

3. Otras disposiciones

CONSEJERÍA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

ORDEN de 16 de mayo de 2013, por la que se establecen determinados procedimientos de la Consejería de Salud y Bienestar Social que podrán iniciarse por medios telemáticos.

El artículo 45 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, establece que las Administraciones Públicas impulsarán el empleo y aplicación de las técnicas y medios electrónicos, informáticos y telemáticos, para el desarrollo de su actividad y el ejercicio de sus competencias, con las limitaciones que a la utilización de estos medios establecen la Constitución y las Leyes.

Asimismo, la Ley 11/2007, de 22 de junio, de acceso electrónico de los ciudadanos a los servicios públicos, reconoce en su artículo 1 el derecho de los ciudadanos a relacionarse con las Administraciones Públicas por medios electrónicos y regula los aspectos básicos de la utilización de las tecnologías de la información en la actividad administrativa, en las relaciones entre las Administraciones Públicas, así como en las relaciones de los ciudadanos con las mismas con la finalidad de garantizar sus derechos, un tratamiento común ante ellas y la validez y eficacia de la actividad administrativa en condiciones de seguridad jurídica. Las Administraciones Públicas utilizarán las tecnologías de la información de acuerdo con lo dispuesto en dicha Ley 11/2007, de 22 de junio, asegurando la disponibilidad, el acceso, la integridad, la autenticidad, la confidencialidad y la conservación de los datos, informaciones y servicios que gestionen en el ejercicio de sus competencias.

La citada Ley 11/2007, de 22 de junio, regula en su Título II el régimen jurídico de la Administración Electrónica.

La firma electrónica se define como el conjunto de datos en forma electrónica, consignados junto a otros o asociados con ellos, que pueden ser utilizados como medio de identificación del firmante, según lo previsto en el artículo 3 de la Ley 59/2003, de 19 de diciembre, de firma electrónica.

La Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, regula la protección de datos de carácter personal.

El Decreto 183/2003, de 24 de junio, por el que se regula la información y atención al ciudadano y la tramitación de procedimientos administrativos por medios electrónicos (internet), establece los medios para que la Administración de la Junta de Andalucía lleve a cabo la implantación de la tramitación de procedimientos administrativos a través de la vía telemática.

Asimismo, el Acuerdo del Consejo de Gobierno de 20 de junio de 2006 aprobó la Estrategia de Modernización de los Servicios Públicos de la Junta de Andalucía para el período comprendido entre los años 2006 a 2010, con la que se pretendió llevar a cabo actuaciones que vertebrasen la Administración Andaluza desde valores que colocaran a la ciudadanía como centro de sus actuaciones y consiguiera una administración más próxima, moderna, flexible y participativa, apoyándose en cinco líneas estratégicas, estando entre uno de sus objetivos el aumento de la eficacia y eficiencia de la gestión interna, en el que destacaba la línea de acción relativa al despliegue del marco jurídico que desarrollase la normativa de la administración electrónica.

El artículo 7 de la Ley 9/2007, de 22 de octubre, de la Administración de la Junta de Andalucía, versa sobre la Administración Electrónica y el artículo 83.1 de la citada Ley 9/2007, de 22 de octubre, trata sobre los registros telemáticos, disponiendo que los registros telemáticos dependientes de la Junta de Andalucía estarán habilitados para la recepción o transmisión de documentos electrónicos relativos a los procedimientos, las actividades o los servicios contemplados en las disposiciones autonómicas que establezcan la tramitación telemática de los mismos y permitirán la entrada y salida de documentos electrónicos a través de cualquier soporte reconocido.

El Decreto 165/1995, de 4 de julio, regula los procedimientos de homologación de centros hospitalarios y de suscripción de convenios y conciertos en la Consejería de Salud o el Servicio Andaluz de Salud y entidades tanto públicas como privadas, para prestación de asistencia sanitaria en los mencionados centros.

El Decreto 81/1997, de 13 de marzo, regula los Bancos de Tejidos en la Comunidad Autónoma de Andalucía.

El Decreto 69/2008, de 26 de febrero, establece los procedimientos de las autorizaciones sanitarias y crea el Registro Andaluz de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios y en su disposición adicional segunda dispone que por Orden de la Consejera de Salud, de acuerdo con lo previsto en el artículo 111.4 de la Ley 9/2007, de 22 de octubre, de la Administración de la Junta de Andalucía, se establecerá la tramitación telemática de los procedimientos previstos en dicho Decreto.

