

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

Nº REGISTRO, FECHA Y HORA

SOLICITUD

AUTORIZACIÓN ADMINISTRATIVA DE CENTROS, SERVICIOS Y ESTABLECIMIENTOS SANITARIOS

 INSTALACIÓN FUNCIONAMIENTO RENOVACIÓN AUTORIZACIÓN DE CIERRE⁽¹⁾ MODIFICACIÓN

Decreto 69 / 2008 , de 26 de febrero (BOJA nº 52 de fecha 14 de marzo de 2008)

(1) En los supuestos contemplados en el artículo 17.1 del Decreto 69/2008, de 26 de febrero, por el que se establecen los procedimientos de las autorizaciones sanitarias y se crea el Registro Andaluz de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios.

1 DATOS DEL CENTRO, SERVICIO O ESTABLECIMIENTO SANITARIO

| | | | | | | | | |
|---------------|-------------------|---------------------------|----------------------|---------------------|----------------|------------|---------|--|
| DENOMINACION: | | N.I.C.A. ⁽²⁾ : | | | | | | |
| DOMICILIO: | | | | | | | | |
| TIPO DE VÍA: | NOMBRE DE LA VÍA: | | NÚMERO: | LETRA: | KM. EN LA VÍA: | BLOQUE: | PORTAL: | |
| ESCALERA: | PLANTA: | PUERTA: | NÚCLEO DE POBLACIÓN: | | PROVINCIA: | C. POSTAL: | | |
| TELÉFONO: | | FAX: | | CORREO ELECTRÓNICO: | | | | |

(2) Número de Identificación de Centros de Andalucía (consignar sólo en caso de modificación o renovación)

2 DATOS DEL/DE LA/DE LOS TITULAR/ES Y DEL /DE LA REPRESENTANTE LEGAL

| | | | | | | | | |
|---|-------------------|---------|----------------------|---------------------|----------------|------------|---------|--|
| NOMBRE Y APELLIDOS DEL/DE LA /DE LOS TITULAR/ES: | | NIF: | | | | | | |
| NOMBRE Y APELLIDOS DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL, EN SU CASO: | | NIF: | | | | | | |
| DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN: | | | | | | | | |
| TIPO DE VÍA: | NOMBRE DE LA VÍA: | | NÚMERO: | LETRA: | KM. EN LA VÍA: | BLOQUE: | PORTAL: | |
| ESCALERA: | PLANTA: | PUERTA: | NÚCLEO DE POBLACIÓN: | | PROVINCIA: | C. POSTAL: | | |
| TELÉFONO: | | FAX: | | CORREO ELECTRÓNICO: | | | | |

3 DOCUMENTACIÓN ADJUNTA (Original y/o copia para su cotejo)

A) DOCUMENTACIÓN GENÉRICA:

 Acreditación de la representación que ostenta.B) DOCUMENTACIÓN ESPECÍFICA PARA AUTORIZACIÓN DE INSTALACIÓN Y DE MODIFICACIÓN POR CAMBIO DE ESTRUCTURA⁽³⁾: Memoria descriptiva del centro o establecimiento Planos a escala expresivos de la distribución y dimensiones de las distintas dependencias y ubicación de su equipamiento e instalaciones Cuestionario de garantía de adaptación y adecuación del proyecto a los requisitos establecidos en el Anexo III del Decreto. Otro/s (especificar)C) DOCUMENTACIÓN ESPECÍFICA PARA AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO, DE MODIFICACIÓN POR CAMBIO DE OFERTA ASISTENCIAL Y DE MODIFICACIÓN POR CAMBIO DE ESTRUCTURA⁽³⁾: Contenido de la publicidad prevista para el centro, en su caso. Licencia de obras, en su caso. Certificación, suscrita por la dirección técnica de la obra, de su finalización y del cumplimiento de las normas exigibles en materia de construcción, instalaciones y seguridad, en su caso. Organigrama del centro. Certificaciones de títulos académicos o profesionales de carácter obligatorio. Plan funcional global del centro y de las unidades que lo integran.

