

REGLAMENTO

PARA HABILITACION DE ESTABLECIMIENTOS ODONTOLÓGICOS, LABORATORIOS DE PROTESIS DENTALES Y GABINETES DE RAYOS X DENTALES CHUQUISACA





REGLAMENTO

PARA HABILITACION DE ESTABLECIMIENTOS ODONTOLÓGICOS, LABORATORIOS DE PROTESIS DENTALES Y GABINETES DE RAYOS X DENTALES CHUQUISACA





REGLAMENTO

PARA HABILITACION DE ESTABLECIMIENTOS ODONTOLÓGICOS, LABORATORIOS DE PROTESIS DENTAL Y GABINETES DE RAYOS X DENTALES CHUQUISACA

Dr. Juan José Fernández Murillo
DIRECTOR TÉCNICO SEDES – CHUQUISACA

ELABORADO POR:

Dr. Javier Carlos Carmona Llano
RESPONSABLE ÁREA DE GESTION DE CALIDAD EN SALUD ORAL
SEDES - CH

Dr. Marco Antonio Peralta Díaz.
PROFESIONAL TÉCNICO DEL ÁREA DE GESTION DE CALIDAD EN
SALUD ORAL SEDES - CH

REVISADO POR:

Dra. Sarah Montaña U.
JEFE UNIDAD REDES, SERVICIOS Y SISTEMA DE SALUD
Dr. Romulo Huanuco.
JEFE UNIDAD PLANIFICACIÓN

APROBADO POR:

CONSEJO TÉCNICO SEDES CHUQUISACA

INSTITUCIONES QUE COLABORARON EN LA REVISIÓN:

Colegio de Odontólogos
Redes de Salud.
Unión de Profesionales de Odontólogos Sucre.
Asociación de Protesistas Dentales de Chuquisaca.

DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN:

Ramiro Cuevas

SEDES – CHUQUISACA

©2026

SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE CHUQUISACA

Dr. Juan José Fernández Murillo
DIRECTOR TÉCNICO SEDES – CHUQUISACA

Dr. Rómulo Huanuco C.
JEFE UNIDAD DE PLANIFICACIÓN

Dr. Hernán Cesar Ríos Escalier
JEFE UNIDAD DE EPIDEMIOLOGÍA

Dra. Sarah Montaña Urquieta
JEFE UNIDAD REDES, SERVICIOS Y SISTEMA DE SALUD

Dr. Henry Arando Castro
JEFE UNIDAD DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

Dr. Lucas Azurduy Calderón
JEFE UNIDAD DE GESTION DE CALIDAD EN SALUD

Lic. Marco Antonio Ugarte C
JEFE UNIDAD DE RECURSOS HUMANOS

Lic. Estrella Mejía
JEFE UNIDAD ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

Abog. L. Eduardo Gonzáles Romero
JEFE UNIDAD DE ASESORÍA JURÍDICA

AUTORIDADES DEPARTAMENTALES

Sr. Damián Condori Herrera
GOBERNADOR DE CHUQUISACA

Lic. Vivian Chungara
SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD, DESARROLLO SOCIAL Y DEPORTE
GOBIERNO AUTÓNOMO DEPARTAMENTAL DE CHUQUISACA

Dr. Juan José Fernández Murillo
DIRECTOR TÉCNICO
SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE CHUQUISACA

Dr. Lucas Azurduy Calderón
JEFE UNIDAD GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD
SEDES – CHUQUISACA

PRESENTACIÓN

La salud se constituye en un derecho fundamental de todos los bolivianos/as, la misma se encuentra enmarcada en la Constitución Política del Estado. Regular y organizar el Sistema de Salud Departamental, es una tarea fundamental que se ha propuesto el Gobierno Departamental de Chuquisaca a través de la secretaria de Desarrollo Social y el Servicio Departamental de Salud Chuquisaca en el marco del cumplimiento de las normas y políticas en vigencia que promueven y garanticen una oferta de servicios de salud con solidaridad, equidad y calidad como principios para el desarrollo social y humano de nuestra población.

Para ello el Servicio Departamental de Salud de Chuquisaca, viene realizando un conjunto de esfuerzos y procesos para el ordenamiento rector del sistema de salud en todo el territorio departamental, con la promulgación de instrumentos ordenadores que permitan mejorar la oferta de salud a través de la apertura de nuevos establecimientos de salud sean estos de tipo médicos, enfermería, **odontológicos, laboratorio de prótesis dental, gabinetes de rayos x dental**, laboratorios de análisis clínicos, laboratorios farmacéuticos, medicina tradicional, y otros que garanticen de manera sostenida una mejor calidad, eficacia y eficiencia de las actividades prestacionales del sector público, privado, universidades, iglesia y ONGs permitiendo de esta manera una respuesta más eficaz, eficiente y de mayor calidad frente a las necesidades de salud de la población.

El Reglamento para la apertura habilitación de establecimientos odontológicos, laboratorio de prótesis dentales y gabinetes de rayos x dentales es un instrumento que permitirá, cumplir con los requisitos mínimos para acceder a la habilitación según su nivel de complejidad, así mismo se establecen las responsabilidades del ejercicio de los profesionales de la salud, con respecto a la administración y operación de los establecimientos odontológicos.

Las características que se demandó en la construcción del presente Reglamento, fueron las siguientes: La identificación de requisitos adecuados al nuevo marco constitucional y normativas vigentes del estado. El fin que persigue estos procedimientos, es garantizar la calidad de atención en los establecimientos odontológicos, precautelando la salud de las personas que acuden a estos establecimientos de salud, así mismo evitar problemas que se pudiesen suscitar en la atención odontológica, como la transmisión de enfermedades, mala praxis, ejercicio ilegal de la profesión y otros.

Estamos seguros que, el presente reglamento, será un referente departamental siguiendolalíneadetrabajoinstitucionalarticuladosalaspóliticasdepartamentales, para iniciar esta actividad importante en beneficio de la población Chuquisaqueña.

Dr. Juan José Fernández Murillo
DIRECTOR TÉCNICO
SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE CHUQUISACA



GOBIERNO AUTÓNOMO DE CHUQUISACA
SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD



RESOLUCIÓN DE CONSEJO TÉCNICO SEDES CHUQUISACA
N° 09/2025

Sucre, 21 de octubre de 2025

VISTOS:

El "REGLAMENTO PARA LA HABILITACION DE ESTABLECIMIENTOS ODONTOLOGICOS, LABORATORIOS DE PRÓTESIS DENTALES Y GABINETES DE RAYOS X DENTALES", el INFORME TÉCNICO SEDES CH/ PLANIF/DES.ORG. 044/2025 de 30/07/2025, CON CÓDIGO REGISTRO DIRECCIÓN CENTRAL SEDES CH N° 09081/2025 y el U.A.J./A.A.J. N° 211/2025 y los antecedentes y cuanto convino revisar:

CONSIDERANDO I:

Que, el DIRECTOR TÉCNICO DEL SEDES CHUQUISACA emite CONVOCATORIA a CONSEJO TÉCNICO con agenda definida, instalándose sesión en fecha 21 de octubre de 2025 (Acta fs. 86 al 88), existiendo quórum se procedió al tratamiento y consideración de: *REQUERIMIENTO: APROBACIÓN DEL "REGLAMENTO PARA LA HABILITACION DE ESTABLECIMIENTOS ODONTOLOGICOS, LABORATORIOS DE PRÓTESIS DENTALES Y GABINETES DE RAYOS X DENTALES".*

Que, tomándose en cuenta el: INFORME TÉCNICO SEDES CH/PLANIF./DES.ORG./044/2025 de 30 de julio, referente al: "REGLAMENTO PARA LA HABILITACION DE ESTABLECIMIENTOS ODONTOLOGICOS, LABORATORIOS DE PROTESIS DENTALES Y GABINETES DE RAYOS X DENTALES", refiere en su análisis técnico que:..."*El reglamento fue elaborado en cumplimiento a las Normas de Salud Oral aprobado Bajo resolución Ministerial N°1320 del 28 de diciembre de 2009., por lo que RECOMIENDA pase a consideración del Consejo Técnico, previo análisis jurídico del SEDES" y dejar sin efecto la resolución del Consejo Técnico del SEDES N°09/2013, que aprueba el MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA APERTURA Y FUNCIONAMIENTO DE CONSULTORIOS ODONTOLÓGICOS PRIVADOS"...*; en ese orden el INFORME JURÍDICO U.A.J./A.A.J. N° 211/2025 de 7 de octubre ..."*RECOMIENDA su viabilidad y puesta a consideración del Consejo Técnico del SEDES – CHUQUISACA"...*

CONSIDERANDO II:

Que, el REGLAMENTO PARA EL EJERCICIO DE LA ODONTOLOGÍA Y SERVICIOS AUXILIARES, REGLAMENTO PARA EL EJERCICIO DEL LABORATORISTA DENTAL APROBADO CON EL DECRETO SUPREMO 18886 DE 15 DE MARZO DE 1982, NORMA NACIONAL DE BIOSEGURIDAD EN ODONTOLOGÍA, PUBLICACIÓN N° 478, 2021 – APROBADO POR RESOLUCIÓN MINISTERIAL N°0297 DE 29 DE JULIO DE 2021 –.

Que, la NORMA DE PROCEDIMIENTOS TÉCNICOS Y ADMINISTRATIVOS EN ODONTOLOGÍA, PUBLICACIÓN N° 551, 2025, APROBADO POR RESOLUCIÓN MINISTERIAL N°0683 DE 24 DE DICIEMBRE DE 2024.

Que, las NORMAS DE SALUD ORAL, PUBLICACIÓN N° 176, APROBADO BAJO RESOLUCIÓN MINISTERIAL NO. 1320 DEL 28 DICIEMBRE 2009.

POR TANTO:

El CONSEJO TÉCNICO DEL SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE CHUQUISACA, en cumplimiento de sus atribuciones conferidas por Ley.

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO.- APROBAR el "REGLAMENTO PARA LA HABILITACION DE ESTABLECIMIENTOS ODONTOLOGICOS, LABORATORIOS DE PROTESIS DENTALES Y GABINETES DE RAYOS X DENTALES", conforme al Texto que en Anexo forma parte integrante e insoluble de la presente resolución, de cumplimiento obligatorio en todo el Departamento de Chuquisaca, sin excepción alguna.

ARTÍCULO SEGUNDO.- Será de exclusiva responsabilidad del Área de Gestión de Calidad en Salud Oral del SEDES-CH., realizar el seguimiento, monitoreo y evaluación de la ejecución del "REGLAMENTO PARA LA HABILITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS ODONTOLOGICOS,

CONTENIDO

HABILITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS ODONTOLÓGICOS, LABORATORIO DE PRÓTESIS DENTALES Y GABINETES DE RAYOS X DENTALES

CAPITULO I. GENERALIDADES	1
ARTÍCULO 1. (OBJETO)	1
ARTÍCULO 2. (MARCO LEGAL)	1
ARTÍCULO 3. (DEFINICIONES)	2
ARTÍCULO 4. (ÁMBITO DE APLICACIÓN)	6
ARTÍCULO 5. (APROBACIÓN DEL REGLAMENTO)	6
ARTÍCULO 6. (CLÁUSULA DE PREVISIÓN)	7
ARTÍCULO 7. (PRINCIPIOS FUNDAMENTALES)	7
CAPITULO II. DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD ODONTOLÓGICOS Y DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS	8
ARTÍCULO 8. (ESTABLECIMIENTOS DE SALUD ODONTOLÓGICOS)	8
ARTÍCULO 9. (DE LAS DIMENSIONES DE LOS ESTABLECIMIENTOS ODONTOLÓGICOS)	8
ARTÍCULO 10. (DE LOS NIVELES DE ATENCIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD ODONTOLÓGICOS)	8
ARTÍCULO 11. (DE LAS CATEGORÍAS DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD ODONTOLÓGICOS)	9
ARTÍCULO 12. (CARACTERÍSTICAS DE LAS INSTALACIONES)	13
CAPITULO III. REQUISITOS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA APERTURA Y HABILITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS ODONTOLÓGICOS LABORATORIO DE PRÓTESIS DENTALES Y GABINETES DE RAYOS X DENTALES	18
ARTÍCULO 13. (AUTORIDAD COMPETENTE)	18
ARTÍCULO 14. (DE LAS AUTORIZACIONES)	19
ARTÍCULO 15. (REQUISITOS)	19
ARTÍCULO 16. (PROCEDIMIENTO PARA LA HABILITACIÓN)	23
ARTÍCULO 17. REVOCACIÓN DE LA HABILITACIÓN	25
ARTÍCULO 18. (PROCEDIMIENTO PARA TRASLADOS)	26
ARTÍCULO 19. (PROCEDIMIENTO CIERRE TEMPORAL O DEFINITIVO)	27
ARTÍCULO 20. (PROCEDIMIENTO PARA CAMBIO DE PROFESIONALES ODONTÓLOGOS Y RAMAS ANEXAS)	28
ARTÍCULO 21. (PROCEDIMIENTO PARA CAMBIO DE RAZÓN SOCIAL)	29
CAPITULO IV. ARANCELES	30
ARTÍCULO 22. (ARANCELES)	30
CAPITULO V. PROCEDIMIENTO PARA LAS INSPECCIONES	32
ARTÍCULO 23. (PROCEDIMIENTO PARA LAS INSPECCIONES PARA LA HABILITACIÓN)	32
ARTÍCULO 24. (PROCEDIMIENTO PARA LAS INSPECCIONES AL FUNCIONAMIENTO)	33
ARTÍCULO 25. (DE LOS INSPECTORES)	33

ARTÍCULO 26. (FRECUENCIA DE LAS INSPECCIONES)	33
ARTÍCULO 27. (DE LOS ASPECTOS A VERIFICAR EN LAS INSPECCIONES AL FUNCIONAMIENTO DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD ORAL	34
CAPITULO VI. INFRACCIONES Y SANCIONES	74
ARTÍCULO 28. (INFRACCIONES Y SANCIONES)	37
CAPITULO VII. REGISTRO DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD ORAL PRIVADOS	40
ARTÍCULO 29. (REGISTRO DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD ORAL PÚBLICOS Y PRIVADOS)	40
CAPITULO VIII. VIGENCIA	41
ARTÍCULO 30. (VIGENCIA)	38
ARTÍCULO 31. (DISPOSICION FINAL)	38
ANEXOS	43
ANEXO 1 FORMULARIO REGISTRO DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD ORAL	43
ANEXO 2: INSTRUCTIVO DE LLENADO DE FORMULARIO REGISTRO DE CONSULTORIOS ODONTOLÓGICO	46
ANEXO 3: FORMULARIO DE INSPECCIÓN PARA LA APERTURA DE CONSULTORIOS ODONTOLÓGICOS PRIVADOS	49
ANEXO 4. LISTA ADICIONAL AL FORMULARIO DE INSPECCIÓN PARA LA APERTURA	52
ANEXO 5. LISTA DE MEDICAMENTOS E INSUMOS ODONTOLÓGICOS (B)	56
ANEXO 6. FORMULARIO DE INSPECCIONES AL FUNCIONAMIENTO DE LOS CONSULTORIOS ODONTOLÓGICOS	59
ANEXO 7. FORMULARIO DE SUPERVISION Y HABILITACIÓN DE LABORATORIO DE PROTESIS DENTAL (FORM. 4)	61
ANEXO 8. FORMULARIO ACTA DE SUPERVISION	65
ANEXO 9. FORMULARIO ACTA DE NOTIFICACION	66
ANEXO 10. FORMULARIO ACTA DE SUPERVISION	67
ANEXO 11. FORMULARIO DE HABILITACIÓN Y REGISTRO UNICO	68
ANEXO 12. HISTORIA CLINICA	69
ANEXO 13. CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ODONTOLOGIA	71
ANEXO 14. FLUJOGRAMA 1	72
ANEXO 15. FLUJOGRAMA 2	73
ANEXO 16. FLUJOGRAMA 3	74
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	75

REGLAMENTO

HABILITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS ODONTOLÓGICOS, LABORATORIO DE PROTESIS DENTALES Y GABINETES DE RAYOS X DENTALES

CAPITULO I

GENERALIDADES

ARTÍCULO 1. (OBJETO)

Establecer los requisitos administrativos, técnicos y procedimientos obligatorios que deben cumplir todos los establecimientos de salud Odontológicos, laboratorios de Prótesis Dental y Gabinetes de Rx Dental del Sistema Departamental de Salud de Chuquisaca, para la obtención de la "Resolución Administrativa de Habilitación para el funcionamiento", en cumplimiento a las normas nacionales de calidad.

