

JUNTA DE ANDALUCÍA

CONSEJERÍA DE SALUD

AUTORIZACIÓN ADMINISTRATIVA DE CENTROS, SERVICIOS Y ESTABLECIMIENTOS SANITARIOS

SOLICITUD

INSTALACIÓN FUNCIONAMIENTO RENOVACIÓN AUTORIZACIÓN DE CIERRE MODIFICACIÓN

Decreto / de (BOJA nº de fecha)

1 DATOS DEL CENTRO, SERVICIO O ESTABLECIMIENTO SANITARIO			
DENOMINACIÓN			CIF
DIRECCIÓN			N.I.C.A. (1)
MUNICIPIO	PROVINCIA		C. POSTAL
TELÉFONO	FAX	CORREO ELECTRÓNICO	

2 DATOS DEL/DE LA TITULAR/ES Y DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL			
NOMBRE Y APELLIDOS DEL/DE LA TITULAR/ES			NIF/CIF
NOMBRE Y APELLIDOS DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL, EN SU CASO			NIF
DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN			
LOCALIDAD			
MUNICIPIO	PROVINCIA		C. POSTAL
TELÉFONO	FAX	CORREO ELECTRÓNICO	

3 DOCUMENTACIÓN ADJUNTA (Original y/o copia para su cotejo)
<p>A) DOCUMENTACIÓN GENÉRICA:</p> <p><input type="checkbox"/> NIF/CIF del de la titular/es.</p> <p><input type="checkbox"/> NIF del/de la representante legal, en su caso.</p> <p><input type="checkbox"/> Acreditación de la representación que ostenta.</p> <p>B) DOCUMENTACIÓN ESPECÍFICA PARA AUTORIZACIÓN DE INSTALACIÓN Y DE MODIFICACIÓN POR CAMBIO DE ESTRUCTURA (2):</p> <p><input type="checkbox"/> Memoria descriptiva del centro o establecimiento.</p> <p><input type="checkbox"/> Planos a escala expresivos de la distribución y dimensiones de las distintas dependencias y ubicación de su equipamiento e instalaciones.</p> <p><input type="checkbox"/> Cuestionario de garantía de adaptación y adecuación del proyecto a los requisitos establecidos en el Anexo III del Decreto.</p> <p><input type="checkbox"/> Otro/s (especificar):</p> <p>C) DOCUMENTACIÓN ESPECÍFICA PARA AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO, DE MODIFICACIÓN POR CAMBIO DE OFERTA ASISTENCIAL Y DE MODIFICACIÓN POR CAMBIO DE ESTRUCTURA (2):</p> <p><input type="checkbox"/> Contenido de la publicidad prevista para el centro, en su caso.</p> <p><input type="checkbox"/> Licencia de obras, en su caso.</p> <p><input type="checkbox"/> 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.</p> <p><input type="checkbox"/> Organigrama del centro.</p> <p><input type="checkbox"/> Certificaciones de títulos académicos o profesionales de carácter obligatorio.</p> <p><input type="checkbox"/> Plan funcional global del centro y de las unidades que lo integran.</p> <p>D) DOCUMENTACIÓN ESPECÍFICA PARA AUTORIZACIÓN DE CIERRE:</p> <p><input type="checkbox"/> Memoria justificativa del proyecto de cierre.</p> <p><input type="checkbox"/> Memoria de las fases previstas y forma secuencial de la supresión de la actividad.</p> <p><input type="checkbox"/> Análisis de la repercusión del cierre sobre las prestaciones sanitarias proporcionadas mediante el convenio o concierto.</p> <p>E) DOCUMENTACIÓN ESPECÍFICA PARA AUTORIZACIÓN DE MODIFICACIÓN POR CAMBIO DE TITULARIDAD:</p> <p><input type="checkbox"/> Documentación acreditativa del cambio de titularidad del centro, servicio o establecimiento, en su caso.</p>