(3) En los supuestos de modificación por cambio de estructura se exige la documentación específica que figura en los apartados B y C

3**DOCUMENTACIÓN ADJUNTA (Original y/o copia para su cotejo) (Continuación)****D) DOCUMENTACIÓN ESPECÍFICA PARA AUTORIZACIÓN DE CIERRE:**

- Memoria justificativa del proyecto de cierre.
- Memoria de las fases previstas y forma secuencial de la supresión de la actividad.
- Análisis de la repercusión del cierre sobre las prestaciones sanitarias proporcionadas mediante el convenio o concierto.

E) DOCUMENTACIÓN ESPECÍFICA PARA AUTORIZACIÓN DE MODIFICACIÓN POR CAMBIO DE TITULARIDAD:

- Documentación acreditativa del cambio de titularidad del centro, servicio o establecimiento, en su caso.

4**CONSENTIMIENTO EXPRESO DNI / NIE**

- La persona abajo firmante presta su CONSENTIMIENTO para la consulta de sus datos de identidad a través del Sistema de Verificación de Identidad.
- NO CONSENTE y aporta copia autenticada del DNI/NIE.

5**SOLICITUD, DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA**

El/la abajo firmante DECLARA responsablemente que son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud, así como en la documentación adjunta y que:

- El centro, servicio o establecimiento cumple con los requisitos exigibles en la normativa de aplicación vigente.

Y SOLICITA la concesión de la autorización administrativa del centro, servicio o establecimiento con las características detalladas en la presente solicitud.

En a de de
EL/LA TITULAR O REPRESENTANTE LEGAL

Fdo.:

- ILMO/A SR/A DIRECTOR/A GENERAL DE CALIDAD, INVESTIGACIÓN, DESARROLLO E INNOVACIÓN (en caso de centros de internamiento).
- ILMO/A SR/A DELEGADO/A TERRITORIAL DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL (en los demás casos).

PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento de lo dispuesto por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Consejería de Salud y Bienestar Social le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento / impreso / formulario y demás que se adjuntan, van a ser incorporados, para su tratamiento, en un fichero S.I.C.E.S.S. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad la inscripción de todos los centros y establecimientos sanitarios de la Comunidad Autónoma de Andalucía.

De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito a la Dirección General de Calidad, Investigación, Desarrollo e Innovación. Consejería de Salud y Bienestar Social. Avda. de la Innovación, S/N Edif. Arena 1. 41071 -SEVILLA o Avda. de Hytasa nº 14. 41071 -SEVILLA.