ARTÍCULO 2. (MARCO LEGAL)

1. Constitución Política del Estado del 7 de febrero de 2009.
2. Ley 1178 de 20 de julio de 1990, Ley de Administración y Control Gubernamental (SAFCO), que dispone
3. Decreto Ley N°15629 del 18 de julio de 1978 (Código de Salud)
4. Decreto Supremo N°18886 de 15 de marzo de 1982, que aprueba el ejercicio de la Odontología y Servicios Auxiliares del ejercicio de laboratorio Dental

5. Ley N°031, Ley Marco de Autonomías y Descentralización “Andrés Báñez” de 19 de julio de 2010. Dispone en su artículo 81, párrafo III, numeral 1, las siguientes competencias inherentes a salud:
6. Decreto Supremo N°25233 de 27 de noviembre de 1998 (Funcionamiento de los Servicios Departamental de Salud)
7. Norma Nacional de Bioseguridad en Odontología, publicación N°478, 2021, aprobado por Resolución Ministerial N°0297 de 29 de julio de 2021.
8. Norma de procedimientos técnicos y administrativos en odontología, publicación N°551, 2025, aprobado por Resolución Ministerial N°0683 de 24 de Diciembre de 2024.

ARTÍCULO 3. (DEFINICIONES)

- a) **Salud Oral:** Es el completo bienestar físico y psicosocial que el individuo presenta adecuadamente su salud oral en la parte funcional, fonética y estética para poder desenvolverse en forma armónica con su entorno, que lleve a elevar su autoestima. De esta manera se previene complicaciones en la salud general del individuo
- b) **Consultorio Odontológico:** Ambiente que cuenta con un solo sillón dental o una unidad dental, brindando confort y privacidad al paciente, contando con equipos, instrumental dental, equipo de esterilización, equipo de diagnóstico, materiales dentales, y todo lo necesario para que tanto el odontólogo como el personal de asistencia puedan realizar su trabajo de la mejor manera.
- c) **Centro Odontológico:** o Policonsultorio, es un Conjunto de instalaciones para brindar atención dental ambulatoria, y esto incluye recepción, sala de espera, instalaciones sanitarias, ambiente para RX uno o más consultorios y/u otros ambientes brindando diferentes servicios y/o especialidades.
- d) **Clínica Odontológica:** Centro asistencial especializado en tratamientos odontológicos, que brinda servicios con procedimientos quirúrgicos (cirugías mayores) y que cuenten con más de un consultorio odontológico, recepción, sala de espera, instalaciones sanitarias, ambiente para RX, quirófano.
- e) **Rayos X en Odontología:** Servicio de diagnóstico para estudios complementarios

en tratamientos odontológicos y que cuenta con autorización de la AETN, donde se visualiza desde caries hasta la destrucción del tejido óseo circundante a las piezas dentarias. La radiación en odontología es mínima, aun así, se debe proteger al paciente con un delantal de plomo. Las piezas dentarias tienen su angulación y su tiempo de exposición (a la radiación) específica en cada arcada:

- > Una radiografía dental periapical emite 0,005 milisivertsmSv (radiación mínima en la escala de radiaciones de La Comisión Internacional de Unidades de Radiación)
 - > Radiografía panorámica emite 0,004 A 0,030 milisivertsmSv
 - > Radiografía 22 cefalométrica 0,003 milisivertsmSv
- f) **Número de Lote:** Es la codificación alfa numérica que se le asigna por el fabricante del producto a un producto determinado en serie. Se debe verificar fecha de caducidad, tomando en cuenta, productos indeterminados.
- g) **AETN:** Autoridad de Fiscalización de Electricidad y Tecnología Nuclear, que realizar el control y fiscalización del uso del material nuclear, material radiactivo y equipos generadores de radiaciones ionizantes.
- h) **Georreferenciación:** Es la técnica de posicionamiento espacial de una entidad en una localización geográfica única y bien definida en un sistema de coordenadas y datum específicos. Actualmente GPS.
- i) **Radiovisiografo:** Dispositivo digitalizador de imágenes de RX, el cual sustituye a la placa convencional, visualizado en la pantalla de la PC que trabaja solamente con un 10% (90% menos de la radiación convencional) de la emisión de RX habitual, dispone de un software con múltiples funciones para el tratamiento estudio y almacenamiento de imágenes.
- j) **Registro Sanitario:** Se entiende por registro sanitario el procedimiento por el cual un producto farmacéutico pasa por una estricta evaluación previa a su comercialización. Todo producto para ser fabricado, importado, exportado, adquirido, distribuido, comercializado, recetado y dispensado en el país, debe contar previamente con el Registro Sanitario otorgado indelegablemente por el Ministerio de Salud.

- k) **El servicio odontológico:** es una parte de la atención en salud que se brinda a la población, que tiene como objetivo la curación, rehabilitación de la salud oral, estos servicios se los puede dividir en servicio públicos, de seguridad social, de instituciones de enseñanza y privados lucrativos como no lucrativos.
- l) **Calidad:** Cumplimiento de estándares técnicos para satisfacción del usuario.
- m) **Habilitación:** Proceso por el cual el SEDES Chuquisaca, verifica y certifica que el consultorio odontológico cumple con los requisitos mínimos de infraestructura, equipamiento, bioseguridad y recursos humanos establecidos en la normativa vigente, permitiendo su funcionamiento legal.
- n) **Equipamiento Odontológico:** Conjunto de instrumentos, equipos y dispositivos médicos necesarios para la atención odontológica. Estos incluyen, pero no se limitan a, sillones odontológicos, unidades de succión, autoclaves para la esterilización de instrumentos, lámparas de foto polimerización y equipos de radiografía dental.
- o) **Resolución Administrativa:** Permiso otorgado por el SEDES Chuquisaca, para que un consultorio odontológico pueda iniciar sus actividades. Este permiso es concedido después de la verificación del cumplimiento de los requisitos establecidos y es de carácter temporal, sujeto a renovación periódica.
- p) **Bioseguridad:** Conjunto de medidas y procedimientos destinados a prevenir y controlar los riesgos de infección y contaminación en el consultorio odontológico, tanto para el paciente como para el personal de salud, mediante el adecuado manejo de materiales, desechos, esterilización y uso de equipo de protección personal.
- q) **Formulario:** Documento estándar proporcionado por la autoridad sanitaria que debe ser completado por los solicitantes para iniciar el proceso de habilitación o autorización de un consultorio odontológico. En el formulario se incluyen datos sobre el consultorio, su infraestructura, personal y cumplimiento de normativas.
- r) **Traslado de Consultorio:** Proceso mediante el cual se cambia la ubicación física de un consultorio odontológico. Este traslado debe ser notificado y autorizado previamente por la autoridad sanitaria, la cual verificará que las nuevas instalaciones cumplan con los requisitos de habilitación.

- s) **Razón Social:** Denominación oficial bajo la cual una entidad jurídica (consultorio odontológico) se registra y opera comercialmente. Es el nombre con el que la entidad es reconocida legalmente y bajo el cual se realizan todas sus transacciones y actividades comerciales.
- t) **Cierre Temporal:** Suspensión provisional de las actividades de un consultorio odontológico, autorizado o impuesto por el SEDES Chuquisaca. Este cierre puede ser voluntario, por razones administrativas o de mantenimiento, o bien forzado, en caso de incumplimiento de normativas o condiciones de emergencia sanitaria.
- u) **Cierre definitivo:** Clausura permanente de las actividades de un consultorio odontológico, lo que implica la cancelación de su autorización de funcionamiento. Este cierre puede ser solicitado por los propietarios o dictado por el SEDES Chuquisaca, en caso de incumplimiento grave de las normativas vigentes.
- v) **Inspección:** Acto de verificación realizado por el SEDES Chuquisaca para comprobar el cumplimiento de los requisitos legales, técnicos y de bioseguridad en un consultorio odontológico. Las inspecciones pueden ser programadas o sorpresivas, y se llevan a cabo tanto durante el proceso de habilitación como en la operación regular del consultorio.
- w) **Supervisión:** Es el seguimiento que se realiza a los establecimientos de Salud Oral, para la verificación del cumplimiento de observaciones realizadas, de acuerdo a programación de la Subunidad de Salud Oral.
- x) **Aranceles:** Tarifas o costos que los propietarios de los consultorios odontológicos deben pagar al SEDES Chuquisaca por la realización de diversos trámites, tales como la habilitación, renovación de la autorización de funcionamiento, inspecciones, y otros procedimientos administrativos relacionados.
- y) **Representante legal del Establecimiento Odontológico:** es la persona natural o jurídica del consultorio que tramita la autorización para el funcionamiento que no necesariamente es un profesional odontólogo.
- z) **Consultorio Odontológico Privado:** Para el presente reglamento, esta denominación corresponderá a todo servicio odontológico del sector privado

con o sin fines de lucro (ONGs, iglesias, universidad, institutos, etc.); ya sean independientes/individuales o dependientes de un establecimiento de salud privado. Quedan excluidos los servicios del subsector público y de la seguridad social.

- aa) Protésista Dental:** trabaja principalmente en un laboratorio especializado, no interactúa directamente con los pacientes, pero sigue las indicaciones de los Odontólogos para fabricar prótesis que mejoren la calidad de vida del paciente, tanto desde el punto de vista estético como funcional.

- ab) Gabinetes de RX dentales:** son espacios especializados dentro o fuera de consultorios y clínicas dentales, diseñados para realizar radiografías de la boca y los dientes. Están equipados con tecnología de rayos X, como unidades intraorales y extraorales, que permiten obtener imágenes detalladas de la estructura dental y ósea del paciente. Estas radiografías son esenciales para diagnosticar problemas como caries, infecciones, fracturas y otras patologías dentales. Además, deben cumplir con estrictas normas de seguridad para proteger tanto a los pacientes como al personal, minimizando la exposición a radiación.

ARTÍCULO 4. (ÁMBITO DE APLICACIÓN)

El presente Reglamento es de aplicación obligatoria a todas las personas naturales y jurídicas; públicas y privadas que tengan relación con las actividades de los Establecimientos de Salud Odontológicos, para la obtención de la Resolución Administrativa de funcionamiento, misma que se aplicará en todo el departamento de Chuquisaca, a todo establecimiento de salud oral del sistema departamental de salud.

ARTÍCULO 5. (APROBACIÓN DEL REGLAMENTO).

El presente "Reglamento para la apertura y habilitación de establecimientos odontológicos, laboratorios de prótesis dentales y Gabinetes de RX dentales" será aprobado mediante resolución Administrativa de Consejo Técnico del Servicio Departamental de Salud Chuquisaca. Dejando establecido que el presente Reglamento entrara en vigencia a partir de la aprobación por esa instancia legal.

ARTÍCULO 6. (CLÁUSULA DE PREVISIÓN)

En caso de presentarse omisiones, contradicciones y/o diferencias en la interpretación del presente Reglamento, estas serán solucionadas en primera instancia por la Unidad de Gestión de Calidad en Salud del SEDES CH, quien podrá también solicitar la interpretación respectiva a la Unidad Jurídica del SEDES CH.

ARTÍCULO 7. (PRINCIPIOS FUNDAMENTALES)

Las normas mínimas físico-funcionales de establecimientos odontológicos se basan en los siguientes principios:

- 1. Seguridad:** Las instalaciones deben garantizar la seguridad física de pacientes y personal, minimizando riesgos de accidentes y permitiendo una atención sanitaria segura.
- 2. Accesibilidad Universal:** Los consultorios deben estar diseñados para ser accesibles para todas las personas, incluidas aquellas con discapacidades, de conformidad con las normativas vigentes sobre accesibilidad, de manera gradual y de acuerdo disponibilidad y oferta.
- 3. Funcionalidad:** La distribución de los espacios debe responder a la operatividad eficiente de los servicios de salud, facilitando el flujo de trabajo y la interacción adecuada entre pacientes y personal.
- 4. Confort:** Los espacios deben brindar un ambiente agradable y cómodo, contribuyendo al bienestar físico y mental de los pacientes y profesionales de la salud.

CAPITULO II

DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD ODONTOLÓGICOS Y DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS

ARTÍCULO 8. (ESTABLECIMIENTOS DE SALUD ODONTOLÓGICOS)

Son establecimientos de salud odontológicos: Los consultorios odontológicos, clínicas odontológicas con o sin especialidad, clínicas odontológicas universitarias, consultorios móviles odontológicos, laboratorios de prótesis dentales y Gabinetes de rayos X dentales. Sean estos públicos, privados, de la seguridad social, iglesia, organismos no gubernamentales (ONGs), etc. Pertenecientes al Sistema Departamental de Salud.

ARTÍCULO 9. (DE LAS DIMENSIONES DE LOS ESTABLECIMIENTOS ODONTOLÓGICOS)

Los establecimientos de salud Odontológicos del departamento deben cumplir con las Normas de caracterización de establecimientos de salud vigentes, que establecen que las dimensiones de los consultorios odontológicos deben tener un área de 16 m² para establecimientos de salud de primer nivel. En segundo y tercer nivel se deberá utilizar estas dimensiones, pero deberá ser consensuado con el SEDES CH, en caso de solicitar consultorios de otras dimensiones, laboratorio de prótesis dental, gabinetes de rayos x dental.

ARTÍCULO 10. (DE LOS NIVELES DE ATENCIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD ODONTOLÓGICOS)

Los establecimientos de salud Odontológicos del departamento de Chuquisaca, se clasificarán de la siguiente manera, independientemente del nivel de atención del establecimiento de salud en el que se encuentren albergados:

TIPO DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD ORAL	NIVEL DE ATENCIÓN		
	PRIMER NIVEL	SEGUNDO NIVEL	TERCER NIVEL
Establecimiento de salud Oral de consulta Externa e internación	> Consultorio Odontológico	> Consultorio Odontológico con especialidad	
	> Consultorio Odontológico con Rayos X	> Poli consultorio Odontológico > Clínica Odontológica	> Clínica Odontológica de Cirugía Maxilo facial.
	> Unidad Odontológica Móvil	> Clínica Odontológica Universitaria y de Posgrado	
Establecimiento de Salud oral de apoyo a Los 3 niveles	> Laboratorio de Prótesis Dental		
	> Gabinete de Rayos X Odontológico		

ARTÍCULO 11. (DE LAS CATEGORÍAS DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD ODONTOLÓGICOS)

a) **CATEGORÍA 1. Consultorio Odontológico:** Será llamado así, a aquel establecimiento de salud que desarrolle acciones de prevención, diagnóstico, tratamiento, con no más de 2 profesionales y cuyo funcionamiento se ajuste a las disposiciones de ley, de acuerdo a las normas de caracterización.

Los consultorios odontológicos se clasifican de la siguiente manera:

- > **Subcategoría 1A:** 1 o 2 Sillones, 1 profesional.
- > **Subcategoría 1B:** 2 sillones, 2 profesionales.

b) **CATEGORÍA 2. Consultorio Odontológico con Rayos X:** Será llamado así, a aquel establecimiento de salud Oral que desarrolle acciones de prevención, diagnóstico, tratamiento, con no más de 2 profesionales y que cuenten con Rayos X periapical y cuyo funcionamiento se ajuste a las disposiciones de Ley.