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

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

4	SOLICITUD, DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA
<p>El/La abajo firmante DECLARA responsablemente que son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud, así como en la documentación adjunta y que:</p> <p><input type="checkbox"/> El centro, servicio o establecimiento cumple con los requisitos exigibles en la normativa de aplicación vigente.</p> <p>Y SOLICITA la concesión de la autorización administrativa del centro, servicio o establecimiento con las características detalladas en la presente solicitud.</p> <p style="text-align: center;">En a de de</p> <p style="text-align: center;">EL/LA TITULAR O REPRESENTANTE LEGAL</p> <p style="text-align: right;">Fdo.:</p>	

- ILMO/A. SR/A. DIRECTOR/A GENERAL DE CALIDAD, INVESTIGACIÓN Y GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO (en caso de centros de internamiento).
- ILMO/A. SR/A. DELEGADO/A PROVINCIAL DE LA CONSEJERÍA DE SALUD EN (en los demás casos).

<p>PROTECCIÓN DE DATOS</p> <p>En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Consejería de Salud 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 automatizado. 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.</p> <p>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 y Gestión del Conocimiento. Consejería de Salud. Avda. de la Innovación, S/N. Edif. Arena 1. 41071 - SEVILLA</p>

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.47 Cirugía Estética | <input type="checkbox"/> U.91 Medicina de la Educación Física y el Deporte |
| <input type="checkbox"/> U.2 Enfermería | <input type="checkbox"/> U.48 Medicina Estética | <input type="checkbox"/> U.92 Medicina Hiperbárica |
| <input type="checkbox"/> U.3 Enfermería Obstétrico-Ginecología (Matrona) | <input type="checkbox"/> U.49 Neurocirugía | <input type="checkbox"/> U.93 Extracción de Órganos |
| <input type="checkbox"/> U.4 Podología | <input type="checkbox"/> U.50 Oftalmología | <input type="checkbox"/> U.94 Trasplante de Órganos |
| <input type="checkbox"/> U.5 Vacunación | <input type="checkbox"/> U.51 Cirugía Refractiva | <input type="checkbox"/> U.95 Obtención de Tejidos |
| <input type="checkbox"/> U.6 Alergología | <input type="checkbox"/> U.52 Otorrinolaringología | <input type="checkbox"/> U.96 Implantación de Tejidos |
| <input type="checkbox"/> U.7 Cardiología | <input type="checkbox"/> U.53 Urología | <input type="checkbox"/> U.97 Banco de Tejidos |
| <input type="checkbox"/> U.8 Dermatología | <input type="checkbox"/> U.54 Litotricia renal | <input type="checkbox"/> U.98 Medicina Aeronáutica |
| <input type="checkbox"/> U.9 Aparato Digestivo | <input type="checkbox"/> U.55 Traumatología y Cirugía Ortopédica | <input type="checkbox"/> U.99 Medicina del Trabajo |
| <input type="checkbox"/> U.10 Endocrinología | <input type="checkbox"/> U.56 Lesionados medulares | <input type="checkbox"/> U.100 Transporte Sanitario (carretera, aéreo, marítimo) |
| <input type="checkbox"/> U.11 Nutrición y Dietética | <input type="checkbox"/> U.57 Rehabilitación | <input type="checkbox"/> U.100.1 Ambulancia no asistida (cuidados mínimos) |
| <input type="checkbox"/> U.12 Geriátrica | <input type="checkbox"/> U.58 Hidrología | <input type="checkbox"/> U.100.2 Ambulancia asistencial soporte vital básico (medicalizables) |
| <input type="checkbox"/> U.13 Medicina Interna | <input type="checkbox"/> U.59 Fisioterapia | <input type="checkbox"/> U.100.3 Ambulancia asistencial soporte vital avanzado (medicalizada) |
| <input type="checkbox"/> U.14 Nefrología | <input type="checkbox"/> U.60 Terapia Ocupacional | <input type="checkbox"/> U.100.4 Transporte sanitario colectivo |
| <input type="checkbox"/> U.15 Diálisis | <input type="checkbox"/> U.61 Logopedia | <input type="checkbox"/> U.100.5 Helicóptero |