| AUTORIZACIÓN ADMINISTRATIVA DE CENTROS, SERVICIOS Y ESTABLECIMIENTOS SANITARIOS | | |
|--|--|---|
| RELACIÓN DE UNIDADES ASISTENCIALES | | |
| Marque con una "X" las unidades del centro | | |
| <input type="checkbox"/> U.1 Medicina General/de Familia | <input type="checkbox"/> U.31 Banco de Preembriones | <input type="checkbox"/> U.59 Fisioterapia |
| <input type="checkbox"/> U.2 Enfermería | <input type="checkbox"/> U.32 Recuperación de Oocitos | <input type="checkbox"/> U.60 Terapia Ocupacional |
| <input type="checkbox"/> U.3 Enfermería Obstétrico-Ginecología (Matrona) | <input type="checkbox"/> U.33 Planificación Familiar | <input type="checkbox"/> U.61 Logopedia |
| <input type="checkbox"/> U.4 Podología | <input type="checkbox"/> U.34 Interrupción Voluntaria del Embarazo | <input type="checkbox"/> U.62 Foniatria |
| <input type="checkbox"/> U.5 Vacunación | <input type="checkbox"/> U.34.1 I.V.E. menos de 12 semanas | <input type="checkbox"/> U.63 Cirugía Mayor Ambulatoria |
| <input type="checkbox"/> U.6 Alergología | <input type="checkbox"/> U.34.2 I.V.E. más de 12 semanas | <input type="checkbox"/> U.64 Cirugía Menor Ambulatoria |
| <input type="checkbox"/> U.7 Cardiología | <input type="checkbox"/> U.35 Anestesia y Reanimación | <input type="checkbox"/> U.65 Hospital de Día |
| <input type="checkbox"/> U.8 Dermatología | <input type="checkbox"/> U.36 Tratamiento del Dolor | <input type="checkbox"/> U.66 Atención Sanitaria Domiciliaria |
| <input type="checkbox"/> U.9 Aparato Digestivo | <input type="checkbox"/> U.37 Medicina Intensiva | <input type="checkbox"/> U.67 Cuidados Paliativos |
| <input type="checkbox"/> U.10 Endocrinología | <input type="checkbox"/> U.38 Quemados | <input type="checkbox"/> U.68 Urgencias |
| <input type="checkbox"/> U.11 Nutrición y Dietética | <input type="checkbox"/> U.39 Angiología y Cirugía Vascular | <input type="checkbox"/> U.69 Psiquiatría |
| <input type="checkbox"/> U.12 Geriatría | <input type="checkbox"/> U.40 Cirugía Cardiaca | <input type="checkbox"/> U.70 Psicología Clínica |
| <input type="checkbox"/> U.13 Medicina Interna | <input type="checkbox"/> U.41 Hemodinámica | <input type="checkbox"/> U.71 Tratamiento Sanitario a Drogodependientes |
| <input type="checkbox"/> U.14 Nefrología | <input type="checkbox"/> U.42 Cirugía Torácica | <input type="checkbox"/> U.72 Obtención de Muestras |
| <input type="checkbox"/> U.15 Diálisis | <input type="checkbox"/> U.43 Cirugía General y Digestivo | <input type="checkbox"/> U.73 Análisis Clínicos |
| <input type="checkbox"/> U.16 Neumología | <input type="checkbox"/> U.44 Odontología/Estomatología | <input type="checkbox"/> U.74 Bioquímica Clínica |
| <input type="checkbox"/> U.17 Neurología | <input type="checkbox"/> U.45 Cirugía Maxilofacial | <input type="checkbox"/> U.75 Inmunología |
| <input type="checkbox"/> U.18 Neurofisiología | <input type="checkbox"/> U.46 Cirugía Plástica y Reparadora | <input type="checkbox"/> U.76 Microbiología y Parasitología |
| <input type="checkbox"/> U.19 Oncología | <input type="checkbox"/> U.47 Cirugía Estética | <input type="checkbox"/> U.77 Anatomía Patológica |
| <input type="checkbox"/> U.20 Pediatría | <input type="checkbox"/> U.48 Medicina Estética | <input type="checkbox"/> U.78 Genética |
| <input type="checkbox"/> U.21 Cirugía Pediátrica | <input type="checkbox"/> U.49 Neurocirugía | <input type="checkbox"/> U.79 Hematología Clínica |
| <input type="checkbox"/> U.22 Cuidados Intermedios Neonatales | <input type="checkbox"/> U.50 Oftalmología | <input type="checkbox"/> U.80 Laboratorio de Hematología |
| <input type="checkbox"/> U.23 Cuidados Intensivos Neonatales | <input type="checkbox"/> U.51 Cirugía Refractiva | <input type="checkbox"/> U.81 Extracción de Sangre para Donación |
| <input type="checkbox"/> U.24 Reumatología | <input type="checkbox"/> U.52 Otorrinolaringología | <input type="checkbox"/> U.82 Servicio de Transfusión |
| <input type="checkbox"/> U.25 Obstetricia | <input type="checkbox"/> U.53 Urología | <input type="checkbox"/> U.82.1 Bancos de Sangre |
| <input type="checkbox"/> U.26 Ginecología | <input type="checkbox"/> U.54 Litotricia renal | <input type="checkbox"/> U.82.2. Depósitos de sangre |
| <input type="checkbox"/> U.27 Inseminación Artificial | <input type="checkbox"/> U.55 Traumatología y Cirugía Ortopédica | <input type="checkbox"/> U.83 Farmacia |
| <input type="checkbox"/> U.28 Fecundación in vitro | <input type="checkbox"/> U.56 Lesionados medulares | <input type="checkbox"/> U.84 Depósito de medicamentos |
| <input type="checkbox"/> U.29 Banco de Semen | <input type="checkbox"/> U.57 Rehabilitación | <input type="checkbox"/> U.85 Farmacología Clínica |
| <input type="checkbox"/> U.30 Laboratorio de Semen para Capacitación Espermática | <input type="checkbox"/> U.58 Hidrología | <input type="checkbox"/> U.86 Radioterapia |

AUTORIZACIÓN ADMINISTRATIVA DE CENTROS, SERVICIOS Y ESTABLECIMIENTOS SANITARIOS**RELACIÓN DE UNIDADES ASISTENCIALES (Continuación)**