Los consultorios odontológicos se clasificarán de la siguiente manera:

- > **Subcategoría 2A:** 1 o 2 Sillones, 1 profesional y Rayos X periapical.
- > **Subcategoría 2B:** 2 Sillones, 2 profesionales y Rayos X periapical.

- c) **CATEGORÍA 3. Consultorio Odontológico con especialidad:** Será llamado así, a aquel establecimiento de salud que desarrolle acciones de prevención, diagnóstico, tratamiento y que cuenten con no más de 2 profesionales especialistas en algún área de la odontología, pueden contar con Rayos X periapical y cuyo funcionamiento se ajusta a las disposiciones de Ley.

Los consultorios odontológicos con especialidad se clasificarán de la siguiente manera:

- > **Subcategoría 3A:** 1 o 2 Sillones, 1 especialista.
- > **Subcategoría 3B:** 2 Sillones, 2 especialistas.

- d) **CATEGORÍA 4. Unidad Odontológica Móvil:** Será aquel servicio de Salud Oral destinado a la atención itinerante de corto plazo, de carácter público, privado, de la iglesia, ONG's o de la seguridad social, desarrollada en diferentes escenarios.

- e) **CATEGORÍA 5. Poli consultorio Odontológico:** Será llamado así, aquel establecimiento de Salud Oral que cuente con más de 2 sillones odontológicos, en ambientes separados y que desarrolle acciones de prevención, diagnóstico, tratamiento y atención mínimamente de una especialidad (obligatorio) y que cuente con rayos X periapical (opcional), además de un convenio con un laboratorio de análisis clínico habilitado por SEDES CH, el funcionamiento de estos establecimientos se debe ajustar a las disposiciones de Ley.

Otros nombres que se considerarán con igual significación serán: Centro Odontológico de Especialidad. Los Policonsultorios odontológicos se clasificarán de la siguiente manera:

- > **Subcategoría 5A:** 3 Consultorios o más, 3 profesionales o más (1 especialista obligatorio).
- > **Subcategoría 5B:** 3 Consultorios o más, 2 especialistas o más.
- > **Subcategoría 5C:** 3 Consultorios o más, con Rayos X periapical.

- f) **CATEGORÍA 6. Clínica Odontológica:** Será llamado así, a todo establecimiento de Salud Oral que desarrolle acciones de prevención, diagnóstico, tratamiento médico quirúrgico y atención, mínimamente de dos especialidades (obligatorio), y equipo de apoyo quirúrgico (Lic. En enfermería, Circulante; Técnico Superior en Enfermería) para cuyo funcionamiento deberá contar con la presencia de por lo menos 2 profesionales odontológicos con especialidad, también deberá contar con ambientes para rehabilitación y recuperación de la salud bucodental, con laboratorios de prótesis dental o convenio con laboratorio legalmente habilitado por SEDES CH, rayos X, quirófano y central de esterilización, convenio con un laboratorio de análisis clínico habilitado por SEDES CH, cuyo funcionamiento se ajusta a las disposiciones de Ley.

Las clínicas odontológicas se clasificarán de la siguiente manera:

- > **Categoría 6A:** 4 a 10 Sillones.
- > **Categoría 6B:** 11 A 15 Sillones.
- > **Categoría 6C:** 16 o más sillones.

- g) **CATEGORÍA 7. Clínica Odontológica Universitaria:** Se denomina Clínica Odontológica Universitaria al establecimiento de Salud Oral público o privado, dependiente de una Facultad de Odontología de una Universidad Pública o Privada, en el cual se brinda atención odontológica como parte de la formación académica de pregrado y/o posgrado, mediante prácticas clínicas docentes, bajo estricta supervisión académica y profesional.

Estas clínicas deberán contar con infraestructura, equipamiento, insumos y recursos humanos necesarios para la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y recuperación de la salud bucodental, incluyendo obligatoriamente áreas clínicas asistenciales, servicio de radiología odontológica (rayos X), quirófano odontológico y central de esterilización, los cuales deberán cumplir con los requisitos técnicos, sanitarios, de bioseguridad y radioprotección establecidos en la normativa vigente del Estado Plurinacional de Bolivia.

De manera opcional, podrán disponer de laboratorios de prótesis dental, propios o tercerizados, debidamente autorizados por la instancia competente.

El funcionamiento de la Clínica Odontológica Universitaria estará a cargo de docentes y profesionales odontólogos con especialidad y/o subespecialidad, quienes cumplirán funciones asistenciales, docentes, de supervisión clínica y evaluación académica de estudiantes de pregrado y profesionales en programas de posgrado.

Las Clínicas Odontológicas Universitarias Públicas y Privadas de Pregrado y Posgrado se clasificarán de acuerdo con su capacidad instalada, determinada por el número de sillones odontológicos, de la siguiente manera:

Las clínicas odontológicas universitarias se clasificarán de la siguiente manera:

- > **Categoría 7A:** 10 a 30 Sillones
- > **Categoría 7B:** 31 A 50 Sillones.
- > **Categoría 7C:** 51 o más sillones

h) CATEGORÍA 8. Clínica Odontológica de Cirugía Máxilo – Facial: Será llamado así, a todo establecimiento de Salud Oral que desarrolle acciones de prevención, diagnóstico, tratamiento médico – quirúrgico y atención de especialidad en Cirugía Máxilo – Facial, que debe contar con un equipo quirúrgico conformado por anesthesiólogo, asistente dental, Lic. En enfermería, Técnico Superior en Enfermería, para cuyo funcionamiento deberá contar con la presencia de por lo menos un (1) profesional odontológico con especialidad en Cirugía Máxilo – Facial, también deberá contar con ambientes para rehabilitación y recuperación de la salud bucodental, rayos X, quirófano y central de esterilización, convenio con un laboratorio de análisis clínico habilitado por SEDES CH, cuyo funcionamiento se ajuste a las disposiciones de Ley y que cumplan con los requisitos enunciados en el Formulario de Evaluación y Habilitación de Clínicas Odontológicas de Cirugía Maxilo – Facial.

Las clínicas odontológicas de Cirugía Maxilo – Facial, se clasificará de la siguiente manera:

- > **Categoría 8A:** 1 Especialista en Cirugía Maxilo-facial.
- > **Categoría 8B:** 2 o más Especialistas en Cirugía Maxilo-facial.

- i) **CATEGORÍA 9. Laboratorio de Prótesis Dental:** Será llamado así, a todo establecimiento que este dedicado al diseño y elaboración de aparatos intraorales, confeccionados con diferentes materiales, de acuerdo a un diagnóstico y orden de requerimiento por parte de un odontólogo y cuyo fin es contribuir a la rehabilitación oral.

Los laboratorios de prótesis dental se clasificarán de la siguiente manera:

- > **Categoría 9A:** 1 Servicio
- > **Categoría 9B:** 2 Servicios
- > **Categoría 9C:** 3 o más servicios

- j) **CATEGORÍA 10. Gabinete de Rayos X Odontológico:** Será llamado así, a todo establecimiento que desarrolle acciones de apoyo diagnóstico en rayos X e imagenología, cuyo funcionamiento se ajusta a las disposiciones Reglamentarias del Agencia de Fiscalización y Tecnología Nuclear (AETN).

Otros nombres que se considerarán con igual significación serán: Gabinete de imagenología odontológica.

Los gabinetes de Rayos X Dentales se clasificarán de la siguiente manera:

- > **Categoría 10A:** Gabinete con 1 equipo periapical.
- > **Categoría 10B:** Gabinete con 1 equipo periapical / 1 panorámico/ 1 Tomografía (TAC).
- > **Categoría 10C:** Gabinete con más de 1 equipo periapical, panorámico y Tomografía (TAC).

ARTÍCULO 12. (CARACTERÍSTICAS DE LAS INSTALACIONES)

La correcta planificación y diseño de las instalaciones de un consultorio odontológico es clave para asegurar no solo la calidad de los servicios prestados, sino también la seguridad y confort de los pacientes y del personal. Los criterios expuestos en los siguientes puntos, buscan establecer un estándar mínimo que los consultorios odontológicos deben cumplir para su apertura y habilitación,

asegurando el respeto a las normativas de bioseguridad, accesibilidad y sostenibilidad en el diseño arquitectónico.

1. Ambientes Mínimos.

a) El consultorio odontológico debe contar con una serie de espacios básicos que permitan la adecuada prestación de los servicios odontológicos y el cumplimiento de normas de bioseguridad y confort. Los ambientes mínimos requeridos son:

b) Sala de Espera y/o Recepción:

- > Sala de espera de consultorios odontológicos, tendrán una dimensión mínima de 4 m².
- > Sala de espera en establecimientos o centros odontológicos con 2 o más consultorios, debido a su mayor capacidad de atención se deberá considerar una dimensión de 1.2 m² por persona, con un mínimo de 9 m² de superficie.
- > Sala de espera de clínicas universitarias, al igual que los establecimientos privados o centros odontológicos con 2 o más consultorios se considera una dimensión de 1.2 m² por persona. Sin embargo, debido a ser una sala de uso múltiple (ambiente adecuado para exposición de promoción de la salud comunitaria, capacitación personal, institucional y comunitaria, reuniones de personal y comunidad) a la mayor afluencia de pacientes la dimensión mínima del área será de 27 m².
- > Sala de espera de laboratorios de prótesis dentales, la misma consideración que los consultorios con una dimensión mínima del área de 4 m².
- > Siendo esta parte del establecimiento, donde el paciente espera su turno de atención o recoge información, la misma deberá ser confortable y contar con una ventilación adecuada con una temperatura entre 21°C y 24°C.

c) **Consultorio Odontológico (Unidad Clínica):** Área destinada a la prestación de los servicios odontológicos. Debe estar diseñada para permitir el libre movimiento

del personal y la disposición adecuada de los equipos odontológicos y de esterilización. El área mínima recomendada para el consultorio odontológico es de 16 m², **con un espacio libre suficiente para** albergar el equipo clínico y garantizar el acceso del profesional a todas las áreas de trabajo.

Por consiguiente se optara a la norma de procedimientos técnicos y administrativos en odontología 2025, subtítulo 3.1.1.2 Ambiente Clínico, página 29.

- d) **Área de Desinfección y Esterilización:** esta área debe estar ubicada lo más distante posible del área de trabajo dentro o fuera del consultorio, para proteger al personal de los vapores que se generan durante el proceso de esterilización. El tamaño de esta dependerá de la cantidad de consultorios existentes en la instalación. Se requiere, mesón de 80 cm de alto, 60 cm de ancho x 3 m de largo, de preferencia debe ubicarse al lado derecho del operador revestido con cerámica y uniones sin ranuras, dispuesto con un lavadero de acero inoxidable de dos hoyas para el lavado del instrumental y posterior desinfección, la superficie también albergará a los equipos de esterilización (autoclave, empaquetadora, selladora) y los aparatos ultrasónicos de limpieza. Debe contar con una entrada para instrumentos sucios y salida para los estériles.

- e) **Baños o Sanitarios:** Dentro del diseño del establecimiento de salud, se debe tomar en cuenta los baños o sanitarios para dar comodidad y tranquilidad al paciente cuando se encuentre en espera. Este ambiente, debe tener comunicación directa con la sala de espera y/o recepción del establecimiento, contar con acceso para personas con discapacidad. El ambiente de un baño debe ser cómodo en lo que se refiere a espacio, el que deberá ser suficiente para el inodoro, lavamanos, dispensador de toallas desechables y de jabón líquido; debe contar con una dimensión mínima de 2.5 m². Deben existir servicios higiénicos, en lo posible, separados para el personal de salud y para los pacientes. Estos deben tomar en cuenta, de acuerdo a disponibilidad, con la accesibilidad para personas con discapacidad.

2. Circulación y Accesibilidad

- a) **Accesibilidad para Personas con Discapacidad:** Las instalaciones del consultorio deben adecuarse de manera gradual y de acuerdo a disponibilidad que permita un acceso al paciente.

- b) **Pasillos y Áreas de Circulación:** Los pasillos que conectan los ambientes deben tener un ancho mínimo de 1.20 metros, lo que permite el paso fluido de camillas o sillas de ruedas. Los accesos a los diferentes ambientes deben ser amplios y estar libres de obstáculos de acuerdo a disponibilidad.

3. Condiciones de iluminación

- a) **Iluminación Natural y Artificial:** El consultorio odontológico debe contar con una adecuada iluminación natural que permita un ambiente confortable y saludable. Las ventanas deben ser de fácil acceso para su limpieza y contar con sistemas de control de luz (persianas o cortinas) para evitar el deslumbramiento.
- b) **En cuanto a la iluminación artificial,** es necesario que se instalen sistemas de iluminación general y específica. La iluminación general debe proporcionar un nivel de iluminación uniforme en todos los ambientes, mientras que la iluminación específica en el área de trabajo clínico del campo operatorio debe permitir al operador realizar trabajos de precisión. La iluminación debe tener dos intensidades: una de 8,000 lux como mínimo y la otra no menor de 25,000 lux.

4. Condiciones de Ventilación y Climatización

- a) **Ventilación Natural:** Los ambientes deben contar con ventanas o dispositivos que permitan una ventilación cruzada y la renovación continua del aire. La ventilación natural es esencial para evitar la acumulación de partículas contaminantes y la propagación de aerosoles que puedan contener agentes patógenos.
- b) **Ventilación Artificial:** En aquellos espacios donde no sea posible la ventilación natural, debe instalarse un sistema de ventilación mecánica que asegure un flujo de aire continuo y controlado. El consultorio odontológico debe disponer de un sistema de extracción de aire en la zona clínica para eliminar aerosoles y garantizar la seguridad del personal y los pacientes.
- c) **Climatización:** El control de la temperatura en los ambientes es crucial para asegurar la comodidad del personal y los pacientes. Se recomienda mantener la temperatura entre 21 y 24 grados Celsius mediante sistemas de aire acondicionado o calefacción según la región geográfica.

5. Control de Ruido

Aislamiento Acústico: Los consultorios odontológicos deben estar diseñados para minimizar la transmisión de ruidos externos e internos. Se recomienda el uso de materiales absorbentes de sonido en techos, paredes y pisos, especialmente en áreas sensibles como el área clínica y la sala de espera, con el fin de crear un ambiente más confortable para los pacientes y mejorar la concentración del personal de salud.

6. Condiciones de seguridad

a) Instalaciones Eléctricas: El medidor debe estar acorde a lo establecido por la empresa de electricidad, tomando en cuenta el circuito y la cantidad de térmicos necesarios.

Se recomienda mínimo 12 puntos de toma corriente dispuestos de la siguiente manera:

- > 4 puntos sobre el mesón (autoclave y empaquetadora).
- > 2 punto debajo el mesón (compresora de aire).
- > 1 punto en el piso con cableado subterráneo (unidad dental, evaluando factores de riesgo).
- > 2 puntos en el área administrativa (computadora e impresora).
- > 3 puntos en las paredes (luz halógena, Rx, suctor, otros).

Todas estas terminales deben ser del tipo schuko o similar con conexión a tierra, distribuidas a partir de un térmico principal ubicado detrás de la puerta principal. Como establecimiento es preciso contar con generador de energía.

b) Sistemas de Emergencia: Se recomienda que los consultorios odontológicos deben contar con salidas de emergencia accesible y libre de obstáculos que permita la circulación de las personas cuando sea necesario.

c) Prevención de Infecciones: Las instalaciones deben estar diseñadas para

facilitar la limpieza y desinfección de todas las superficies. Los materiales de construcción deben ser resistentes a productos químicos y fáciles de limpiar. Se recomienda el uso de pisos antideslizantes y revestimientos lisos en paredes para evitar la acumulación de suciedad y facilitar la higiene del área clínica.