Con fecha 19 de febrero de 2010 se dicta una Orden de la Consejería de Salud, por la que se establecen determinados procedimientos de la Consejería de Salud que podrán iniciarse por medios telemáticos.

Habida cuenta de que se hace preciso establecer que puedan iniciarse también por medios telemáticos otros procedimientos de la Consejería de Salud y Bienestar Social, que no se incluyeron en la Orden de 19 de febrero de 2010, se dicta la presente Orden, acometiendo la regulación de los criterios generales que deben inspirar la presentación telemática con firma electrónica reconocida de las solicitudes y determinando los procedimientos de la Consejería de Salud y Bienestar Social a los que resulte aplicable.

En su virtud, en uso de las atribuciones conferidas por los artículos 44.2 y 46.4 de la Ley 6/2006, de 24 de octubre, del Gobierno de la Comunidad Autónoma de Andalucía en relación con el artículo 26 de la Ley 9/2007, de 22 de octubre, y el artículo 16.2 del Decreto 183/2003, de 24 de junio,

D I S P O N G O

Artículo 1. Objeto.

1. La presente Orden tiene por objeto regular la tramitación telemática de la presentación de las solicitudes relativas a los procedimientos administrativos referidos en el Anexo de la presente Orden.

2. Todo lo previsto en la presente Orden se entiende sin perjuicio del derecho de la persona interesada a presentar las solicitudes en cualquiera de los registros previstos en el artículo 38.4 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común y en el artículo 82 de la Ley 9/2007, de 22 de octubre, de la Administración de la Junta de Andalucía.

Artículo 2. Régimen jurídico aplicable.

En todo caso, resultará de aplicación a la presentación telemática de las solicitudes relativas a los procedimientos citados en el Anexo de la presente Orden lo dispuesto en la Ley 9/2007, de 22 de octubre, en la Ley 11/2007, de 22 de junio, de acceso electrónico de los ciudadanos a los servicios públicos, en el Decreto 183/2003, de 24 de junio, por el que se regula la información y atención al ciudadano y la tramitación de los procedimientos administrativos por medios electrónicos (internet), en el Decreto 68/2008, de 26 de febrero, por el que se suprime la aportación de la fotocopia de los documentos identificativos oficiales y del certificado de empadronamiento en los procedimientos administrativos de la Administración de la Junta de Andalucía y se establece la sede electrónica para la práctica de la notificación electrónica, así como lo dispuesto en las disposiciones de desarrollo de las anteriores normas.

Artículo 3. Presentación de la solicitud.

1. Las solicitudes relativas a los procedimientos citados en el Anexo, que se presenten tanto a través del Registro Telemático Único de la Junta de Andalucía como por vía no telemática, se ajustarán a los modelos de impresos adjuntos a la presente Orden.

2. Las solicitudes referidas a los procedimientos citados en el Anexo se podrán presentar de forma telemática a través del Registro Telemático Único de la Junta de Andalucía. La dirección electrónica de acceso al servicio se encontrará en la página web de la Consejería con competencias en materia de salud de la Junta de Andalucía. Si por incidencia, fallo técnico o causa de fuerza mayor, el servicio no estuviese disponible y ello impidiese presentar la solicitud en plazo por vía telemática, la persona afectada podrá presentarla en soporte papel hasta las 14:00 horas del siguiente día hábil inmediatamente posterior al día en el que se produzca la incidencia, fallo o situación de fuerza mayor.

3. Para la presentación de las solicitudes antes citadas, la persona interesada deberá disponer del sistema de firma electrónica incorporado al Documento Nacional de Identidad, para personas físicas, o de un certificado reconocido de usuario vigente que les habilite para utilizar una firma electrónica avanzada, expedida por la Fábrica Nacional de Moneda y Timbre o por otra entidad prestadora del servicio de certificación y expedición de firma electrónica avanzada, en los términos establecidos en el artículo 13 del Decreto 183/2003, de 24 de junio, y en el artículo 3 de la Ley 59/2003, de 19 de diciembre, de firma electrónica. Las entidades prestadoras del servicio de certificación y expedición de firma electrónica avanzada, reconocidas por la Junta de Andalucía, figuran en una relación actualizada, publicada en la página web de la Consejería competente en materia de administración electrónica de la Junta de Andalucía.

4. El acceso al sistema podrá realizarse las 24 horas del día todos los días del año. Sólo en el caso en que concurren razones justificadas de carácter técnico u operativo, podrá interrumpirse el servicio por el tiempo imprescindible para acometer las tareas de mantenimiento o actualización necesarias.