Marque con una "X" las unidades del centro

- U.87 Medicina Nuclear
- U.88 Radiodiagnóstico
- U.89 Asistencia a lesionados y contaminados radiactivos y radiaciones
- U.90 Medicina Preventiva
- U.91 Medicina de la Educación Física y el Deporte
- U.92 Medicina Hiperbárica
- U.93 Extracción de Órganos
- U.94 Trasplante de Órganos
- U.95 Obtención de Tejidos
- U.96 Implantación de Tejidos
- U.97 Banco de Tejidos
- U.98 Medicina Aeronáutica
- U.99 Medicina del Trabajo
- U.100 Transporte Sanitario (carretera,aéreo, marítimo)
 - U.100.1 Ambulancia no asistida(cuidados mínimos)
 - U.100.2 Ambulancia asistencial soporte vital básico(medicalizables)
 - U.100.3 Ambulancia asistencial soporte vital avanzado(medicalizada)
 - U.100.4 Transporte sanitario colectivo
 - U.100.5 Helicóptero
- U.101 Terapias no Convencionales
 - U.101.1 Acupuntura
 - U.101.2 Homeopatía
- U.900 Otras Unidades Asistenciales
 - U.900.1 Psicología
 - U.900.2 Telemedicina
 - U.900.3 Gabinete optométrico

| AUTORIZACIÓN ADMINISTRATIVA DE CENTROS, SERVICIOS Y ESTABLECIMIENTOS SANITARIOS | | | | | |
|---|-------------|----------------|---|-------------|----------------|
| RELACIÓN DE PROFESIONALES | | | | | |
| MEDICINA | Nº ESTABLES | Nº OCASIONALES | ENFERMERÍA | Nº ESTABLES | Nº OCASIONALES |
| Medicina General | | | Enfermería | ..... | ..... |
| Alergología | | | Enfermería de Cuidados Especiales | ..... | ..... |
| Análisis Clínicos | | | Enfermería de Salud Comunitaria | ..... | ..... |
| Anatomía Patológica | | | Enfermería de Salud Mental | ..... | ..... |
| Anestesiología y reanimación | | | Enfermería Geriátrica | ..... | ..... |
| Angiología y cirugía vascular | | | Enfermería Pediátrica | ..... | ..... |
| Aparato digestivo | | | Enfermería obstetrio-ginecología(matrona) | ..... | ..... |
| Bioquímica Clínica | | | Enfermería laboral | ..... | ..... |
| Cardiología | | | FARMACIA | ..... | ..... |
| Cirugía cardiovascular | | | Farmacéutico | ..... | ..... |
| Cirugía general y del aparato digestivo | | | ANÁLISIS CLÍNICO | ..... | ..... |
| Cirugía maxilofacial | | | FARMACIA HOSPITALARIA | ..... | ..... |
| Cirugía pediátrica | | | FARMACOLOGÍA CLÍNICA | ..... | ..... |
| Cirugía plástica estética y reparadora | | | RADIOFARMACIA | ..... | ..... |
| Cirugía torácica | | | OTRAS ESPECIALIDADES | ..... | ..... |
| Dermatología quirúrgica y venerología | | | OTROS TITULADOS UNIVERSITARIOS | ..... | ..... |
| Endocrinología y nutrición | | | BIOLOGO | ..... | ..... |
| Estomatología | | | DIPLOMADO EN ÓPTICA Y OPTOMETRÍA | ..... | ..... |
| Farmacología clínica | | | FÍSICO | ..... | ..... |
| Geriatría | | | FISIOTERAPEUTA | ..... | ..... |
| Hematología y hemoterapia | | | ODONTOLOGO | ..... | ..... |
| Hidrología médica | | | PODÓLOGO | ..... | ..... |
| Inmunología | | | PSICÓLOGO CLÍNICO | ..... | ..... |
| Medicina de la Educación Física y el Deporte | | | QUÍMICO | ..... | ..... |
| Medicina del Trabajo | | | TITULADO EN LOGOPEDIA | ..... | ..... |
| Medicina Espacial | | | DIPLOMADO EN NUTRICIÓN HUMANA Y DIETÉTICA | ..... | ..... |
| Medicina familiar y comunitaria | | | DIPLOMADO EN TERAPIA OCUPACIONAL | ..... | ..... |
| Medicina Intensiva | | | OTROS TITULADOS | ..... | ..... |
| Medicina Interna | | | FORMACIÓN PROFESIONAL | ..... | ..... |
| Medicina Legal y Forense | | | AUXILIAR DE CLÍNICA | ..... | ..... |
| Medicina nuclear | | | TÉCNICO EN FARMACIA | ..... | ..... |
| Medicina preventiva y salud pública | | | PROTÉSICO DENTAL | ..... | ..... |
| Microbiología y parasitología | | | TÉCNICO SUPERIOR EN ANATOMÍA PATOLÓGICA Y CITOLOGÍA | ..... | ..... |
| Nefrología | | | TÉCNICO SUPERIOR EN AUDIOPRÓTESIS | ..... | ..... |
| Neumología | | | TÉCNICO SUPERIOR EN DIETÉTICA | ..... | ..... |
| Neurocirugía | | | TÉCNICO SUPERIOR EN HIGIENE BUCODENTAL | ..... | ..... |
| Neurofisiología clínica | | | TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO | ..... | ..... |
| Neurología | | | TÉCNICO SUPERIOR EN LABORATORIO DIAGNÓSTICO CLÍNICO | ..... | ..... |
| Obstetricia y Ginecología | | | TÉCNICO SUPERIOR EN ORTOPRÓTESIS | ..... | ..... |
| Oftalmología | | | TÉCNICO SUPERIOR EN RADIOTERAPIA | ..... | ..... |
| Oncología Médica | | | TÉCNICO SUPERIOR EN SALUD AMBIENTAL | ..... | ..... |
| Oncología radioterápica | | | OTROS | ..... | ..... |
| Otorrinolaringología | | | PERSONAL NO SANITARIO | ..... | ..... |
| Pediatría y sus áreas específicas | | | TÉCNICO SUPERIOR EN ÓPTICA ANTEOJERÍA | ..... | ..... |
| Psiquiatría | | | OTROS (especificar titulación) | ..... | ..... |
| Radiodiagnóstico | | | | | |
| Rehabilitación | | | | | |
| Reumatología | | | | | |
| Traumatología y cirugía ortopédica | | | | | |
| Urología | | | | | |