7. Condiciones de Suministro y Disposición de Agua

- a) **Agua Potable:** El consultorio debe contar con un sistema de abastecimiento de agua potable para la atención odontológica y el uso general. El sistema de tuberías debe garantizar la provisión continua y sin interrupciones de agua en el consultorio.
- b) **Disposición de Aguas Residuales:** Deben existir sistemas adecuados para la recolección y disposición de aguas residuales, especialmente las generadas en el área clínica. Es fundamental que el manejo de los desechos líquidos cumpla con las normativas de saneamiento ambiental vigentes.

CAPITULO III

REQUISITOS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA APERTURA Y HABILITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS ODONTOLOGICOS LABORATORIO DE PROTESIS DENTALES Y GABINETES DE RAYOS X DENTALES

ARTICULO 13. (AUTORIDAD COMPETENTE)

El área de Gestión de Calidad en Salud Oral, del SEDES CH, será responsable de dirigir la implementación, supervisión y evaluación control del presente reglamento. Tendrá la facultad de viabilizar la Resolución Administrativa de Habilitación que permita el funcionamiento de establecimientos odontológicos laboratorio de prótesis dentales y gabinetes de rayos x dentales en el departamento de Chuquisaca.

ARTICULO 14. (DE LAS AUTORIZACIONES)

- I. La Resolución Administrativa de Apertura y/o Habilitación es el documento expedido por el Servicio Departamental de Salud de Chuquisaca –SEDES, que autoriza la apertura de los servicios odontológicos públicos y privados. Este documento debe ser solicitado antes del inicio de las actividades del consultorio.
- II. Una vez habilitado, el funcionamiento del consultorio odontológico privado debe ser supervisado e inspeccionado constantemente; inspección basada principalmente en normas y procedimientos que el consultorio debe cumplir en forma continua.
- III. En el caso de consultorios públicos y privados que se encuentran funcionando sin autorización del SEDES CH, deberán regularizar la misma, como APERTURA NUEVA, para ello, acudirán al SEDES CH, para la presentación de los requisitos establecidos en presente Reglamento, en el lapso de 8 días hábiles, debiendo además suspender sus actividades. La omisión a esta disposición, representará la aplicación de una multa establecida en la sección de INFRACCIONES.

ARTICULO 15. (REQUISITOS)

1. Requisitos para establecimientos Odontológicos.

Propietario o representante legal del establecimiento odontológico debe presentar en ventanilla de Dirección del SEDES CH, los siguientes requisitos:

- a) Carta de solicitud de apertura y habilitación de establecimiento de odontológico al Director Técnico del SEDES-CH
- b) Formulario de Registro de Apertura y Habilitación de establecimientos de salud Oral. (anexo 1) (Adquirir de Caja del SEDES CH). La solicitud debe incluir: el nombre del propietario, o representante legal razón social (nombre del Establecimiento de Salud Oral), dirección exacta entre otros.
- c) Fotocopia simple de la cédula de identidad del solicitante y de los profesionales en Salud Oral que trabajaran en el Establecimiento de Salud Oral).

- d) Fotocopia simple del Título Académico (del ó los profesionales en Salud Oral que trabajaran en el Establecimiento de Salud Oral)
- e) Fotocopia Legalizada del Título en Provisión Nacional. (del ó los profesionales en Salud Oral que trabajaran en el Establecimiento de Salud Oral)
- f) Matrícula Profesional Legalizada por el Ministerio de Salud y Deportes o Autenticada por el SEDES CH. (del o los profesionales en Salud Oral que trabajaran en el Establecimiento de Salud Oral), de acuerdo a nuevo formato de la matrícula, en la que consigna código de barras o similar.
- g) Fotocopia legalizada del título de especialista, maestría o doctorado; de la especialidad ofertada (solo en caso que el Establecimiento de salud Oral oferte implantología, cirugía maxilofacial, odontopediatría, ortodoncia/ ortopedia, estética dental u otra especialidad). Por la institución que emitió el título.
- h) Fotocopias de facturas, de la cancelación según aranceles establecidos por el SEDES CH. (1ra inspección entre otros, ver aranceles).
- i) Copia simple de la licencia de funcionamiento otorgado por la Alcaldía
- j) Fotocopia simple del NIT
- k) Plano del Local a escala 1:100 (papel cebolla u bond)
- l) Contrato con EMAS (para recojo de residuos infecciosos).
- m) Formulario de Declaración Jurada del Propietario y/o Representante Legal. (Anexo 11)

2. Requisitos para Laboratorios de Prótesis dental.

Propietario o representante legal del Laboratorio de Prótesis dental debe presentar en ventanilla de Dirección del SEDES CH, los siguientes requisitos.

- a) Carta de solicitud de apertura y habilitación de laboratorio de Prótesis Dental al Director Técnico del SEDES-CH.

- b) Formulario de Registro de Apertura y Habilitación de establecimientos de salud Oral. (anexo 1) (Adquirir de Caja del SEDES CH). La solicitud debe incluir: el nombre del propietario, o representante legal razón social (nombre del Establecimiento de Salud Oral), dirección exacta entre otros.
- c) Fotocopia del Certificado de Egreso Legalizado por el SEDUCA del o los técnicos en prótesis dental que trabajen en el laboratorio. Avalado por la Asociación de Protesistas Dentales de Laboratorio de Chuquisaca. (Adjuntar original para su cotejo)
- d) Fotocopia del Título en Provisión Nacional del o los técnicos en prótesis dental que trabajen en el laboratorio. Avalado por la Asociación de Protesistas Dentales de Laboratorio de Chuquisaca. (Adjuntar original para su cotejo)
- e) Fotocopia del Carnet de Socio de la Asociación de Protesistas Dentales de Laboratorio de Chuquisaca. (Adjuntar original para su cotejo)
- f) Fotocopia de Carnet de Identidad vigente del o los técnicos que trabajen en el Laboratorio de Prótesis Dental. (Adjunto original para su cotejo)
- g) Detalle de prestaciones que el Laboratorio de Prótesis Dental oferta, con firma y razón social del interesado.
- h) Inventario del instrumental Básico que utilizan en el Laboratorio de Prótesis Dental, con firma y razón social del interesado.
- i) Inventario de equipos y mobiliario, con la firma y razón social del interesado.
- j) Plano demostrativo de ubicación del Laboratorio de Prótesis Dental, con distribución de ambientes y aspectos sanitarios más croquis de ubicación en escala de 1:100, elaborado por arquitecto colegiado. (Visado por la subunidad de Infraestructura del SEDES)
- k) Formulario de Declaración Jurada del Propietario y/o Representante Legal. (Anexo 11):

- l) Consultorios dentales, Clínicas dentales, Institutos, Universidades y tienda o depósitos dentales u otro establecimiento que cuente con un laboratorio de prótesis dental que preste servicio a otros odontólogos deberá estar afiliado a la Asociación de Protesistas Dentales de Laboratorio de Chuquisaca de manera obligatoria.

3. Requisitos para Gabinetes de Rayos X Dentales.

Propietario o representante legal de Gabinetes de Rayos X Dentales debe presentar en ventanilla de Dirección del SEDES CH, los siguientes requisitos

Propietario o representante legal de Gabinetes de Rayos X Dentales debe presentar en ventanilla de Dirección del SEDES CH, los siguientes requisitos

- a) Solicitud de Apertura y Habilitación de Gabinetes de Rayos X Dentales al Director Técnico del SEDES-CH.
- b) Formulario de Registro de Apertura y Habilitación de establecimientos de salud Oral. (anexo 1) (Adquirir de Caja del SEDES CH). La solicitud debe incluir: el nombre del propietario, o representante legal razón social (nombre del Establecimiento de Salud Oral), dirección exacta entre otros.
- c) Fotocopia simple de la cédula de identidad del solicitante y de los profesionales que trabajaran en los gabinetes de Rx dental.
- d) Matrícula Profesional Legalizada por el Ministerio de Salud y Deportes o Autenticada por el SEDES CH. (del o los profesionales que trabajaran en el Gabinete de Rx dental, de acuerdo a nuevo formato de la matrícula, en la que consigna código de barras o similar.
- e) Fotocopia simple del Título Académico (del ó los profesionales que trabajaran en el Gabinete de Rx dental)
- f) Fotocopia Legalizada del Título en Provisión Nacional. (del ó los profesionales que trabajan en el Gabinete de Rx dental)
- g) Lista de los profesionales del gabinete de Rx Dental.

- h) Inventario de equipamiento de Gabinete de Rx Dental.
- i) Manual de procedimientos para la atención.
- j) Fotocopias de facturas, de la cancelación según aranceles establecidos por el SEDES CH. (1ra inspección entre otros, ver aranceles).
- k) Fotocopia simple de la licencia de funcionamiento otorgado por la Alcaldía
- l) Fotocopia simple del NIT
- m) Plano del Local a escala 1:100 (papel cebolla u bond)
- n) Formulario de Declaración Jurada del Propietario y/o Representante Legal. (Anexo 11)
- o) Fotocopia simple de la licencia vigente de la Autoridad de Fiscalización de Electricidad y Tecnología Nuclear (AETN).

ARTICULO 16. (PROCEDIMIENTO PARA LA HABILITACIÓN)

I. Inicio del Procedimiento

El procedimiento para la obtención de la Resolución Administrativa de Habilitación comenzará una vez que el solicitante presente la documentación completa en ventanilla única de Dirección del SEDES CH. La presentación podrá realizarse de manera presencial o electrónica, según lo dispuesto por el SEDES CH.

II. Revisión Preliminar de la Documentación.

1. Verificación Inicial:

Una vez recepcionado el documento en el área de Gestión de Calidad en Salud Oral, esta área contará con un plazo de cinco (5) días hábiles para realizar una revisión preliminar de la documentación presentada. Si se detecta alguna deficiencia o falta de documentos, se notificará al solicitante, quien dispondrá de un plazo de hasta diez (10) días hábiles para subsanar las observaciones.

2. Aceptación de trámite

- a) Una vez subsanadas las observaciones o confirmada la correcta presentación de los documentos, la Autoridad emitirá un Acta de Recepción de Documentos que formaliza la aceptación a trámite de la solicitud.
- b) El titular del Establecimiento de Salud Oral, deberá realizar seguimiento del trámite, y apersonarse al Área de Odontología, para establecer fecha y hora de la inspección. El solicitante debe garantizar el transporte del inspector.

III. Inspección Técnica

1. Una vez aceptada la solicitud a trámite, se procederá a realizar una inspección técnica sanitaria del local, que estará a cargo de un equipo multidisciplinario designado por la Autoridad, compuesto por:
 - > Un odontólogo inspector/supervisor.
 - > Un profesional entendido en infraestructuras o similar.
2. La inspección se realizará bajo el procedimiento establecido para el mismo (ver anexos formularios de apertura Formulario N° 2 y sus listas anexas. (ver anexos), elaborando los siguientes documentos:
 - a) Copia de la certificación de inspección del SEDES CH.
 - b) **Informe Técnico de Inspección**
 - c) Elaboración del orden de pago de aranceles. (SIAF).

IV. Plazos para la emisión del informe

1. El informe de inspección deberá ser emitido en un plazo no mayor de diez (10) días hábiles desde la realización de la inspección. Para ello, el Área de Gestión de Calidad de Salud Oral, ordenará toda la documentación, y remitirá a Dirección del SEDES CH, con el informe técnico en primer orden.

2. Dirección del SEDES CH, remitirá toda la documentación a la Unidad Jurídica del SEDES CH, para su análisis y la elaboración del Informe Jurídico y Resolución Administrativa de Habilitación y Funcionamiento.

V. Observaciones y Subsanación

La Unidad Jurídica del SEDES CH, **remite al director del SEDES CH** para la firma, la documentación para la aprobación de la Resolución Administrativa de Apertura y/o Habilitación del Establecimiento de Salud Oral. En caso de observaciones se devolverá la documentación al Área de Gestión de Calidad de Salud Oral.

VI. Emisión de la Resolución Administrativa de Habilitación

1. Una vez verificado el cumplimiento de todos los requisitos documentales, así como el informe favorable de la inspección técnica, el SEDES CH emitirá la Resolución Administrativa de Apertura y/o Habilitación en plazos previstos para este efecto.
2. El interesado, recogerá la resolución administrativa de Apertura y/o Habilitación del Área Gestión de Calidad de Salud Oral SEDES CH, presentando la cedula de identidad.

VII. Vigencia de la Habilitación

La Resolución Administrativa de Apertura y/o Habilitación tendrá una vigencia de tres (3) años, a contar desde la fecha de su emisión, siempre que el consultorio mantenga las condiciones por las cuales fue habilitado. Para su renovación, se deberá iniciar un nuevo trámite tres meses antes de la expiración de la habilitación vigente.

ARTÍCULO 17. REVOCACIÓN DE LA HABILITACIÓN

La Autoridad podrá revocar la Resolución Administrativa en los siguientes casos:

- a) Si se comprueba el incumplimiento de las condiciones establecidas en el presente reglamento.
- b) Si el consultorio incurre en prácticas contrarias a la ética profesional.

- c) Si el establecimiento modifica su infraestructura o equipamiento sin previa autorización de la Autoridad.
- d) Si no se cumplen las medidas correctivas ordenadas por la Autoridad en el plazo estipulado.

ARTÍCULO 18. (PROCEDIMIENTO PARA TRASLADOS).

- I. Los trámites de traslado, deben seguir el mismo procedimiento al establecido para la apertura y funcionamiento. Debiendo presentar los siguientes documentos antes de proceder al traslado:
 - a. Carta de Solicitud de traslado al Director Técnico del SEDES-CH.
 - b. Formulario de Registro de Apertura y Habilitación de establecimientos de salud Oral. (anexo 1) (adquirir de Caja de SEDES CH), solicitando Resolución Administrativa de Traslado del consultorio odontológico. Detallando el nombre del propietario, razón social, **nueva dirección entre otros**.
 - c. Fotocopia simple de la cédula de identidad del solicitante.
 - d. Plano del Local a escala 1:100
 - e. Fotocopia simple del NIT
 - f. Fotocopia de la Resolución Administrativa de Habilitación y Funcionamiento
 - g. Copia de la factura de la cancelación por concepto de la inspección.
- II. Dirección del SEDES CH, remitirá la solicitud al Área Gestión de Calidad de Salud Oral, adjuntado una fotocopia de la factura de pago por concepto de inspección (ver aranceles).
- III. El titular del Establecimiento de Salud Oral, deberá realizar seguimiento del trámite, y apersonarse al Área de Gestión de Calidad de Salud Oral, para establecer fecha y hora de la inspección. El solicitante debe garantizar el transporte del inspector.

- IV. La inspección se realizará bajo el procedimiento establecido para el mismo (ver anexos formularios de apertura Formulario N.º 2 y sus listas anexas formulario Nº3. (ver anexos), elaborando los siguientes documentos:
- d) Copia de la certificación de inspección del SEDES CH.
 - e) Informe Técnico de Inspección
- V. El responsable del Área Gestión de Calidad de Salud Oral, ordenará toda la documentación, y remitirá a Dirección del SEDES CH mediante las vías establecidas. Con el informe técnico en primer orden.
- VI. Dirección del SEDES CH, remitirá toda la documentación a la Unidad Jurídica del SEDES, para su análisis y la elaboración del Informe Jurídico y Resolución Administrativa de Traslado del Consultorio Odontológico.
- VII. El Área Jurídica del SEDES CH, remitirá al director del SEDES CH para la firma, la documentación para la aprobación de la Resolución Administrativa de Traslado del Consultorio Odontológico. En caso de observaciones se devolverá la documentación al Área de Salud Oral.
- VIII. El interesado, recogerá la resolución administrativa de Traslado del Área de Gestión de Calidad de Salud Oral del SEDES CH. Y recién proceder al traslado, presentando la cedula de identidad.

ARTÍCULO 19. (PROCEDIMIENTO CIERRE TEMPORAL O DEFINITIVO).