5. Cuando, de acuerdo con la normativa reguladora de cada procedimiento de los previstos en el Anexo, se requiera la presentación de documentos junto con la solicitud, éstos se deberán adjuntar a dicha solicitud tras la oportuna diligencia de compulsión digital expedida por los órganos competentes y de acuerdo con la Orden de 11 de octubre de 2006, por la que se establece la utilización de medios electrónicos para la expedición de copias autenticadas. Las personas interesadas podrán aportar al expediente copias digitalizadas de los documentos,

cuya fidelidad con el original garantizarán mediante la utilización de firma electrónica avanzada. No obstante, de acuerdo con lo previsto en el artículo 35.2 de la Ley 11/2007, de 22 de junio, cuando la Administración Pública solicite el cotejo del contenido de las copias digitalizadas de los documentos aportados y exista imposibilidad para efectuar dicho cotejo, con carácter excepcional, se podrá requerir al particular la exhibición del documento original. La aportación de tales copias implicará la autorización a la Administración para que acceda y trate la información personal contenida en tales documentos.

6. En el caso de que se presente telemáticamente una solicitud relativa a los procedimientos previstos en el Anexo y haya documentación que no pueda ser aportada por medios electrónicos junto a la citada solicitud, dicha documentación se deberá presentar en la forma prevista en el artículo 38.4 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre y en el artículo 82 de la Ley 9/2007, de 22 de octubre y se hará mención al justificante de confirmación de la recepción telemática de la solicitud, debiéndose indicar el asiento de entrada de la solicitud en el Registro Telemático Único de la Junta de Andalucía.

Artículo 4. Justificante de la recepción de la solicitud.

De acuerdo con lo establecido en el artículo 25.3 de la Ley 11/2007, de 22 de junio y en el artículo 9.5 del Decreto 183/2003, de 24 de junio, el Registro Telemático Único de la Junta de Andalucía emitirá automáticamente un justificante de la recepción de la solicitud presentada por la persona interesada, consistente en una copia autenticada del escrito, solicitud o comunicación de que se trate, incluyendo la fecha y hora de presentación y el número de asiento de entrada que se asigne al documento. Dicho justificante se hará llegar en el momento inmediatamente posterior al que tenga lugar el asiento del documento recibido a la dirección electrónica que la persona destinataria haya indicado.

Disposición adicional única. Modificación de los modelos de impresos.

Los modelos de impresos adjuntos a la presente Orden sustituyen a los previstos en las normas abajo relacionadas:

a) Anexo II 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.

b) Anexo II del Decreto 81/1997, de 13 de marzo, por el que se regulan los Bancos de Tejidos en la Comunidad Autónoma de Andalucía.

c) Anexo I del Decreto 165/1995, de 4 de julio, por el que se regulan los procedimientos de homologación de Centros Hospitalarios y de suscripción de convenios y conciertos entre la Consejería o el Servicio Andaluz de Salud y entidades, tanto públicas como privadas, para la prestación de asistencia sanitaria en los mencionados Centros.

Disposición final única. Entrada en vigor.

La presente Orden entrará en vigor a partir del día siguiente al de su publicación en el Boletín Oficial de la Junta de Andalucía.

Sevilla, 16 de mayo de 2013

MARÍA JESÚS MONTERO CUADRADO
Consejera de Salud y Bienestar Social

A N E X O

Los procedimientos competencia de esta Consejería que podrán iniciarse a través de redes abiertas telemáticas, ajustándose a los modelos de impresos adjuntos a la presente Orden, son los siguientes:

1. Autorización sanitaria de instalación de centros, servicios y establecimientos sanitarios. (Anexo II 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 y modelo de cuestionario de garantía de adaptación y adecuación del proyecto a las condiciones de funcionamiento establecidas en el Anexo III del Decreto 69/2008, de 26 de febrero).

2. Autorización sanitaria de funcionamiento de centros, servicios y establecimientos sanitarios. (Anexo II 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).

3. Autorización sanitaria de modificación de centros, servicios y establecimientos sanitarios. (Anexo II 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).

4. Renovación de la autorización sanitaria de funcionamiento de centros, servicios y establecimientos sanitarios. (Anexo II 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).

5. Autorización sanitaria de cierre de centros, servicios y establecimientos sanitarios. (Anexo II 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).

6. Comunicación de cambio de denominación del centro, servicio o establecimiento sanitario, según lo establecido en el artículo 16.5 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, ajustándose al modelo previsto por esta Orden.

