

**DECLARACIÓN RESPONSABLE PARA LA RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN SANITARIA DE  
FUNCIONAMIENTO DE CENTROS, SERVICIOS Y ESTABLECIMIENTOS SANITARIOS**

(Artículo 14 del Decreto 69/2008, de 26 febrero)

D/Dª. \_\_\_\_\_, mayor de edad, con N.I.F.  
\_\_\_\_\_, actuando como

**titular**

**representante legal** de \_\_\_\_\_

en el expediente de Renovación de la Autorización de Funcionamiento del Centro / Servicio / Establecimiento Sanitario: \_\_\_\_\_

domiciliado en la localidad de \_\_\_\_\_ (provincia de \_\_\_\_\_), en  
\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_, NICA: \_\_\_\_\_

a que se refiere la solicitud que el presente escrito acompaña

**DECLARA:**

I.- Que dicho centro/servicio/establecimiento sanitario, desde la última autorización de modificación/funcionamiento **NO HA SIDO OBJETO DE MODIFICACIÓN** RESPECTO A :

- Titularidad.
- Oferta Asistencial.
- Estructura Funcional y/o Física del Centro.
- Equipamiento (Tecnología, Camas e Instalaciones referidas en Anexo II del Decreto 69/2008).

II.- Que dicho centro/servicio/establecimiento sanitario cumple con la legislación específica y reúne los requisitos establecidos en los apartados A) y B) y C) del Anexo III del Decreto 69/2008, de 26 de febrero, en los términos siguientes:

**A) ADECUACIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE FUNCIONAMIENTO DE LOS CENTROS, SERVICIOS Y ESTABLECIMIENTOS SANITARIOS.**

1.1. El centro/servicio/establecimiento se adecua a la siguiente normativa legal aplicable a su actividad y a su estructura :      SI      NO

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a) La relativa a seguridad de edificios y locales destinados a uso público ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) La referida a garantía de seguridad de equipos e instalaciones .....          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) La referida al tratamiento de residuos sólidos, químicos y biológicos .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) La relativa a la contaminación acústica y atmosféricas .....                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ (Fecha). Nombre y firma de persona solicitante: \_\_\_\_\_

Específicamente el Centro/Servicio/Establecimiento dispone de:

SI NO

- Certificaciones emitidas por los técnicos competentes del cumplimiento de las normas exigibles en materia de construcción, instalaciones, seguridad y accesibilidad.....
- Contrato de cesión de residuos a gestor autorizado por la Agencia de Medio Ambiente (si procede)..
- Protocolo de identificación, clasificación y gestión interna de los residuos sanitarios (si procede).....
- Plan de Prevención de Riesgos Laborales.....
- Seguro de Responsabilidad Civil.....

1.2 El Centro, Servicio o Establecimiento dispone de protocolos para asegurar la adaptación de su actividad a los conocimientos científicos y técnicas utilizadas en cada momento.....

Específicamente el Centro/Servicio/Establecimiento dispone de:

- Protocolos asistenciales de exploraciones y técnicas de tratamiento que realiza.....
- Protocolo de traslado de enfermos en caso de situaciones de urgencia(si procede).....
- Protocolo de limpieza, desinfección y esterilización de material e instrumental.....

2. Se dispone de documentación justificativa de que los espacios físicos, instalaciones, equipos y recursos humanos del centro/servicio/establecimiento sanitario son suficientes para desenvolver la oferta asistencial de forma adecuada a la finalidad pretendida.....

3. Existe constancia documental de que dispone de personal sanitario con la titulación requerida para cubrir la atención sanitaria en las unidades asistenciales y especialidades que lo conforman, de acuerdo a sus características y oferta de servicios.....

Específicamente, en relación a los Profesionales, el Centro dispone de:

- Certificaciones de títulos académicos o profesionales de carácter obligatorio.....
- Seguros de responsabilidad civil profesional.....
- Contratos formalizados por escrito.....
- Declaraciones de compatibilidad del personal que trabaja también en el sector público.....

4. El Personal cumple con el requisito previsto en el artículo 13.5 de la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero de 1996 en caso de actividades que impliquen contacto habitual con menores.....

5. El centro tiene actualizado su Planificación Funcional plasmada en un documento en el que constan: Características de la población a atender, Cartera de Servicios, Procesos Asistenciales: alcance y complejidad de la atención sanitaria a desarrollar, Descripción de los aspectos organizativos y Recursos necesarios.

Específicamente el Centro dispone de:

- Plan Funcional del Centro, incluyendo, como mínimo, Finalidad y/o Misión del Centro, Objetivos Generales, Organigrama de Centro, Cartera de Servicios, Sistemas de Información.....