| <input type="checkbox"/> U.16 Neumología | <input type="checkbox"/> U.62 Foniatría | <input type="checkbox"/> U.101 Terapias no Convencionales |
| <input type="checkbox"/> U.17 Neurología | <input type="checkbox"/> U.63 Cirugía Mayor Ambulatoria | <input type="checkbox"/> U.101.1 Acupuntura |
| <input type="checkbox"/> U.18 Neurofisiología | <input type="checkbox"/> U.64 Cirugía Menor Ambulatoria | <input type="checkbox"/> U.101.2 Homeopatía |
| <input type="checkbox"/> U.19 Oncología | <input type="checkbox"/> U.65 Hospital de Día | <input type="checkbox"/> U.900 Otras Unidades Asistenciales |
| <input type="checkbox"/> U.20 Pediatría | <input type="checkbox"/> U.66 Atención Sanitaria Domiciliaria | <input type="checkbox"/> U.900.1 Psicología |
| <input type="checkbox"/> U.21 Cirugía Pediátrica | <input type="checkbox"/> U.67 Cuidados Paliativos | <input type="checkbox"/> U.900.2 Telemedicina |
| <input type="checkbox"/> U.22 Cuidados Intermedios Neonatales | <input type="checkbox"/> U.68 Urgencias | <input type="checkbox"/> U.900.3 Gabinete optométrico |
| <input type="checkbox"/> U.23 Cuidados Intensivos Neonatales | <input type="checkbox"/> U.69 Psiquiatría | |
| <input type="checkbox"/> U.24 Reumatología | <input type="checkbox"/> U.70 Psicología Clínica | |
| <input type="checkbox"/> U.25 Obstetricia | <input type="checkbox"/> U.71 Tratamiento Sanitario a Drogodependientes | |
| <input type="checkbox"/> U.26 Ginecología | <input type="checkbox"/> U.72 Obtención de Muestras | |
| <input type="checkbox"/> U.27 Inseminación Artificial | <input type="checkbox"/> U.73 Análisis Clínicos | |
| <input type="checkbox"/> U.28 Fecundación in vitro | <input type="checkbox"/> U.74 Bioquímica Clínica | |
| <input type="checkbox"/> U.29 Banco de Semen | <input type="checkbox"/> U.75 Inmunología | |
| <input type="checkbox"/> U.30 Laboratorio de Semen para Capacitación Espermática | <input type="checkbox"/> U.76 Microbiología y Parasitología | |
| <input type="checkbox"/> U.31 Banco de Preembriones | <input type="checkbox"/> U.77 Anatomía Patológica | |
| <input type="checkbox"/> U.32 Recuperación de Oocitos | <input type="checkbox"/> U.78 Genética | |
| <input type="checkbox"/> U.33 Planificación Familiar | <input type="checkbox"/> U.79 Hematología Clínica | |
| <input type="checkbox"/> U.34 Interrupción Voluntaria del Embarazo | <input type="checkbox"/> U.80 Laboratorio de Hematología | |
| <input type="checkbox"/> U.34.1 I.V.E. menos de 12 semanas | <input type="checkbox"/> U.81 Extracción de Sangre para Donación | |
| <input type="checkbox"/> U.34.2 I.V.E. más de 12 semanas | <input type="checkbox"/> U.82 Servicio de Transfusión | |
| <input type="checkbox"/> U.35 Anestesia y Reanimación | <input type="checkbox"/> U.82.1 Bancos de sangre | |
| <input type="checkbox"/> U.36 Tratamiento del Dolor | <input type="checkbox"/> U.82.2 Depósitos de sangre | |
| <input type="checkbox"/> U.37 Medicina Intensiva | <input type="checkbox"/> U.83 Farmacia | |
| <input type="checkbox"/> U.38 Quemados | <input type="checkbox"/> U.84 Depósito de medicamentos | |
| <input type="checkbox"/> U.39 Angiología y Cirugía Vasculat | <input type="checkbox"/> U.85 Farmacología Clínica | |
| <input type="checkbox"/> U.40 Cirugía Cardíaca | <input type="checkbox"/> U.86 Radioterapia | |
| <input type="checkbox"/> U.41 Hemodinámica | <input type="checkbox"/> U.87 Medicina Nuclear | |
| <input type="checkbox"/> U.42 Cirugía Torácica | <input type="checkbox"/> U.88 Radiodiagnóstico | |
| <input type="checkbox"/> U.43 Cirugía General y Digestivo | <input type="checkbox"/> U.89 Asistencia a lesionados y contaminados radiactivos y radiaciones | |
| <input type="checkbox"/> U.44 Odontología/Estomatología | <input type="checkbox"/> U.90 Medicina Preventiva | |
| <input type="checkbox"/> U.45 Cirugía Maxilofacial | | |
| <input type="checkbox"/> U.46 Cirugía Plástica y reparadora | | |