- I. Para el cierre temporal o definitivo el propietario o representante deberá presentar a Dirección del SEDES CH, los siguientes documentos:
- a. Carta de Solicitud de Cierre Temporal o Definitivo al Director Técnico del SEDES-CH.
 - b. Formulario de Registro de Apertura y Habilitación de establecimientos de salud Oral. (anexo 1) (A ser adquirido en caja del SEDES CH), solicitando cierre temporal o definitivo del Establecimiento de Salud Oral. Detallando el nombre del propietario, razón social, dirección.
 - c. Fotocopia simple de la cédula de identidad del solicitante

- d. Fotocopia de la Resolución Administrativa de Habilitación y Funcionamiento
- II. Dirección remite al Área de Gestión de Calidad de Salud Oral para su registro.
- III. El Área de Gestión de Calidad de Salud Oral Inspeccionara el establecimiento de Salud Oral (Anexo 6, formulario 3).
- IV. Copia de la certificación de inspección del SEDES CH.
- V. Para la reapertura debe solicitar al SEDES CH para la inspección del consultorio.

ARTÍCULO 20. (PROCEDIMIENTO PARA CAMBIO DE PROFESIONALES ODONTÓLOGOS Y RAMAS ANEXAS).

- I. Para el cambio de los profesionales del área de Salud Oral el propietario o representante legal deberá presentar a Dirección del SEDES CH, los siguientes documentos:
 - a) Carta de Solicitud de Cambio de Profesionales al Director Técnico del SEDES-CH.
 - b) Formulario de Registro de Apertura y Habilitación de establecimientos de salud Oral. (anexo 1) (A ser adquirido en caja del SEDES CH),
 - c) Fotocopia simple de la cédula de identidad del solicitante y de los profesionales en Salud Oral que trabajaran en el Establecimiento de Salud Oral)
 - d) Fotocopia simple del Título Académico (del ó los profesionales en Salud Oral que trabajaran en el Establecimiento de Salud Oral)
 - e) Fotocopia Legalizada del Título en Provisión Nacional. (del ó los profesionales en Salud Oral que trabajaran en el Establecimiento de Salud Oral)
 - f) Matrícula Profesional Legalizada por el Ministerio de Salud o Autenticada por el SEDES - CH. (del o los profesionales en Salud Oral que trabajaran en el Establecimiento de Salud Oral).

- g) Fotocopia legalizada del título de especialista, maestría o doctorado de la especialidad ofertada (solo en caso que el establecimiento en salud Oral oferte implantología, cirugía maxilofacial, odontopediatría u otra especialidad). Expedido por la institución emisora.
 - h) Fotocopia simple de Resolución Administrativa de habilitación emitida por el SEDES CH.
- II. Dirección del SEDES CH, remitirá la solicitud al Área Gestión de Calidad de Salud Oral, adjuntado los documentos.
- III. El Área Gestión de Calidad de Salud Oral, revisara la documentación y adjuntara los mismos en la documentación del Establecimiento de Salud Oral y resguardara la documentación de los anteriores profesionales en salud.

ARTÍCULO 21. (PROCEDIMIENTO PARA CAMBIO DE RAZÓN SOCIAL).

- I. Para el cambio de Razón Social, el propietario o representante deberá presentar a Dirección del SEDES CH los siguientes documentos:
- a. Carta de Solicitud para el Cambio de Razón Social al Director Técnico del SEDES-CH.
 - b. Formulario de Registro de Apertura y Habilitación de establecimientos de salud Oral. (anexo 1) (Adquirido en Caja del SEDES CH), solicitando cambio de razón social del Establecimiento de Salud Oral. Detallando el nombre del propietario, y la nueva razón social, dirección.
 - c. Fotocopia simple de la cédula de identidad del solicitante
 - d. Fotocopia de la Resolución Administrativa de Habilitación y Funcionamiento
 - e. Fotocopia simple del NIT anterior y el Nuevo NIT con la actual razón social.
- II. Dirección del SEDES CH, remitirá la solicitud al Área de Salud Oral.
- III. El área de Área de Gestión de Calidad de Salud Oral elaborará el Informe Técnico de Cambio de Razón Social y remitirá a Dirección del SEDES CH mediante vías.

- IV. Dirección del SEDES CH, remitirá toda la documentación a la Unidad Jurídica del SEDES CH, para su análisis y la elaboración del Informe Jurídico y Resolución Administrativa de Cambio de Razón Social.
- V. El Área Jurídica del SEDES CH, remitirá al director del SEDES CH para la firma, la documentación para la aprobación de la Resolución Administrativa de Cambio de Razón Social del Establecimiento de Salud Oral. En caso de observaciones se devolverá la documentación al Área de Gestión de Calidad de Salud Oral.
- VI. El interesado, recogerá la resolución administrativa de cambio de razón social de Área de Gestión de Calidad de Salud Oral del SEDES CH, presentando la cedula de identidad.

CAPITULO IV

ARANCELES

ARTÍCULO 22. (ARANCELES).

- I. Los aranceles deben ser cancelados en Caja del SEDES CH, previa autorización del Área de Salud Oral mediante formulario. Los costos son los siguientes:

CATEGORIA	CONSULTORIO ODONTOLÓGICO	1A (1 Profesional)	1B (2 profesionales)
1	Consultorio Odontológico, distribuido por subcategorías	500.-	1000.-
CATEGORIA	CONSULTORIO ODONTOLÓGICO CON RAYOS X	2A (1 Profesional)	2B (2 profesionales)
2	Consultorio Odontológico con 1 equipo periapical, distribuidos por subcategorías	1000.-	1500.-

CATEGORIA	CONSULTORIO ODONTOLÓGICO CON ESPECIALIDAD	3A (1 Profesional)	3B (2 profesionales)	
3	Consultorio Odontológico con especialidad, distribuido por subcategorías.	1000.-	2000.-	
CATEGORIA	UNIDADES ODONTOLÓGICAS MOVILES	4A (1 Profesional)	4B (2 profesionales)	
4	Unidad Odontológica Móvil, distribuida por subcategorías	1000.-	2000.-	
CATEGORIA	POLICONSULTORIO ODONTOLÓGICO	5A (3 Profesional)	5B (2 esp. +)	5C (2 const+, con Rx periapical)
5	Policonsultorio odontológico subcategorías	1.500.-	2500.-	3.500.-
CATEGORIA	CLÍNICA ODONTOLÓGICA	6A (4 a 10 sillones)	6B (11 a 15 sillones)	6C (16 sillones a +)
6	Clínica Odontológica por subcategorías	10.000.-	12.000.-	15.000.-
CATEGORIA	CLÍNICA ODONTOLÓGICA UNIVERSITARIA Y POSGRADO	7A (15 a 30 sillones)	7B (31 a 50 sillones)	7C (51 a + sillones)
7	Clínica Odontológica Universitaria y Posgrado	15.000.-	18.000.-	20.000.-
CATEGORIA	UNIDADES ODONTOLÓGICAS MOVILES	4A (1 Profesional)	4B (2 profesionales)	
8	Clínica Odontológica por subcategorías	15.000.-	20.000.-	
CATEGORIA	LABORATORIO DE PRÓTESIS DENTAL	9A (1 servicio)	9B (2 servicios)	9C (3 servicios a +)
9	Laboratorios de Prótesis Ortodónticos, Prótesis Metal-Cerámica, Técnico Odontológico Prótesis	1.000.-	15.000.-	20.000.-
CATEGORIA	GABINETE DE RAYOS X DENTALES	10A (1 EQUIPO. PERIAPICAL)	10B (1 EQUIPO. PERIAPICAL, 1 PANORAMICO, 1 TAC)	10C (+ DE 1 EQUIPO. PERIAPICAL, PANORAMICO, TAC)
10	Centro de Rayos X Dentales por	1.000.-	2.000.-	3.000.-

II. A esto se debe adjuntar los costos de Folder y caratula, primera inspección legalizaciones y otros, establecidos bajo los aranceles del SEDES CH, por ej:

PROCEDIMIENTO	ESPECIFICACIÓN	COSTO EN BS.
Traslado, Cambio de Razón Social		300.-
Derecho a la primera Inspección para la Apertura y Traslado o cierre temporal o definitivo		50.-
Folder y Caratula		39.-
Certificado Registro Odontología		80.-
Formulario de Registro de Apertura y Habilitación de establecimientos de salud oral		40.-

CAPITULO V

PROCEDIMIENTO PARA LAS INSPECCIONES

ARTÍCULO 23. (PROCEDIMIENTO PARA LAS INSPECCIONES PARA LA HABILITACIÓN)

La inspección para la habilitación del Establecimiento de Salud Oral privado, público es la primera inspección que el titular o propietario debe solicitar, antes de su apertura, el mismo que esta descrito dentro del CAPITULO IV. ARANCELES. Tiene un costo establecido, la solicitud debe ser realizada al Dirección del SEDES CH; así mismo se debe se aplica el formulario No. 2 y 3 (ver anexos). Esta actividad es responsabilidad del personal del Área de Gestión de Calidad en Salud Oral del SEDES CH, previo acuerdo con el titular, sobre la fecha y hora.

ARTÍCULO 24. (PROCEDIMIENTO PARA LAS INSPECCIONES AL FUNCIONAMIENTO)

- I. Este procedimiento se realiza a los Establecimientos de Salud Oral que se encuentran en funcionamiento y que ya fueron habilitados; tienen el objetivo de verificar el cumplimiento de los procedimientos administrativos y técnicos, aplicándose el formulario N°3 y por otro lado el N°1 en casos que se actualice la información para la georreferenciación (ver anexos).
- II. Este tipo de inspecciones, se realizará bajo dos modalidades:
 - a) Sin aviso previo, para verificar el cumplimiento de los procedimientos administrativos y técnicos establecidos.
 - b) Programado, actividad que se hace conocer previamente a los Establecimiento de Salud Oral que son incluidos en la lista de visitas.

ARTÍCULO 25. (DE LOS INSPECTORES)

- I. Las inspecciones a los Establecimientos de Salud Oral, son de responsabilidad exclusiva del Servicio Departamental de Salud de Chuquisaca, a través del personal del Área de Gestión de Calidad de Salud Oral.
- II. Cuando así lo disponga, el SEDES CH, podrá delegar esta actividad a personal de salud de su dependencia ubicada en la red de salud del municipio en cuestión, bajo memorando; éstos podrán ser: Coordinadores de Odontología de las Redes de Salud o Responsables de Municipales de Odontología.
- III. En este tipo de inspecciones técnicas, el responsable del Área de Gestión de Calidad en Salud Oral del SEDES CH, podrán ir acompañados de otro personal acreditado por el SEDES CH, como ser: Área de Farmacia, Área de acreditación y habilitación de servicios, Unidad de Gestión de Calidad de Salud, Unidad de Servicios de Salud, Área de Bioseguridad, entre otros.

ARTÍCULO 26. (FRECUENCIA DE LAS INSPECCIONES)

Los Establecimientos de Salud Oral deberán ser inspeccionados por lo menos una vez al año o según disponibilidad del SEDES CH, debiendo cumplir con los requisitos y aranceles establecidos en el presente reglamento.

ARTÍCULO 27. (DE LOS ASPECTOS A VERIFICAR EN LAS INSPECCIONES AL FUNCIONAMIENTO DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD ORAL

I. Los inspectores designados, podrán verificar la totalidad o de manera parcial los siguientes ítems:

- a) Letrero visible que indique el nombre del consultorio odontológico.
- b) Cartera de Servicios.
- c) Resolución de funcionamiento del SEDES CH, que autorice su funcionamiento en lugar visible, coincidiendo la dirección en la cual se encuentra ubicado el establecimiento.
- d) Nombre de los profesionales de Salud Oral responsables del establecimiento.
- e) Original y fotocopia del título en Provisión Nacional de los profesionales responsables del establecimiento.
- f) Instalaciones que respondan a normas de higiene y salud (pisos. Muebles limpios)
- g) Cumplimiento de las normas de bioseguridad (Uso de guantes desechables, barbijos desechables, gafas, uniforme, guantes gruesos desechables, secuencia para la esterilización, entre otros).
- h) El uso de distintivo identificando al profesional y el de personal de apoyo.
- i) Todo consultorio odontológico debe tener claramente señalado el horario de atención al público.

II. De los requisitos técnicos:

- a) Verificar que el Establecimiento de Salud Oral cuente con el "Libro de Registro de las Atenciones Realizadas", sellado por el Área Gestión de Calidad de Salud Oral del SEDES CH.
- b) Los Establecimientos de Salud Oral de acuerdo a sus características deben contar con el correspondiente archivo de las historias clínicas

odontológicas, consentimiento informado correctamente llenado ver (Anexo 12, 13), donde se registrarán todas las acciones realizadas, adjuntando una copia de las recetas.

c) Todo Establecimiento de Salud Oral deberá contar con la siguiente bibliografía obligatoria:

- Normas de Atención Clínica de Salud Oral.
- Lista de Aranceles de las prestaciones que realizan a disposición del público.

III. De los profesionales del área de Salud Oral:

- a) El inspector verificara la presencia del profesional del Área de Salud Oral registrado en la documentación de apertura o funcionamiento, debiendo en caso de ausencia o presencia de otro profesional de salud Oral no registrado, proceder con la sanción correspondiente.
- b) El inspector deberá verificar el uso de apropiado de distintivos para profesionales del Área de salud Oral y el de los auxiliares o dependientes de los Establecimientos de Salud Oral.

IV. Del control de los Insumos Odontológicos y Medicamentos:

- a) Tomado en cuenta que el Registro Sanitario se otorga por cada: forma farmacéutica, concentración, origen y laboratorio productor se deberá verificar lo siguiente:
 - Nombre comercial del producto.
 - Forma farmacéutica.
 - Laboratorio Productor
 - Origen
 - Número de Registro Sanitario en Bolivia.

- Fecha de expiración o vencimiento.
- Número de lote.
- b) Verificar que todos los medicamentos se almacenen al resguardo de la luz solar, así como en condiciones de humedad y temperatura adecuadas.
- c) A fin de identificarse productos de comercialización ilegal debe considerarse el registro sanitario del producto, el cual debe coincidir con el origen registrado.
- d) Se considerará infracción todo uso de medicamentos e insumos con fecha vencida.
- e) Deberá verificarse alteraciones en la fecha de vencimiento, número de lote y/u otras características del producto.

V. De los resultados de la Inspección:

- a) Si el resultado de la inspección al funcionamiento no tiene observaciones, se archiva el formulario de inspección.
- b) En caso de encontrar observaciones, se enviará una nota de cargos formalmente al propietario o representante legal del Establecimiento de Salud Oral dentro de un plazo de 5 días hábiles. Luego, el propietario o representante legal tendrá 3 días hábiles para justificar y subsanar las observaciones, remitiendo las notas con los respaldos correspondientes al Director Técnico de Sedes Chuquisaca.
- c) Si las observaciones no son justificadas, el responsable del Área de Gestión de Calidad de Salud Oral de SEDES CH elaborará un informe técnico para formalizar las sanciones. Este informe será elevado al Director Técnico de SEDES CH y, posteriormente, revisado por el área jurídica de SEDES CH para la elaboración de la resolución administrativa de sanción, todo dentro de un plazo de 10 días hábiles.
- d) Una vez recibida la resolución administrativa de sanción emitida por la Unidad Jurídica, el propietario o representante legal del Establecimiento de Salud Oral deberá proceder al pago en un plazo de 3 días hábiles. En

caso de omisión, se aplicarán las sanciones establecidas en el Capítulo de Infracciones y Sanciones.