| AUTORIZACIÓN ADMINISTRATIVA DE CENTROS, SERVICIOS Y ESTABLECIMIENTOS SANITARIOS | | | | |
|---|--------|-------|--------|-------------------|
| EQUIPAMIENTO | | | | |
| TIPO ALTA TECNOLOGÍA | Nº (*) | MARCA | MODELO | FECHA FABRICACIÓN |
| Resonancia Magnética (RM) | | | | |
| Gammacámara Convencional (GAM) | | | | |
| Tomografía por Emisión de Fotones (SPECT) | | | | |
| Tomografía por Emisión de Positrones (PET) | | | | |
| Sala de Hemodinámica (HM) | | | | |
| Angiografía por Sustracción Digital (ASD) | | | | |
| Litotricia Extracorpórea (LIT) | | | | |
| Bomba de Cobalto (BCO) | | | | |
| Acelerador de Partículas (ALI) | | | | |
| Tomografía Axial Computerizada (TAC) | | | | |
| OTRAS TECNOLOGÍAS | Nº (*) | MARCA | MODELO | FECHA FABRICACIÓN |
| Telemendo | | | | |
| Ecógrafo | | | | |
| Portátil | | | | |
| Ecoardio | | | | |
| Holter | | | | |
| Densitometría Ósea | | | | |
| Mamógrafo | | | | |
| Radiología Vascular | | | | |
| Láser Oftalmológico | | | | |
| Diálisis | | | | |
| Radiología Convencional | | | | |

(*) Si el número a consignar de un determinado equipo es superior a uno, anote dicho número en la casilla correspondiente e indique los datos de marca, modelo y fecha de fabricación en un folio suplementario.

| CAMAS | Nº |
|----------------------------------|-------|
| Camas para ingresos | |
| Camas no destinadas a ingresos | |
| Camas Polivalentes / Indistintas | |
| Incubadoras | |

| INSTALACIONES | Nº |
|-------------------------------------|-------|
| Consultas de Urgencias | |
| Consultas Externas | |
| Salas de Rehabilitación (gimnasios) | |
| Paritorios | |
| Quirófanos | |
| Salas de Curas | |
| Salas de Esterilización | |
| Salas de Exploraciones Funcionales | |