



ASOCIACION DE HOSPITALES DE PUERTO RICO
Oficina 101-Villa Nevárez Professional Center
Río Piedras PR 00927 Tels 764-0290/0987
Fax 753-9748 email: info@hospitalespr.org

SOLICITUD DE INGRESO – SOCIO INSTITUCIONAL

Nombre de la Institución _____

Dirección Física _____

Dirección Postal _____

Teléfonos _____ Fax _____

Fecha de Fundación _____ Núm de Licencia _____

Tipo de Licencia: _____ Permanente _____ Provisional

Acreditado por JCHO: _____ Si _____ No

Certificado por Medicare _____ Si _____ No

TIPO DE INSTITUCION:

_____ Corporación con fines de lucro

_____ Corporación sin fines de lucro

_____ Sociedad

_____ Individual

_____ Gobierno Federal

_____ Gobierno Estatal

_____ Gobierno Municipal

Presidente junta directores _____

Administrador/Director Ejecutivo _____

Número de licencia _____

Teléfono _____ Fax _____

Director Médico _____

Número de licencia _____

Teléfono _____ Fax _____

COMPLEMENTO DE CAMAS (total) _____

Privadas _____

Semiprivadas _____

Cuidado extendido _____

NUMERO SALAS DE OPERACIONES _____

Sala cirugía general _____

Salas especializadas _____

DEPARTAMENTOS MEDICOS:

	Nombres Jefes de Departamentos	Núm licencia
___ Medicina	_____	_____
___ Cirugía	_____	_____
___ Pediatría	_____	_____
___ Ob-gyn	_____	_____
___ Psiquiatría	_____	_____
___ Otros (indique)	_____	_____

SERVICIOS ANCILARES:

	Nombres Jefes de Departamento	Núm licencia
___ Laboratorios	_____	_____
___ clínico	_____	_____
___ Patológico	_____	_____
___ Banco Sangre	_____	_____
___ Radiología	_____	_____
___ Rayos X	_____	_____
___ Sonografía	_____	_____
___ Tomografía Computarizada	_____	_____
___ Sala Emergencia	_____	_____
___ Farmacia	_____	_____
___ Terapia Física	_____	_____
___ Terap Respiratoria	_____	_____
___ Dietas	_____	_____
___ Trabajo Social	_____	_____
___ Otros	_____	_____

INFORMACION ESTADISTICA Y FINANCIERA:(Favor someter información estadística y financiera correspondiente al último año de operaciones)

Año _____ Fiscal _____ Natural _____

Total de Admisiones _____

Total dias pacientes _____

Censo diario promedio _: _____

Por ciento de ocupación promedio _____

Pacientes atendidos en sala de emergencia _____

Total de cargos facturados \$ _____

Gastos operaciones \$ _____

Total de Activos _____

FAVOR SOMETER EL ORGANIGRAMA ADMINISTRATIVO DEL HOSPITAL JUNTO CON ESTA SOLICITUD.

Firma
Director Ejecutivo/Administrador

Firma
Presidente Junta Directores