6. Se registra la atención sanitaria dispensada en un archivo cuyo contenido permita el seguimiento del proceso. ....

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ (Fecha). Nombre y firma de persona solicitante: \_\_\_\_\_

	SI	NO
7. Se han previsto los mecanismos que aseguren el cumplimiento de la normativa en materia de archivo, documentación clínica y Libro de Reclamaciones, respetando, en todo caso, las normas sobre confidencialidad y protección de datos de carácter personal.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Específicamente el Centro dispone de:		
• Modelos de Consentimiento Informado (si procede).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Registro de Pacientes Atendidos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sistema para la notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Libro de Hojas de Quejas y Reclamaciones.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Declaración ante la Agencia de Protección de Datos de los Ficheros de Datos Personales.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Se ha habilitado el Registro de los documentos que resultan exigibles legal y administrativamente al centro, sus instalaciones y equipos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. En el centro se realiza alguna función propia del mismo por una empresa ajena a su titular o un profesional mediante la prestación de servicios por cuenta propia.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.1. En caso afirmativo, el contrato se ha formalizado por escrito y asegura el cumplimiento de los requisitos exigibles al centro para tales cometidos, tanto estructurales, como de organización y funcionamiento, así como cualquiera que les sean de aplicación según la legalidad vigente.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**B) ADAPTACIÓN A LAS CONDICIONES ESPECÍFICAS DE LOS CENTROS SANITARIOS CON INTERNAMIENTO.**

a) Requisitos de funcionamiento:	SI	NO
- Dispone de personal médico con presencia física las 24 horas del día teniendo definido procedimiento organizativo a tal fin .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Tiene guardias localizadas de médicos especialistas .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- En caso afirmativo a la cuestión anterior, dispone de un procedimiento de localización urgente.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Areas obligatorias:	SI	NO
- Dispone de las siguientes áreas funcionales:		
Dirección .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Administración .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Admisión .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Archivo de historias clínicas .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mortuorio.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hospitalización .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radiodiagnóstico .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Servicio de farmacia o depósito de medicamentos .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toma de muestras y determinaciones analíticas básicas .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_ (Fecha). Nombre y firma de persona solicitante: \_\_\_\_\_

	SI	NO
Cocina .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lavandería y lencería .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esterilización .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Tiene confeccionados documentos definitorios de los siguientes programas:		
Planes de seguridad en materia de riesgos a personas .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ En concreto, dispone de Registro de Controles químicos y biológicos del equipo de esterilización (si procede).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Planes de limpieza y de eliminación de residuos .sólidos, químicos y biológicos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mantenimiento del edificio e instalaciones generales .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mantenimiento del equipamiento de electromedicina .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ En concreto, el centro dispone de:		
• Censo de Equipamiento.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Manuales de Funcionamiento.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Registro de Mantenimiento.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Certificación de Calibraciones.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Tiene concertada la realización de radiodiagnóstico, u otras pruebas, conforme a un protocolo de actuación para los casos de traslado de pacientes ingresados a otros centros, o de necesidad de prestaciones terapéuticas o diagnósticas no existentes en el Centro .....		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**C) CONDICIONES ESPECÍFICAS DE LOS CENTROS SANITARIOS SIN INTERNAMIENTOS**

c) El centro dispone de las Áreas Funcionales (obligatorias) de	SI	NO
Dirección y Administración.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mantenimiento y Plan de Seguridad. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Archivo de Documentación Sanitaria (Historias Clínicas).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Área de Recepción y espera de Usuario.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Área para la Actividad Sanitaria.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* Nota: Las consultas médicas (medicina general y especialidades) y de otros profesionales sanitarios, no están obligadas a constituir de forma diferenciada las unidades funcionales anteriores.

__ / __ / ____ (Fecha). Nombre y firma de persona solicitante: _____
--

**D) DECLARACIÓN SOBRE DETERMINADAS TÉCNICAS ESPECÍFICAS**

DECLARA que el centro dispone en su oferta de servicios de alguna o algunas de las siguientes técnicas:

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Acupuntura   | <input type="checkbox"/> Fotocoagulación          | <input type="checkbox"/> Monitorización de sueño         |
| <input type="checkbox"/> Administración de antitoxinas/ óxido nitroso / vacunas | <input type="checkbox"/> Gammagrafía              | <input type="checkbox"/> Paracentesis                    |
| <input type="checkbox"/> Aféresis terapéutica                                   | <input type="checkbox"/> Gastrotomía percutánea   | <input type="checkbox"/> Punción aspiración              |
| <input type="checkbox"/> Biopsias por escisión                                  | <input type="checkbox"/> Hidroterapia             | <input type="checkbox"/> Quimioterapia                   |
| <input type="checkbox"/> Endoscopia   | <input type="checkbox"/> Hiperbárica, oxigenación | <input type="checkbox"/> Radiología / Ultrasonidos / RNM |
|   | <input type="checkbox"/> Láser                    |  |
|   | <input type="checkbox"/> Litotricia               |  |

**E) DECLARACIÓN SOBRE PUBLICIDAD**

La publicidad del Centro/Servicio/Establecimiento sanitario no induce a error y se limita a los servicios y actividades para los que cuentan con autorización y hace constar el nº NICA.....  SI  NO

**F) DECLARACIÓN SOBRE PERSONAL**

La relación del personal sanitario de que dispone el centro es mismo el que figura en el listado adjunto, desglosado en su caso por Unidades asistenciales .....  SI  NO

---

Y para que así conste, y surta los efectos oportunos ante la Consejería de Salud, firmo la presente declaración en

\_\_\_\_\_ , a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.  
Fdo. \_\_\_\_\_