

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

Nº REGISTRO, FECHA Y HORA

SOLICITUD

AUTORIZACIÓN ADMINISTRATIVA DE CENTROS, SERVICIOS Y ESTABLECIMIENTOS SANITARIOS

- INSTRUMENTOS: [] 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



001168/3D

3	DOCUMENTACIÓN ADJUNTA (Original y/o copia para su cotejo) (Continuación)
D) DOCUMENTACIÓN ESPECÍFICA PARA AUTORIZACIÓN DE CIERRE:	
<input type="checkbox"/> Memoria justificativa del proyecto de cierre. <input type="checkbox"/> Memoria de las fases previstas y forma secuencial de la supresión de la actividad. <input type="checkbox"/> 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:	
<input type="checkbox"/> Documentación acreditativa del cambio de titularidad del centro, servicio o establecimiento, en su caso.	

4	CONSENTIMIENTO EXPRESO DNI / NIE
<input type="checkbox"/> La persona abajo firmante presta su CONSENTIMIENTO para la consulta de sus datos de identidad a través del Sistema de Verificación de Identidad. <input type="checkbox"/> NO CONSIENTE 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:	
<input type="checkbox"/> 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 Foniatría
<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 Vasculat	<input type="checkbox"/> U.69 Psiquiatría
<input type="checkbox"/> U.12 Geriatría	<input type="checkbox"/> U.40 Cirugía Cardíaca	<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 obstetro-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	Biólogo	.....	.....
Estomatología	Diplomado en óptica y optometría	.....	.....
Farmacología clínica	Físico	.....	.....
Geriatría	Fisioterapeuta	.....	.....
Hematología y hemoterapia	Odontólogo	.....	.....
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	Téc. Sup. anatomía patológica y citología	.....	.....
Nefrología	Téc. Sup. Audioprótesis	.....	.....
Neumología	Téc. Sup. Dietética	.....	.....
Neurocirugía	Téc. Sup. Higiene Bucodental	.....	.....
Neurofisiología clínica	Téc. Sup. Imagen para el diagnóstico	.....	.....
Neurología	Téc. Sup. Laboratorio diagnóstico clínico	.....	.....
Obstetricia y Ginecología	Téc. Sup. Ortoprótisis	.....	.....
Oftalmología	Téc. Sup. en radioterapia	.....	.....
Oncología Médica	Téc. Sup. en Salud Ambiental	.....	.....
Oncología radioterápica	Otros	.....	.....
Otorrinolaringología	PERSONAL NO SANITARIO	.....	.....
Pediatría y sus áreas específicas	Téc. Sup. 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
Telemando
Ecógrafo
Portátil
Ecocardio
Holter
Densitometría Ósea
Mamógrafo
Radiología Vasculat
Láser Oftalmológico
Dialisis
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