registro de Unidades de Residencias**  
El presente documento tiene carácter de  
**Declaración Jurada**

<b>AVAL DE LA SEDE DE ROTACION 1</b> (FIRMA Y SELLO DE LA AUTORIDAD MÁXIMA)	
Nombre de la Sede	
Autoridad	

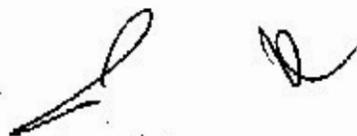
<b>AVAL DE LA SEDE DE ROTACION 2</b> (FIRMA Y SELLO DE LA AUTORIDAD MÁXIMA)	
Nombre de la Sede	
Autoridad	

<b>AVAL DE LA SEDE DE ROTACION 3</b> (FIRMA Y SELLO DE LA AUTORIDAD MÁXIMA)	
Nombre de la Sede	
Autoridad	

<b>AVAL DE LA SEDE DE ROTACION 4</b> (FIRMA Y SELLO DE LA AUTORIDAD MÁXIMA)	
Nombre de la Sede	
Autoridad	



**Registro de Unidades de Residencias**  
El presente documento tiene carácter de  
**Declaración Jurada**

**AVALES DE LA PRESENTE PROPUESTA  
AUTORIDADES DE LA SEDE**

*(FIRMA Y SELLO)*

JEFE DE SERVICIO: .....

Por la COMISIÓN ASESORA DE RESIDENCIAS: .....

DOCENCIA E INVESTIGACION: .....

*(Autoridad máxima)*

DIRECTOR EJECUTIVO: .....

**AVAL DE LA REGION SANITARIA**

*(FIRMA Y SELLO)*

Responsable Regional de Residencias: .....

Responsable Regional de Capacitación: .....

Director de la Región Sanitaria: .....