CAPITULO VI

INFRACCIONES Y SANCIONES

ARTÍCULO 28. (INFRACCIONES Y SANCIONES)

I. El Servicio Departamental de Salud establece las infracciones y sanciones que se deben aplicar en caso de transgresiones o incumplimiento a las normas legales vigentes, de acuerdo a normas vigentes; Resolución Ministerial No. 0093, 1 de marzo De 1999.

a) Ausencia de odontólogo titular, presencia de otro profesional no registrado en horario de atención al público:

Primera vez: Multa pecuniaria de Bs. 1,500. -

Segunda vez: Clausura temporal de 15 días o multa de Bs. 3,000. -

Tercera vez: Clausura definitiva

b) Uso de Medicamentos o Productos odontológicos con fecha expirada o adulterada (infracción de responsabilidad del Área de la norma de Farmacias):

Primera vez: Multa pecuniaria de Bs. 1,500. -

Segunda vez: Clausura temporal de 15 días o multa de Bs. 3,000. -

Tercera vez: Clausura definitiva

c) El no uso de indumentaria o material de protección (guantes, barbijo, anteojos) para profesionales:

Primera vez: Solo llamada de atención

Segunda vez: Clausura de 5 días o multa de Bs. 500.-

Tercera vez: Clausura de 30 días

d) Falta de Resolución Administrativa otorgada por la SEDES CH, que acredita la apertura y funcionamiento.

Se registrará en el Formulario inspección al funcionamiento y notificación de consultorios odontológicos. (Form. 3).

- **Primera vez:** el propietario deberá presentarse en el SEDES CH (área de Gestión de calidad de Salud Oral) dentro de las 72 horas para iniciar el trámite de Apertura, su omisión será considerado como **segunda vez**

El SEDES CH le otorgara una autorización provisional previa inicio de trámite, válido por 30 días calendario. La omisión a esta medida, una vez vencido la autorización provisional otorgado por el SEDES CH, será considerado como **segunda vez**.

- **Segunda vez:** Multa pecuniaria de Bs. 5,000.-
- **Tercera vez:** Clausura definitiva.

En caso de que el propietario del consultorio odontológico sancionado, abriera el consultorio en otra ubicación geográfica o con otra razón social en el departamento de Chuquisaca, el SEDES CH procederá con las acciones legales aplicables al caso.

e) Traslado, transferencia, cambio de razón social sin la comunicación respectiva al Servicio Departamental de Salud:

Primera vez: Multa pecuniaria de Bs. 1,000.-

Segunda vez: Clausura de 15 días o multa de Bs. 1,500.-

Tercera vez: Clausura definitiva

f) Uso de medicamentos e insumos reconocidos según Capítulo IV, artículo 4to. de la Ley No. 1737 (Ley del Medicamento), que no cuenten con Registro Sanitario correspondiente o contrabando (infracción de responsabilidad del Área de la norma de Farmacias):

Primera vez: Decomiso y multa de Bs. 3,000.-

Segunda vez: Decomiso y multa de Bs. 5,000.-

Tercera vez: Clausura definitiva

g) Simular y suplantar al profesional del Área de Salud Oral:

Primera vez: Multa pecuniaria de Bs. 2,000

Segunda vez: Clausura de 15 días o multa de Bs. 3,000

Tercera vez: Clausura definitiva

h) Incumplimiento a las normas de bioseguridad:

Primera vez: Multa pecuniaria de Bs. 5,000

Segunda vez: Clausura de 15 días o multa de Bs. 8,000

Tercera vez: Clausura definitiva

II. El incumplimiento de sanciones impuestas se efectuará cobro en vía administrativa o coactiva fiscal.

III. Violar los precintos de clausura estará sujeto a la clausura definitiva y sanciones penales respectivas.

IV. Ante la verificación de alguna infracción, el responsable de la inspección dejara una citación con fecha y hora, para que el responsable del Establecimiento

de Salud Oral se presente en el Área de Gestión de Calidad de Salud Oral del SEDES CH.

- V. Una vez analizada la infracción en forma conjunta con el responsable del Establecimiento de Salud Oral, se autorizará el pago de las multas emitiendo la orden de pago (SIAF), las cuales serán depositadas en sección caja del SEDES CH., así mismo se establecerá el plazo para el cumplimiento del mismo.

CAPITULO VII

REGISTRO DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD ORAL PÚBLICOS Y PRIVADOS

ARTÍCULO 28. (REGISTRO DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD ORAL PÚBLICOS Y PRIVADOS)

- I. Con la finalidad de contar con información detallada sobre los establecimientos de Salud Oral a nivel departamental, al momento de iniciar la apertura o en las inspecciones, se llenará Formulario de Registro de Establecimientos de Salud Oral FORM. 1 (ver anexos), el cual debe ser firmado por el propietario y el inspector del área de salud oral.
- II. Esta información se utilizará para el mapeo, georreferenciación, que indique la ubicación de los establecimientos de Salud Oral privados y públicos, para lo cual se utilizar, la georeferenciación, para lo cual se utilizará los sistemas informáticos. Información que debe ser actualizado constantemente para registrar los traslados, aperturas, cierres.

CAPITULO VIII

VIGENCIA

ARTÍCULO 30. (VIGENCIA)

El presente reglamento tendrá vigencia a partir de la emisión de Resolución Administrativa del Servicio Departamental de Chuquisaca, y deberá ser actualizado de acuerdo a necesidad.


ARTÍCULO 31. (DISPOSICION FINAL)

Los establecimientos de salud que cuentan con vigencia no se verán afectados por el presente reglamento hasta el cumplimiento de la fecha les otorga la resolución anterior.

ANEXOS

ANEXO 1 FORMULARIO REGISTRO DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD ORAL

FORMULARIO DE REGISTRO DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD ORAL (FORM 1).

I.- Datos generales del Establecimiento de Salud Oral					
Razón Social:		No. Resolución:		Fecha Resolución:	
Provincia:		Municipio:		Ciudad:	
Dirección:		No. Teléfono:		Celular:	
Padrón Municipal:		No. NIT;			
Croquis de Ubicación					
					

II.- Datos del Propietario		
Nombres:	Apellido Paterno	Apellido Materno
C.I.:	N° Matricula	

III.- Datos de los Profesionales Odontólogos, Protésistas y Rx Dentales		
1.- Nombres:	Apellido Paterno:	Apellido Materno:
No. C.I.:	No. Matricula Profesional:	Carga Horaria:
No. Cel.		
1.- Nombres:	Apellido Paterno:	Apellido Materno:
No. C.I.:	No. Matricula Profesional:	Carga Horaria:
1.- Nombres:	Apellido Paterno:	Apellido Materno:
No. C.I.:	No. Matricula Profesional:	Carga Horaria:
Otros: Nombre apellidos	Cargo	
Otros: Nombre apellidos	Cargo	

IV.- Tipo de Categoría		
Individual	<input type="checkbox"/>	Colectivo <input type="checkbox"/> Radiodiagnóstico <input type="checkbox"/>

V.- Datos de los Servicios Ofertados de establecimientos Odontológicos							
Odontológica primaria integral	<input type="checkbox"/>	Endodoncia	<input type="checkbox"/>	Ortodoncia	<input type="checkbox"/>	Cirugía Maxilofacial	<input type="checkbox"/>
Odontopediatria	<input type="checkbox"/>	Operatoria Estética	<input type="checkbox"/>	Periodoncia	<input type="checkbox"/>	Prótesis fija removible	<input type="checkbox"/>
Implantes	<input type="checkbox"/>	Radiodiagnóstico	<input type="checkbox"/>	Otros:			

VI.- Datos de los Servicios Ofertados de Laboratorios de Prótesis Dental							
Laboratorio de Prótesis Ortodónticos	<input type="checkbox"/>	Prótesis Metal-Cerámica	<input type="checkbox"/>	Técnico Odontológico Prótesis	<input type="checkbox"/>	Otros:	

VII.- Datos de los Servicios Ofertados Gabinetes de Rx Dental						
Rx Periapical	<input type="checkbox"/>	Rx Panorámico	<input type="checkbox"/>	TAC Dental	<input type="checkbox"/>	Otros:

VIII.- Tipo de Trámite							
Apertura y Funcionamiento	<input type="checkbox"/>	Traslado	<input type="checkbox"/>	Cambio de razón social	<input type="checkbox"/>	Cierre definitivo	<input type="checkbox"/>

IX.- Observaciones
.....
.....
.....
.....

Lugar y Fecha:

Firma del Responsable:

ANEXO 2: INSTRUCTIVO DE LLENADO DE FORMULARIO REGISTRO DE CONSULTORIOS ODONTOLÓGICO

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMULARIO: REGISTRO DE CONSULTORIOS ODONTOLÓGICOS.

Datos generales del Consultorio Odontológico:

Razón Social: Nombre del consultorio odontológico.

Resolución No.: El número de la Resolución Administrativa, de la autorización de apertura y funcionamiento del consultorio odontológico.

Fecha de Resolución: Día, mes y año de la emisión de la Resolución Administrativa o Ministerial que autoriza la apertura y funcionamiento del consultorio odontológico.

Provincia: Nombre de la Provincia donde está instalado el consultorio odontológico..

Municipio: Nombre del Municipio donde está instalado el consultorio odontológico..

Ciudad: Nombre de la Ciudad donde está instalado el consultorio odontológico..

Dirección: La dirección exacta donde está instalado el consultorio odontológico..

Teléfono/celular: Número de teléfono del consultorio odontológico. (declarar si es derivado).

Padrón Municipal: No. De autorización municipal

No. NIT: El número de Registro Único de Contribuyentes del establecimiento farmacéutico.

Datos del Propietario:

Nombre del propietario: Nombre de la persona propietaria del consultorio odontológico.

No. C.I.: Número del carnet de identidad del propietario del consultorio odontológico.

Datos de los Profesionales Odontólogos:

Nombre del Profesional Odontólogo: Nombre del Profesional odontólogo.

No. C.I.: Número del carnet de identidad

No. Mat. Prof.: Número de la matrícula profesional otorgada por el Ministerio de Salud y Deportes.

Carga Horaria: Horario de atención en el establecimiento farmacéutico.

En el caso de existir más de 2 odontólogos en el punto 2 de datos del Profesional Odontólogo, colocar los datos del segundo profesional odontólogo.

Practicantes auxiliares y/o ayudantes: Nombre de las personas que desarrollan actividades en el consultorio odontológico.

Tipo de categoría:

Marcar el tipo de Establecimiento de Salud Oral del cual se hace la solicitud de registro.

- Establecimiento de Salud Oral Individual
- Establecimiento de Salud Oral Colectivo
- Servicio de radio diagnóstico

Datos de los Servicios Ofertados de Establecimientos Odontológicos

- Atención odontológica primaria integral
- Endodoncia
- Ortodoncia

- Cirugía Maxilofacial
- Odontopediatria
- Operatoria Estética
- Periodoncia
- Prótesis Fija y Removible
- Implantes
- Radiodiagnóstico

Datos de los Servicios Ofertados de Laboratorios de Prótesis Dental

- Laboratorio de Prótesis Ortodónticos
- Prótesis Metal – Cerámica
- Técnico Odontológico Prótesis
- Otros

Datos de los Servicios Ofertados Gabinetes de Rx Dental

- Rx periapical Dental
- Rx Panorámico
- Tomografía axial computarizada dental (TAC)
- Otros

Tipo de trámite:

Especificar si se trata de apertura y funcionamiento, traslado, cambio de razón social o cierre definitivo.

Observaciones: Detallar algún comentario referente al consultorio Odontológico, que sea preciso aclarar y que no se contempla en los puntos anteriores.

Fecha: de llenado del formulario.

Firma: del solicitante

ANEXO 3: FORMULARIO DE INSPECCIÓN PARA LA APERTURA DE CONSULTORIOS ODONTOLÓGICOS PRIVADOS

FORMULARIO DE INSPECCIÓN PARA LA APERTURA DE CONSULTORIOS ODONTOLÓGICOS PÚBLICOS Y PRIVADOS (FORM 2)

INFRAESTRUCTURA	ESPECIFICACIONES	SI	NO	Observaciones
Ambientes de Apoyo	Sala de espera:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Mobiliario: sillas suficientes para comodidad de los usuarios.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Área: mínima de 1,2 metros cuadrados por persona.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Depósito de materiales de limpieza:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Baño para pacientes:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Ambiente para esterilización: área de 4,8 mts ² ,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Consultorio Individual	Área: 4x4 metros cuadrados, mínimo 9 mts cuadrados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Distancia Mínima libre de 0,8 mts. En la cabecera 1 mt. A cada lateral de la silla odontológica, para circulación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Instalaciones Sanitarias:			
	Agua potable,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Desagües y alcantarillado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Lavamanos con desagüe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Tomacorrientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Iluminación artificial y natural	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Protección acústica contra ruido generado por compresor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
En caso necesario, gases medicinales (oxígeno, aire comprimido) y evacuación medicinal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Ambiente imagenología (radiografía)	Cumplir con las recomendaciones del AETN Entidad reguladora de las condiciones adecuadas que debe tener un centro de radiodiagnóstico	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Bioseguridad	Existencia de espacios físicos para almacenamiento primario (donde se generan los residuos).	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	Intermedio (almacenamiento temporal) y	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	Terminal (depósito final del establecimiento).	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	Bolsas de colores.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	Bidones rígidos para corto-punzantes. Cajas de cartón para residuos especiales.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
MOBILIARIO	ESPECIFICACIONES			
Escritorio	opcional	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Equipo de computación completo	opcional	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Silla giratoria	opcional	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Sillas	Opcional de cualquier material, cantidad 2	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Vitrina Doble		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Basurero	Cantidad 2, metálico con tapa y pedal	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Papelera	De Plástico con tapa ventana batible	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Reloj de pared		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
EQUIPAMIENTO	ESPECIFICACIONES			Observaciones
Equipo dental completo	Equipo del consultorio básico: unidad dental, mocho, modulo dental, hemosuctor, cánulas de hemosucción, eyectores de saliva, sialosuctor. (Verificar).	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Compresor dental		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Esterilizador eléctrico de mesa		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Mesa de apoyo rodante		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Lámpara de fotocurado		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

Instrumental de diagnóstico odontológico	Espejo bucal, Sonda exploradora, Pinza para algodón (Verificar).	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Instrumental de operatoria dental	Ver Lista	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Instrumental de cirugía bucal menor	Ver Lista	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Instrumental de endodoncia	Ver Lista	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Instrumental para Periodoncia	Ver Lista	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Destructor de agujas		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Cavitron (Ultrasonido)		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Localizador apical		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Frigobar para climas tropicales	Opcional	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Equipo de Rayos X:	Unidad de Rayos X, mandil protector de plomo (paciente), mandil protector de plomo (profesional), ganchos para películas de RX y caja oscura para revelado de RX (Verificar).	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
INSUMOS Y MEDICAMENTOS	ESPECIFICACIONES			
Insumos y Medicamentos	Verificar lista	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
OTROS	ESPECIFICACIONES			
Protocolos de Atención	Existen protocolos de atención para exodoncias, endodoncias uniradiculares, obturaciones, profilaxis, drenaje de abscesos intraorales (Verificar).	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Formularios de Atención	Historia Clínica Odontológica Cuaderno de Consulta odontológica Recetario Recibo. (Verificar).	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONCLUSIÓN				
Fecha:				
Firma de Inspector			Firma Propietario	

ANEXO 4. LISTA ADICIONAL AL FORMULARIO DE INSPECCIÓN PARA LA APERTURA

LISTA DE EQUIPAMIENTO (A)

ESTÁNDAR	Si	No	OBSERVACIÓN
1. Instrumental de operatoria dental básico:			
Cucharetas de dentina,			
Atacador de Cemento,			
Espátula bipolar de cemento,			
Mechero Metálico,			
Dicalero,			
Vaso Dappen,			
Loseta de Vidrio,			
Bandeja Metálica,			
Espátula para yeso,			
Cubetas metálicas perforadas,			
Taza de goma,			
Abreboca, Abreboca pediátrico,			
Ganchos para películas de Rayos X,			
Tambor metálico para algodón,			
Pieza de Mano (alta velocidad),			
Micromotor,			
Contrangulo,			
Cambiador de fresas,			
Cepillo limpia fresas,			
Caja metálica para esterilizar fresas,			

