



SUBDEPARTAMENTO PROFESIONES MÉDICAS

SOLICITUD DE CIERRE DE ESTABLECIMIENTO

Para brindarle un mejor servicio, le agradeceremos llenar el formulario con letra clara, ojalá en el computador (Puede encontrar este formulario, en formato Word, en www.asrm.cl, Material de Apoyo, Formularios, Profesiones Médicas)

1.0	TIPO DE ESTABLECIMIENTO	CIERRE TRANSITORIO	CIERRE DEFINITIVO
1.1	Hospital o Clínica		
1.2	Pabellón Cirugía Menor	N/A	
1.3	Sala de Procedimientos		
1.4	Laboratorio Clínico		
1.5	Sala Externa Toma Muestra		
1.6	Establecimientos que otorgan Prestaciones de Diálisis	N/A	
1.7	Establecimiento de Larga Estadía para Adultos Mayores		
1.8	Laboratorio Dental	N/A	
1.9	Establecimiento de Óptica		
1.10	Servicio Privado de Traslado de Enfermos		
1.11	Centro de Tratamiento y Rehabilitación de personas con Consumo Perjudicial o Dependencia Alcohol y/o Drogas		
1.12	Establecimientos para la Internación de las Personas con Enfermedades Mentales		
1.13	Recinto para el Desarrollo de Prácticas Médicas Alternativas		
1.14	Establecimientos de Radioterapia Oncológica		
1.15	Establecimiento de Administración de Quimioterapia Oncológica		
1.16	Servicio de Transporte Aéreo de Personas Enfermas o Accidentadas		
1.17	Establecimientos dedicados al Cuidado y Embellecimiento Estético Corporal		
1.18	Otros		

2.0	IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD:	
	Nombre de Fantasía	
	Dirección	
	Comuna	
	Teléfonos	
	Correo electrónico	
	N° Resolución Sanitaria	
	Fecha de Resolución Sanitaria	
2.1	IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA O EMPRESA PROPIETARIA DEL ESTABLECIMIENTO:	
	Nombre / Razón Social	
	R.U.N. / R.U.T.	
	Dirección	
	Comuna	
	Teléfono	
	Correo electrónico	
2.2	REPRESENTANTE LEGAL (Llenar solo si es empresa o persona jurídica).	
	Nombre completo	
	R.U.N.	
	Domicilio comercial	
	Comuna	
	Teléfono	
	Correo electrónico	
2.3	Dirección de Envío de la Resolución Sanitaria:	

DOCUMENTOS QUE SE ADJUNTAN:

	VºBº Atención a Usuarios
Carta explicativa de los motivos y fecha a partir del cual se produce el cierre. En caso de ser transitorio poner fecha de inicio y término del cierre.	

**NOMBRE(S) Y FIRMA(S) REPRESENTANTE(S) LEGAL(ES)
 DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD**