

Prestador **Oferente**

CUIT

Nombres: _____

Apellidos: _____

Domicilio: _____

número: _____

piso: _____

dpto: _____

Entrecalle 1 _____

entrecalle 2 _____

Código postal: _____

Localidad: _____

provincia: _____

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Declaración de equipos específicos**Angiógrafo digital de retina:**SI NO

1. Marca _____

2. Modelo _____

N° de serie _____

Año _____

3. Tipo de angiografía (fa/icg/oct-a): _____

4. Cámara de fondo de ojo integrada: _____

SI NO

5. Resolución mínima de imagen de fondo: _____

6. Resolución de imágenes de fluoresceína e icg: _____

7. Velocidad de captura (fps): _____

8. Sistema informático de análisis y post-procesado: _____

9. Medios de contraste: _____

Retinógrafo con angiografía flash:SI NO

1. Marca _____

2. Modelo _____

N° de serie _____

Año _____

3. Resolución mínima de la cámara digital: _____

4. Ángulo de cobertura óptico: _____

5. Sistema de iluminación led/xenón: _____

6. Movilidad del cabezal para realizar una fotografía periférica: _____

DECLARACIÓN JURADA DE EQUIPOS Y COMPETENCIAS DEL PERSONAL - OFTALMOLOGÍA OTRAS PRÁCTICAS

Dispositivo de trabeculoplastia láser selectiva (slt):

SI

NO

1. Marca

2. Modelo

N° de serie

Año

3. Tipo de láser:

4. Longitud de onda del láser:

5. Rango de energía aplicado:

6. Frecuencia de pulso:

7. Tasa de repetición:

8. Capacidad de ampliación del microscopio:

9. Sistemas de enfoque y protección ocular:

Declaración de disponibilidad y propiedad de equipos:

Declaro que los equipos médicos enumerados: Se encuentran en pleno funcionamiento.

SI

NO

Poseo la documentación técnica que acredita las características indicadas.

SI

NO

Estoy en condiciones de ofrecer acceso a inspecciones técnicas por parte del organismo contratante, si así se requiere.

SI

NO

Declaración de competencia del personal médico:

Tratamiento quirúrgico del glaucoma- trabeculoplastia laser selectiva (slt) - unilateral

Médico especialista en oftalmología que cuente con las siguientes características formativas en glaucoma y/o retina:

- Fellow ship, rotante, becario, y/o cursos de posgrado en retina y/o glaucoma;
- Curso láser oficial de la asociación argentina de glaucoma (asag) y/o complementario internacional emitido por la american academy of ophthalmology.

Apellidos:

Nombres:

Documento de Identidad

Matrícula:

Angiografía digital oftalmologica -uni o bilateral

Médico especialista en oftalmología que cuente con alguna de las siguientes características formativas en glaucoma y/o retina:

- fellow ship, rotante, becario, y/o cursos de posgrado en retina y/o glaucoma.

Apellidos: _____

Nombres: _____

Documento de Identidad

Matrícula: _____

TODA LA INFORMACIÓN CONSIGNADA PRECEDENTEMENTE TIENE CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA, ESTANDO SUJETA EN TODO MOMENTO A QUE EL INSSJP LO CONSIDERE A LA AUDITORÍA POR PARTE DEL MISMO.

Firma del responsable:

Apellidos: _____

Nombres: _____

Documento de Identidad:

Cargo: _____

Fecha: _____

Fecha_____
Firma y sello del responsable técnico o institución