

FICHA DE INSCRIPCIÓN

Córdoba,...../...../.....

Al Presidente
de la Agencia Córdoba Deportes S.A

Sr. Agustín Calleri

S _____ / _____ D

De mi mayor consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. a fin de solicitar se arbitren los medios para habilitarme como médico efector del E.M.M.A.C., manifestando conocer y aceptar el Reglamento del Programa.

Adjunto ficha de datos personales y documentación requerida;
LA FICHA DEBE NO DEBE SER COMPLETADA DE PUÑO Y LETRA.

FICHA DE INSCRIPCIÓN

| DATOS PERSONALES | |
|-----------------------------------|------------------|
| Apellido y Nombre | |
| Tipo y N° de Documento CUIT/CUIL: | |
| Domicilio particular | |
| Localidad | |
| Teléfono fijo | Teléfono celular |
| Correo electrónico | |
| INFORMACIÓN PROFESIONAL | |
| Título: | M.P. N° |
| Otorgado por: | |
| Especialidad | M.E. N° |
| Otorgado por: | |
| DATOS DEL CONSULTORIO | |
| Domicilio | |
| Localidad | |
| Teléfono fijo | Teléfono celular |
| Correo electrónico | |

REGLAMENTO

- 1) La inscripción como Médico efector, - que se hará efectiva cuando se cumplan los requisitos establecidos-, habilita al profesional a realizar el E.M.M.A.C y expedir el Certificado de aptitud física para la práctica deportiva, en los términos de la Resolución N° 108/2009 del Ministerio de Salud y Resolución N° 649/2009 del Ministerio de Educación.
- 2) Esta habilitación será válida por un año calendario, siendo requisito para su renovación, acreditar 100% de aprobación de los módulos de actualización dispuestos por la Agencia Córdoba Deportes.

La omisión de este requisito, causará la eliminación automática del profesional prestador a partir del próximo cuatrimestre. De continuar interesado en formar parte de la nómina de profesionales habilitados, deberá reiniciar el trámite de inscripción mencionado en el punto anterior, al año siguiente.

- 3) El médico efector tiene las siguientes obligaciones:

a) **En relación a aspectos administrativos:**

- Informar quincenalmente al Comité de Contralor, los E.M.M.A.C. realizados, mediante la remisión por correo electrónico de la "Planilla de consignación", que como Anexo II forma parte del presente.
- Informar por vía de correo electrónico y con no menos de diez (10) días hábiles de anticipación, cuando deba realizar el E.M.M.A.C. fuera del domicilio profesional consignado en el Padrón de prestadores habilitados, indicando: fecha/s, horario/s y lugar donde realizará los exámenes, el cual deberá garantizar condiciones mínimas de salubridad para su realización.
- Someterse a los mecanismos de control que disponga la Agencia Córdoba Deportes y las sanciones que pudieran corresponder por el incumplimiento de las obligaciones a su cargo.
- Tomar la sugerencia del importe mínimo de honorarios profesionales, establecido por el Consejo Médico, en relación al mínimo establecido para médicos especialistas diurnos, para los E.M.M.A.C simples, sin estudios complementarios. O los montos mínimos que establezca el Directorio de esta Agencia.
- Solicitar altas o bajas de domicilios de atención, a través de los formularios dispuestos al efecto.

Todas estas comunicaciones deben realizarse al correo: deportesaludableemmac@gmail.com

b) **En relación a la confección de la Historia Clínica:**

- Verificar que el deportista o su padre, madre o tutor cuando se trate de menores de edad, completen acabadamente todos los campos exigidos en las págs. 1 y 2 del formulario tipo de Historia Clínica y suscriban el mismo.
- Completar acabadamente la información solicitada en los puntos 1 a 14 del formulario tipo de Historia Clínica, adjuntando los protocolos y trazados que correspondan.

c) **En relación al cumplimiento del Plan de actualización anual:**

- Mantener actualizada su dirección de correo electrónico ante la Subdirección de Capacitación y Desarrollo e informar toda modificación de la misma al correo: capacitacionydesarrolloacd@gmail.com.
- Abonar el importe fijado por Módulo mediante depósito o transferencia, y remitir dentro de los plazos establecidos el comprobante emitido por la entidad bancaria.
- Acceder a la plataforma virtual y realizar la evaluación de cada Módulo dentro de los plazos que se le indiquen.

- 4) La habilitación como Médico efector se perderá por las siguientes causales:

a) Falta de cumplimiento de los requisitos exigidos para la renovación anual.

- b) Aplicación de la sanción disciplinaria que así lo disponga, de conformidad a lo establecido en el Régimen Disciplinario.

- 5) La incorporación como Médico efector del E.M.M.A.C. es voluntaria, pudiendo dejar de formar parte del Padrón de Prestadores en cualquier momento. La renuncia deberá presentarse por mail ante el Comité de Contralor, al correo deportesaludableemmac@gmail.com con 30 días de antelación.

- 6) El E.M.M.A.C. sólo podrá reflejarse en la Historia Clínica cuyo formulario tipo ha sido autorizado por la Resolución N° 108/2009 del Ministerio de Salud y la Agencia Córdoba Deportes, o en el que en el futuro lo reemplace.

- 7) El profesional podrá adquirir los formularios en los lugares autorizados por la Agencia Córdoba Deportes y su costo unitario será el que ésta establezca anualmente.