001168/1

AUTORIZACIÓN ADMINISTRATIVA DE CENTROS, SERVICIOS Y ESTABLECIMIENTOS SANITARIOS

RELACIÓN DE PROFESIONALES		
	Nº Estables	Nº Ocasionales
MEDICINA		
Medicina General		
Alergología		
Análisis Clínicos		
Anatomía Patológica		
Anestesiología y reanimación		
Angiología y cirugía vascular		
Aparato digestivo		
Bioquímica Clínica		
Cardiología		
Cirugía cardiovascular		
Cirugía general y del aparato digestivo		
Cirugía maxilofacial		
Cirugía pediátrica		
Cirugía plástica estética y reparadora		
Cirugía torácica		
Dermatología quirúrgica y venerología		
Endocrinología y nutrición		
Estomatología		
Farmacología clínica		
Geriatría		
Hematología y hemoterapia		
Hidrología médica		
Inmunología		
Medicina de la Educación Física y el Deporte		
Medicina del trabajo		
Medicina Espacial		
Medicina familiar y comunitaria		
Medicina Intensiva		
Medicina Interna		
Medicina Legal y Forense		
Medicina nuclear		
Medicina preventiva y salud pública		
Microbiología y parasitología		
Nefrología		
Neumología		
Neurocirugía		
Neurofisiología clínica		
Neurología		
Obstetricia y Ginecología		
Oftalmología		
Oncología Médica		
Oncología radioterápica		
Otorrinolaringología		
Pediatría y sus áreas específicas		
Psiquiatría		
Radiodiagnóstico		
Rehabilitación		
Reumatología		
Traumatología y cirugía ortopédica		
Urología		
ENFERMERÍA		
Enfermería		
Enfermería de Cuidados Especiales		
Enfermería de Salud Comunitaria		
Enfermería de Salud Mental		
Enfermería Geriátrica		
Enfermería pediátrica		
Enfermería obstetro-ginecología (matrona)		
Enfermería Laboral		
FARMACIA		
Farmacéutico		
Análisis clínico		
Farmacia Hospitalaria		
Farmacología Clínica		
Radiofarmacia		
Otras especialidades		
OTROS TITULADOS UNIVERSITARIOS		
Biólogo		
Diplomado en óptica y optometría		
Físico		
Fisioterapeuta		
Odontólogo		
Podólogo		
Psicólogo clínico		
Químico		
Titulado en logopedia		
Diplomado en nutrición humana y dietética		
Diplomado en terapia ocupacional		
Otros titulados		
FORMACIÓN PROFESIONAL		
Auxiliar de Clínica		
Técnico en Farmacia		
Protésico Dental		
Téc. Sup. anatomía patológica y citología		
Téc. Sup. Audioprótesis		
Téc. Sup. Dietética		
Téc. Sup. Higiene Bucodental		
Téc. Sup. imagen para el diagnóstico		
Téc. Sup. Laboratorio diagnóstico clínico		
Téc. Sup. Ortoprótesis		
Téc. Sup. en radioterapia		
Téc. Sup. en Salud Ambiental		
Otros		
PERSONAL NO SANITARIO		
Téc. Sup. óptica anteojería		
OTROS (especificar titulación)		
.....		
.....		
.....		
.....		

001168/1

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 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)	
Partitorios	
Quirófanos	
Salas de Curas	
Salas de Esterilización	
Salas de Exploraciones Funcionales	

001168/1