Fresas de carburo para contra – ángulo, 6 redondas, 6 fisuras, 6 cono invertida y 6 cilíndrica (no exceptúa a otras formas de fresas),			
Fresas de diamante para alta velocidad, 6 redondas, 6 fisuras, 6 cono invertida y 6 cilíndrica (no exceptúa a otras formas de fresas),			
Talladores para resina compuesta,			
Lámpara de luz halógena y Juego de separadores bucales. (Verificar).			
Perforador de Goma dique,			
Portaclamps,			
Arco de Young,			
Clamp Universal, Clamp N° 30, Clamp N° 29, Clamp N° 28, Clamp N° 31, Clamp N° 27, Clamp N° 51,			
Instrumental de periodoncia (Verificar)			
2. Instrumental Endodóntico:			
Tiranervios,			
Limas Hedstroom 25 Mm. (15-40),			
Ensanchadores Reamers 25 Mm. (15-40),			
Sondas lisas,			
Lentulos,			
Condensador de Conos,			
Gutaperchero y Caja metálica para esterilizar el instrumental Endodóntico (Verificar).			
3. Instrumental de Periodoncia:			
Periodontómetro,			
Mango para curetas periodontales,			
Curetas periodontales e Instrumental periodontal fijo. (Verificar).			
4. Instrumental quirúrgico básico:			
Jeringa Carpule, Sindesmótomo,			
Fórceps piezas antero superiores,			
Fórceps premolar superior,			
Fórceps molar superior derecho,			
Fórceps molar superior izquierdo,			
Fórceps en bayoneta,			
Fórceps piezas antero inferiores,			
Fórceps premolar inferior,			

Fórceps pico de loro,			
Fórceps para restos radiculares (superior e inferior), Fórceps pediátrico piezas antero inferiores Fórceps pediátrico molar inferior,			
Fórceps pediátrico piezas antero superiores,			
Fórceps pediátrico molar superior,			
Elevador recto,			
Elevador apical,			
Elevador Kraye izq.,			
Elevador Kraye der.,			
Elevador Angular de Winter izq.,			
Elevador Angular de Winter der.,			
Mango de bisturí Bard Parker (N° 3),			
Cuchareta para alvéolo,			
Lima bipolar para hueso,			
Porta aguja tipo Mayo,			
Porta aguja tipo Mathiu,			
Tijera quirúrgica recta,			
Tijera quirúrgica curva,			
Agujas de sutura. (Verificar).			
Fresas quirúrgicas redondas de carburo,			
Fresas quirúrgicas fisuras de carburo,			
Fórceps Molar Superior			
Doble uñeta,			
Gubia pequeña,			
Gubia grande,			
Elevador de Cleveland,			
Bisturí de Mead,			
Tijeras de Neumann,			
Pinza Kocher,			
Pinza Atrumática de Chaput,			
Legra,			
Espátula de Freer,			
Separadores de Farabeuf,			
Separadores de Volkmann,			

Osteotomo de Winter,			
Escoplo y Periostótomo (Verificar).			
OBSERVACIONES			
Fecha:			
Firma de Inspector		Firma Propietario	

ANEXO 5. LISTA DE MEDICAMENTOS E INSUMOS ODONTOLÓGICOS (B)

Insumos y Medicamentos	Si	No	Observaciones
Ácido grabador			
Algodón			
Adhesivo autocurable y / o fotopolimerizable			
Agujas para sutura			
Agujas para carpule (extracortas, cortas, largas)			
Anestésicos tópicos (spray o gel)			
Aplicadores desechables			
Anestésico local (Lidocaina al 3% y 4%) *			
Anestésico Local (Mepivacaina) *			
Baberos desechables			
Barbijos desechables			
Bicarbonato de sodio			
Campos desechables			
Cariostático			
Cemento de oxifosfato			
Cemento quirúrgico			
Conos de gutapercha (principales y accesorios)			
Conos de papel absorbente			
Coronas de celuloide			
Cuñas interproximales			
Cubetas desechables para flúor			
Decalcificante (EDTA)			
Desensibilizante			
Desvitalizante.			
Discos de papel lija			
Discos de goma			
Discos para pulir resinas			
Discos de carborundum			

Dique de goma			
Eucaliptol			
Eugenol			
Eter alifático dietilamino etanol (DG6)			
Fresas para alta velocidad de diamante, diferentes formas y tamaños			
Fresas para alta velocidad de carburo, diferentes formas y tamaño			
Fresas para baja velocidad de diamante, diferentes formas y tamaño			
Fresas para baja velocidad de carburo, diferentes formas y tamaño			
Fresas quirúrgicas diferentes formas y tamaños			
Fresas endo Z			
Fresas Gates Gliden			
Fresas para cortar metal			
Fluor gel			
Formocresol			
Gasa			
Gomas para pulir resina			
Guantes desechables			
Gutapercha en barras			
Hemostático líquido			
Hemostático esponja			
Hidróxido de calcio fluido			
Hidróxido de calcio químicamente puro			
Hojas de bisturí (Nª 11 , 15)			
Ionomero de vidrio (base, obturación y cementación)			
Lámparas frontales			
Lentes de Protección			
Lubricantes para piezas de alta velocidad (Spray)			
Lubricantes para piezas de baja velocidad (Spray)			
Mascara facial protectora			
Material de sutura (seda, vycril, catgut, etc)			
Mandril para pieza de mano y contrángulo.			
Matriz metálica			
Oxido de zinc			
Paramonoclorofenol alcanforado			

Pulperil			
Pastas o cementos para obturación de conductos reabsorvibles.			
Pastas o cementos para obturación de conductos no reabsorvibles			
Pasta para pulir resina			
Pasta para pulir			
Pasta profiláctica			
Pasta iodoformada reabsorbible (alvogyl)			
Papel de articular			
Película radiográfica			
Piedra de Arkansas			
Piedras montadas para contrangulo y pieza de mano, diferentes formas y tamaños.			
Piedra pómez			
Puntas de aspiración desechables			
Removedor de Tártaro y manchas			
Resina foto curable			
Seda dental			
Sellantes foto curables.			
Solución revelador (rayos X)			
Solución fijadora (rayos X)			
Tiras de celuloide			
Tiras de lija			
Tiras metálicas			
Vaselina sólida			
Yodoformo			
OBSERVACIONES			
<p>Fecha:</p> <p style="text-align: center;">Firma de Inspector</p> <p style="text-align: center;">Firma Propietario</p>			

ANEXO 6. FORMULARIO DE INSPECCIONES AL FUNCIONAMIENTO DE LOS CONSULTORIOS ODONTOLÓGICOS

FORMULARIO INSPECCIÓN AL FUNCIONAMIENTO Y NOTIFICACIÓN DE CONSULTORIOS ODONTOLÓGICOS. (FORM. 3)

I.- Datos generales del Consultorio Odontológico					
Razón Social:		Fecha Inspección:		Hora:	
Nombre Apellidos Propietario:					

II.- Lista de Verificación					
Requisitos Administrativos – Técnicos					
Letrero visible	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Resolución de Habilitación y Funcionamiento	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Documentos de los Odontólogos	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Horario de Atención visible	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Cuenta con Cuaderno de consultas	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Uso de historia clínica odontológica	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Uso de recetarios	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Cuenta con protocolos de atención	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Bioseguridad					
Uso de guantes descartables	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Uso de mascarilla o barbijo desechable	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Uso de lentes o protector facial, perchera, gorro, mandil	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Uso de babero (para el paciente)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Pupinel funcionando	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Lavado y desinfección del instrumental	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Conoce y usa el hipoclorito para la desinfección	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Piso, paredes, y muebles limpios, cuenta con basureros	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Conoce y aplica el lavado de manos	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Almacenamiento de instrumental estéril	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Uso adecuado de recipientes plásticos para residuos	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Bidones rígidos para residuos corto punzantes.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Almacenamiento y separación de residuos	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Tratamiento preliminar de las agujas	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Personal					
Presencia del odontólogo registrado	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Uso de distintivo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Insumos y Medicamentos					
Insumos y medicamentos con registro sanitario, fecha de vencimiento vigente	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Insumos y medicamentos cumpliendo con las pautas de almacenamiento	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
III.- RESULTADO					
Observaciones:					
<i>Firma Supervisor</i>			<i>Firma Supervisado</i>		

ANEXO 7. FORMULARIO DE SUPERVISION Y HABILITACIÓN DE LABORATORIO DE PROTESIS DENTAL (FORM. 4)

Uso exclusivo del SEDES CH.

Número de Expediente:

En el presente cuestionario se consignan los aspectos encontrados en el establecimiento con los estándares establecidos en la Habilitación de Laboratorio de Prótesis Dental, El cuestionario establece los hallazgos de la supervisión, el estado en que se encuentran de acuerdo con el nivel de cumplimiento en relación con los estándares, bajo la siguiente nomenclatura:

1. **SI** La condición cumple en su totalidad con el estándar.
2. **NO** La condición no cumple en su totalidad con el estándar.
3. **TM** Cuando se marca SI pero si considera que el criterio evaluado puede o tiene que ser mejorado.

Seguidamente se indican las observaciones pertinentes, de acuerdo a la condición del hallazgo observado, con el fin de que el establecimiento cumpla con el estándar correspondiente.

Despacho o zona para tareas administrativas	CRITERIOS			OBSERVACIONES
	SI	NO	TM	
Área de Administración, se encuentra fuera del área del taller.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Está dotada del mobiliario adecuado para realizar las tareas administrativas y de archivo documental de los productos fabricados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Tiene el laboratorio salida de emergencia debidamente demarcada y permanecen libres de obstáculos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Área de Preparación de Moldes				
Revestimiento Impermeable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Punto de luz con intensidad de 500 lux sobre plano de trabajo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ventilación (natural-artificial)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lava manos exclusivas para el Técnico y asistente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Instalaciones de Agua (si cuenta con cisterna y/o deposito aéreo indique la frecuencia de la limpieza y mantenimiento)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
La instalación eléctrica cumple con las especificaciones y normas de instalación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Instalaciones del laboratorio	CRITERIOS			OBSERVACIONES
	SI	NO	TM	
Prevención de Riesgos				
Cuenta con manual de normas de bioseguridad en odontología (MSD y OPS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Barreras de protección: Gorro, barbijo, guantes, lentes, uniforme estándar (manga larga y cuello cerrado)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Materiales descartables: para el aseo toallas descartables, jabón líquido antiséptico de manos, otros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Equipo de contingencia, extinguidor de fuegos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Señalización en toda las áreas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Instalaciones Sanitarias.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Contenedores de residuos sólidos según la norma boliviana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Almacenamiento Intermedio de Residuos Sólidos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Utiliza los servicios de una empresa encargada de la eliminación de residuos sólidos (nombre y dirección).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Equipo del Laboratorio Dental	CRITERIOS			OBSERVACIONES
	SI	NO	TM	
Equipo General				
Herramientas básicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Recortadora de modelos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Aspirador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Compresor de aire comprimido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vibrador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sistema de desinfección y envasado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Equipamiento Especifico				
Prótesis Removible de Resina				
Prensa hidráulica o inyectora.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pulidora, Polimerizadora u olla hidroneumática.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bridas o Muflas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Micromotor o motor rotatorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prótesis Removible Metálica				
Paralelómetro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Duplicadora de gelatina y silicona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Arenadora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Baño electrolítico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pulidora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Horno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Centrifugadora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Soplete o máquina de soldar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prótesis fija				
Paralelómetro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Arenadora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Baño electrolítico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pulidora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Horno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Centrifugadora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prótesis implanto-soportada				
Todos los requisitos de las Prótesis Fijas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Paralelómetro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Microfresadora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Ortodoncia				
Individualizador de modelos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Polimerización para resinas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Micromotor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pulidora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sistema para duplicar modelos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Soplete o máquina de soldar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Productos que realiza	CRITERIOS		OBSERVACIONES
	SI	NO	
Prótesis			
Removible de Resina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Removible Metálica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fija	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mixta e Implanto-soportada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ortodoncia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

ANEXO 8. FORMULARIO ACTA DE SUPERVISIÓN

Uso exclusivo del SEDES CH.

Número de Expediente:

En la de del departamento de Chuquisaca,
en fecha de del año

..... a Hrs. se procedió a la supervisión del laboratorio de prótesis
dental ubicados en la N°..... bajo
la dirección de

En conformidad, es rubricada la presente acta, por los participantes en la respectiva
supervisión.

Representante Laboratorio de Prótesis Dental

Supervisor I

Supervisor II

Resp. Deptal. De Salud Oral

SEDES Chuquisaca V°B°

ANEXO 9. FORMULARIO ACTA DE NOTIFICACIÓN

Uso exclusivo del SEDES CH.

Número de Expediente:

Se notifica por Vez al Sr. (a)
del Laboratorio de Prótesis Dental
en un plazo de 48 horas, con el objeto de responder a los siguientes aspectos:

1.
2.
3.
4.

Establecidos en el Código de Salud Art. 154 – 155, Reglamento de Establecimientos de Salud Públicos y Privados Cap. I Art. 1 y 6, Norma Boliviana de Laboratorios Clínicos NB 63005, Ley 1333 y Reglamento para la Gestión de Residuos Sólidos Generados en Establecimientos de Salud y otras disposiciones en vigencia.

Entrevistarse con el señor (a): a Hrs.
del día de en las oficinas del Servicio Departamental de Salud SEDES Chuquisaca, ubicada en la calle Rosendo villa N° 202 esquina calle Urriolagoitia, celular.

Fecha

Propietario o Representante

Supervisor SEDES CH.

Responsable Deptal. Odt.

ANEXO 10. FORMULARIO ACTA DE SUPERVISION

Uso exclusivo del SEDES CH.

Número de Expediente:

En la del a los días del mes de del año ante el Área Departamental de Salud Oral se hizo presente el (la) Sr. (a) mayor de edad hábil por derecho, con Carnet de Identidad N°..... Responsable Legal del Laboratorio de Prótesis Dental con N° de NIT ubicado en la N° Telf.:

Quien declara que, de conocer los resultados de la supervisión del laboratorio de prótesis dental a mi cargo y en atención a las deficiencias encontradas por el Supervisor personal de la Jefatura Departamental de Odontología y sus recomendaciones, en cumplimiento al Código de Salud Art. 154-155, Reglamento de Establecimientos de Salud Públicos y Privados Cap. I Art. 1 y 6 y demás disposiciones con el siguiente detalle.

Mejoras:

Plazos:

Propietario o Representante

Supervisor SEDES-CH.

ANEXO 11. FORMULARIO DE HABILITACIÓN Y REGISTRO ÚNICO

Uso exclusivo del SEDES CH.

Número de Expediente:

DECLARACIÓN JURADA DEL PROPIETARIO Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL ESTABLECIMIENTO ODONTOLÓGICO, LABORATORIO DE PRÓTESIS DENTAL, GABINETE DE RX DENTAL

Yo: hábil por derecho, con cédula de identidad N° extendida en la ciudad de: declaro bajo juramento que los datos contenidos en el presente formulario de habilitación de establecimientos Odontológicos, laboratorios de prótesis dental, gabinetes de Rx dental, denominado:

..... y las fotocopias presentadas.

Son verídicos, los cuales pueden comprobarse previamente a obtener la RESOLUCIÓN ADMINISTRATIVA DE APERTURA Y HABILITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS ODONTOLÓGICOS, LABORATORIOS DE PRÓTESIS DENTAL, GABINETE DE RX DENTAL quedando sujeto a las disposiciones del Código de Salud y revisión que crea pertinente el Área Departamental de salud Oral del Servicio Departamental de Salud Chuquisaca, en relación a lo expuesto en el presente formulario.

