

## AUTORIZACIÓN ADMINISTRATIVA DE CENTROS, SERVICIOS Y ESTABLECIMIENTOS SANITARIOS

SOLICITUD

 INSTALACIÓN     FUNCIONAMIENTO     RENOVACIÓN     AUTORIZACIÓN DE CIERRE     MODIFICACIÓN

Decreto ..... / ..... de ..... (BOJA n° ..... de fecha ..... )

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

<b>2 DATOS DEL/DE LA TITULAR/ES Y DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL</b>			
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	

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

(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**

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 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).

**PROTECCIÓN DE DATOS**

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.

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

## 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 <b>Transporte Sanitario (carretera, aéreo, marítimo)</b>       |
| <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 <b>Terapias no Convencionales</b>                              |
| <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 <b>Otras Unidades Asistenciales</b>                            |
| <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 <b>Interrupción Voluntaria del Embarazo</b>        | <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 <b>Servicio de Transfusión</b>                                   |   |
| <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 Vasculard                     | <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                      |  |   |

**AUTORIZACIÓN ADMINISTRATIVA DE CENTROS, SERVICIOS Y ESTABLECIMIENTOS SANITARIOS**

<b>RELACIÓN DE PROFESIONALES</b>					
	<b>Nº</b>			<b>Nº</b>	
	<b>Estables</b>	<b>Ocasionales</b>		<b>Estables</b>	<b>Ocasionales</b>
<b>MEDICINA</b>			<b>ENFERMERÍA</b>		
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			<b>FARMACIA</b>		
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			<b>OTROS TITULADOS UNIVERSITARIOS</b>		
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			<b>FORMACIÓN PROFESIONAL</b>		
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. Ortoprótesis		
Oftalmología			Téc. Sup. en radioterapia		
Oncología Médica			Téc. Sup. en Salud Ambiental		
Oncología radioterápica			Otros		
Otorrinolaringología			<b>PERSONAL NO SANITARIO</b>		
Pediatría y sus áreas específicas			Téc. Sup. óptica anteojería		
Psiquiatría			<b>OTROS (especificar titulación)</b>		
Radiodiagnóstico			.....		
Rehabilitación			.....		
Reumatología			.....		
Traumatología y cirugía ortopédica			.....		
Urología			.....		

001168/1

## AUTORIZACIÓN ADMINISTRATIVA DE CENTROS, SERVICIOS Y ESTABLECIMIENTOS SANITARIOS

<b>EQUIPAMIENTO</b>				
<b>TIPO ALTA TECNOLOGÍA</b>	<b>Nº (*)</b>	<b>MARCA</b>	<b>MODELO</b>	<b>FECHA FABRICACIÓN</b>
Resonancia Magnética <b>(RM)</b>				
Gammacámara Convencional <b>(GAM)</b>				
Tomografía por Emisión de Fotonos <b>(SPECT)</b>				
Tomografía por Emisión de Positrones <b>(PET)</b>				
Sala de Hemodinámica <b>(HM)</b>				
Angiografía por Sustracción Digital <b>(ASD)</b>				
Litotricia Extracorpórea <b>(LIT)</b>				
Bomba de Cobalto <b>(BCO)</b>				
Acelerador de Partículas <b>(ALI)</b>				
Tomografía Axial Computerizada <b>(TAC)</b>				
<b>OTRAS TECNOLOGÍAS</b>	<b>Nº</b>	<b>MARCA</b>	<b>MODELO</b>	<b>FECHA FABRICACIÓN</b>
Telemando				
Ecógrafo				
Portátil				
Ecocardio				
Holter				
Densitometría Ósea				
Mamógrafo				
Radiología Vasculare				
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.

<b>CAMAS</b>	
	<b>Nº</b>
Camas para ingresos	
Camas no destinadas a ingresos	
Camas Polivalentes / Indistintas	
Incubadoras	

<b>INSTALACIONES</b>	
	<b>Nº</b>
Consultas de Urgencias	
Consultas Externas	
Salas de Rehabilitación (gimnasios)	
Paritorios	
Quirófanos	
Salas de Curas	
Salas de Esterilización	
Salas de Exploraciones Funcionales	