Lugar y Fecha:

Firma del Profesional Responsable:

Sello (Con N° de Matrícula profesional)

ANEXO 12. HISTORIA CLÍNICA



ESTADO PLURINACIONAL DE
BOLIVIA

MINISTERIO DE
SALUD Y DEPORTES



HISTORIA CLÍNICA ODONTOLÓGICA

SEDES:
RED DE SALUD:
MUNICIPIO:
ESTAB. DE SALUD:

Nº de Exp.									
Nº de H.C.									
C.I.									

..... Nombres Apellido Paterno Apellido Materno	<input type="text"/> <input type="text"/> Edad	M - F Sexo
..... Lugar y Fecha de Nacimiento Ocupación Dirección Teléfono y/o Celular	
I - P - S - U - T - P Grado de Instrucción	S - C - D - V - U Estado Civil	Idioma o Dialecto		

Persona que brinda la información: Nombres y Apellidos
..... Teléfono C.I.: Firma

Antecedentes Patológicos Familiares:

Antecedentes Patológicos Personales:

Anemia	Cardiopatías	Enf. Gástricas	Hepatitis	Tuberculosis
Asma	Diabetes Mel.	Epilepsia	Hipertensión	VIH

Otros: Ninguno: Alergias: SI NO Embarazo: SI Semanas NO

¿Esta en tratamiento médico?: ¿Actualmente recibe algún medicamento?

Tuvo hemorragia después de una extracción dental: SI NO Especifique: Inmediata - Mediata

EXAMEN EXTRA ORAL EXAMEN INTRA ORAL

ATM: Labios:

Ganglios linfáticos: Lengua:

Respirador: Nasal Bucal Buconasal Paladar:

Otros: Piso de la boca:

ANTECEDENTES BUCODENTALES: Mucosa Yugal:

Fecha de la última visita al odontólogo: Encías:

ATM: Utiliza prótesis dental: SI NO

ANTECEDENTES DE HIGIENE ORAL:

Utiliza cepillo dental: SI NO Utiliza hilo dental: SI NO Utiliza enjuague bucal: SI NO

Frecuencia del cepillado dental: ¿Durante el cepillado dental le sangran las encías? SI NO

HIGIENE BUCAL: Buena Regular Mala

Observaciones:

T	P	CRITERIOS DE DIAGNOSTICO	ODONTOGRAMA	
A	0	SANO		
B	1	CARIADO		
C	2	OBTURADO Y CARIADO		
D	3	OBTURADO SIN CARIES		
E	4	PERDIDO POR CARIES		
-	5	PERDIDO POR OTRA RAZÓN		
F	6	SELLADOR DE FOSAS Y FISURAS		
G	7	SOPORTE DE PUENTE, CORONA ESPECIAL O FUNDA		
-	8	NO ERUPCIONADO		
H	9	NO REGISTRADO		
I	10	EXTRACCION INDICADA		
T	T	TRAUMATISMO (FRACTURA)		
Fecha: / / Hora: Edad:..... P.A. F.C. F.R. Temp. Peso: Firma y Sello <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">TOIT - Fecha</div>			Subjetivo: Objetivo: Análisis: Plan de Acción: <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> Nombre y apellido del paciente, madre, tutor, apoderado Firma o Huella digital CI..... </div> <div style="width: 45%; text-align: right;"> Sello y firma del Odontólogo (a) con Registro Ministerial </div> </div>	
Fecha: / / Hora: Edad:..... P.A. F.C. F.R. Temp. Peso: Firma y Sello <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">TOIT - Fecha</div>			Subjetivo: Objetivo: Análisis: Plan de Acción: <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> Nombre y apellido del paciente, madre, tutor, apoderado Firma o Huella digital CI..... </div> <div style="width: 45%; text-align: right;"> Sello y firma del Odontólogo (a) con Registro Ministerial </div> </div>	
INTERCONSULTA:			MOTIVO:	
REFERENCIA:	MOTIVO:		FECHA:	HORA:
CONTRAREF.	MOTIVO:		FECHA:	HORA:

ANEXO 13. CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ODONTOLOGIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ODONTOLOGIA

Establecimiento de Salud:

Breve explicación escrita y gráfica del procedimiento a realizar:

Nombre del/la paciente
Edad

Declaro bajo mi responsabilidad que el Dr. (a)
me ha explicado personalmente el tratamiento que debo seguir en mi caso.

Que por explicación del Dr. (a) he comprendido el tratamiento que se me realizará, también
se me informo de las consecuencias que pueden surgir de no cumplir con las indicaciones
descritas.

Que consiento que el Dr. (a) proceda al tratamiento que requiero y que si en el curso de
ello, estima necesario o conveniente llevar a cabo cualquier otra medida que también me
ha explicado, lo haga sin demora.

REVOCATORIO (rechazo el tratamiento)

Yo con C.I. declaro que por
..... Rechazo el
tratamiento que el Dr. (a) me explicó.

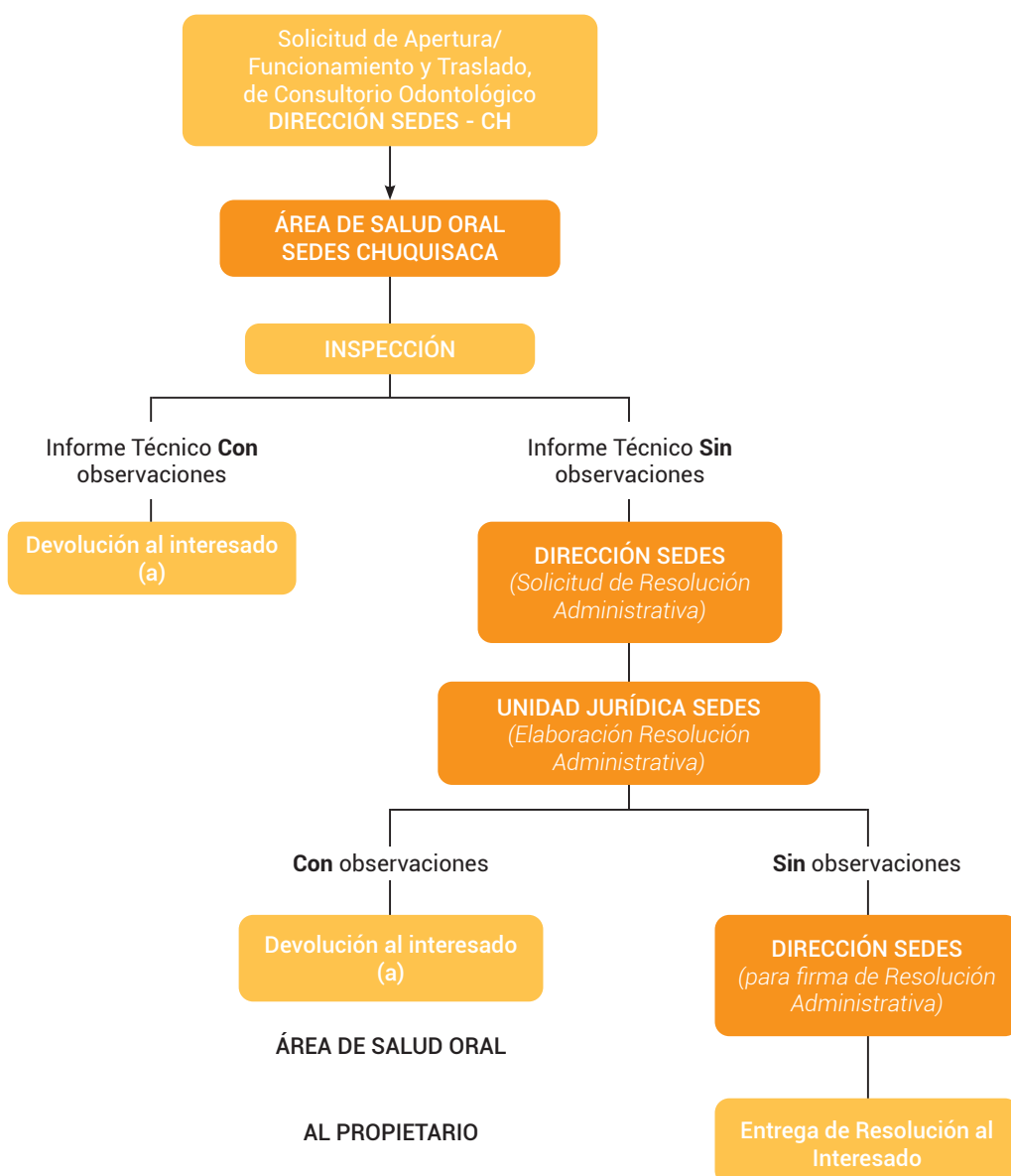
Lugar y fecha

Nombres y Apellidos
Sello N° Registro y firma del profesional

Nombres y Apellidos, firma o huella digital
C.I del paciente, familiar o responsable

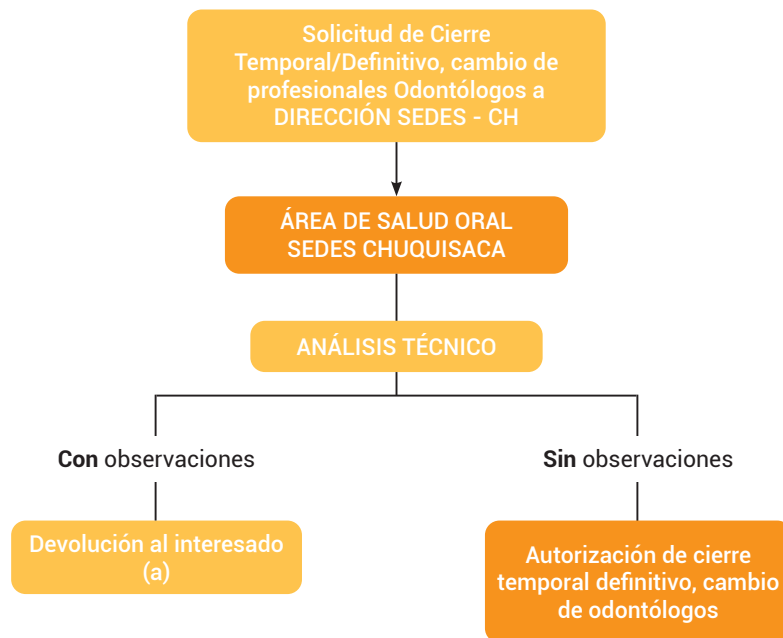
ANEXO 14. FLUJOGRAMA 1

FLUJOGRAMA DEL PROCEDIMIENTOS DE APERTURA/ FUNCIONAMIENTO Y TRASLADO DE CONSULTORIOS ODONTOLÓGICOS.



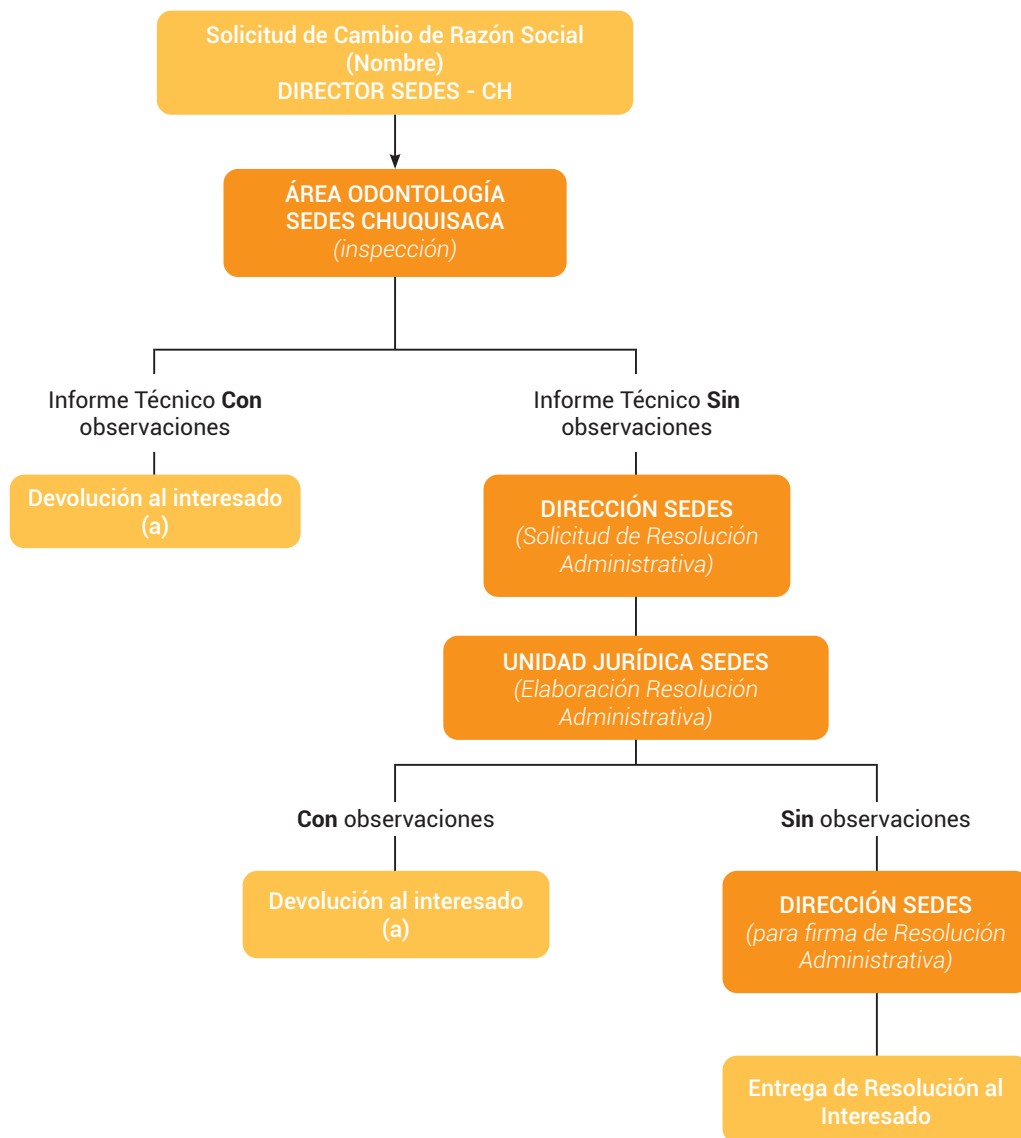
ANEXO 15. FLUJOGRAMA 2

FLUJOGRAMA DEL PROCEDIMIENTOS DE CIERRE TEMPORAL/DEFINITIVO, CAMBIO DE PROFESIONALES ODONTOLÓGICOS.



ANEXO 16. FLUJOGRAMA 3

FLUJOGRAMA DEL PROCEDIMIENTOS CAMBIO DE RAZÓN SOCIAL (NOMBRE).



REFERENCIAS

BIBLIOGRÁFICAS

Ministerio De Salud y Deportes. Normas en Salud Oral. La Paz: Artes Gráficas PS, 2009

Gaceta Oficial de Bolivia: Ley Marco de Autonomías y Descentralización "Andrés Ibáñez", Ley No.031 del 19 de julio 2010








Gaceta Oficial de Bolivia: Reglamento a la Ley del Medicamento, Decreto Supremo No. 25235 del 30 de noviembre de 1998.

Ministerio De Salud y Deportes. Manual de Farmacias. La Paz: Artes Gráficas PS, 1999.

Ministerio De Salud y Deportes. Listado de Medicamentos Esenciales-LINAME 2013.

Normas de bioseguridad para el personal de salud colección de manuales de capacitación. Ministerio de Salud y Previsión Social-UNAP 2002.



-  c/ Rosendo Villa N° 202
 -  N° 119
 -  4 64-54891
 -  4 69-12720
 -  68657232 WhatsApp / Dr. CHARCAS
 -  @SEDESCh
 -  www.sedeschuquisaca.gob.bo
- Sucre - Bolivia

SEDES
—  —
CHUQUISACA —