7. Autorización de funcionamiento de banco de tejido. (Anexo II del Decreto 81/1997, de 13 de marzo, por el que se regulan los Bancos de Tejidos en la Comunidad Autónoma de Andalucía).

8. Renovación de la autorización de funcionamiento de banco de tejido. (Anexo II del Decreto 81/1997, de 13 de marzo, por el que se regulan los Bancos de Tejidos en la Comunidad Autónoma de Andalucía).

9. Homologación de centros hospitalarios. (Anexo I del Decreto 165/1995, de 4 de julio, por el que se regulan los procedimientos de homologación de Centros Hospitalarios y de suscripción de convenios y conciertos entre la Consejería o el Servicio Andaluz de Salud y entidades, tanto públicas como privadas, para la prestación de asistencia sanitaria en los mencionados Centros).

10. Renovación de la homologación de centros hospitalarios. (Anexo I del Decreto 165/1995, de 4 de julio, por el que se regulan los procedimientos de homologación de Centros Hospitalarios y de suscripción de convenios y conciertos entre la Consejería o el Servicio Andaluz de Salud y entidades, tanto públicas como privadas, para la prestación de asistencia sanitaria en los mencionados Centros).

JUNTA DE ANDALUCIA

CONSEJERÍA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

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									
DENOMINACIÓN:							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:					
<small>(2) Número de Identificación de Centros de Andalucía (consignar sólo en caso de modificación o renovación)</small>									

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:									
<input type="checkbox"/> Acreditación de la representación que ostenta.									
B) DOCUMENTACIÓN ESPECÍFICA PARA AUTORIZACIÓN DE INSTALACIÓN Y DE MODIFICACIÓN POR CAMBIO DE ESTRUCTURA⁽³⁾:									
<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)									
C) DOCUMENTACIÓN ESPECÍFICA PARA AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO, DE MODIFICACIÓN POR CAMBIO DE OFERTA ASISTENCIAL Y DE MODIFICACIÓN POR CAMBIO DE ESTRUCTURA⁽³⁾:									
<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.									
<small>(3) En los supuestos de modificación por cambio de estructura se exige la documentación específica que figura en los apartados B y C</small>									



001168/3D

00027374

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

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).

<p>PROTECCIÓN DE DATOS</p> <p>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.</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, 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.</p>

001168/3D

00027374

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

(Página 3 de 6)

ANEXO II

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

001168/3D

00027374

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

(Página 4 de 6)

ANEXO II

AUTORIZACIÓN ADMINISTRATIVA DE CENTROS, SERVICIOS Y ESTABLECIMIENTOS SANITARIOS	
RELACIÓN DE UNIDADES ASISTENCIALES (Continuación)	
Marque con una "X" las unidades del centro	
<input type="checkbox"/>	U.87 Medicina Nuclear
<input type="checkbox"/>	U.88 Radiodiagnóstico
<input type="checkbox"/>	U.89 Asistencia a lesionados y contaminados radiactivos y radiaciones
<input type="checkbox"/>	U.90 Medicina Preventiva
<input type="checkbox"/>	U.91 Medicina de la Educación Física y el Deporte
<input type="checkbox"/>	U.92 Medicina Hiperbárica
<input type="checkbox"/>	U.93 Extracción de Órganos
<input type="checkbox"/>	U.94 Trasplante de Órganos
<input type="checkbox"/>	U.95 Obtención de Tejidos
<input type="checkbox"/>	U.96 Implantación de Tejidos
<input type="checkbox"/>	U.97 Banco de Tejidos
<input type="checkbox"/>	U.98 Medicina Aeronáutica
<input type="checkbox"/>	U.99 Medicina del Trabajo
<input type="checkbox"/>	U.100 Transporte Sanitario (carretera,aéreo, marítimo)
<input type="checkbox"/>	U.100.1 Ambulancia no asistida(cuidados mínimos)
<input type="checkbox"/>	U.100.2 Ambulancia asistencial soporte vital básico(medicalizables)
<input type="checkbox"/>	U.100.3 Ambulancia asistencial soporte vital avanzado(medicalizada)
<input type="checkbox"/>	U.100.4 Transporte sanitario colectivo
<input type="checkbox"/>	U.100.5 Helicóptero
<input type="checkbox"/>	U.101 Terapias no Convencionales
<input type="checkbox"/>	U.101.1 Acupuntura
<input type="checkbox"/>	U.101.2 Homeopatía
<input type="checkbox"/>	U.900 Otras Unidades Asistenciales
<input type="checkbox"/>	U.900.1 Psicología
<input type="checkbox"/>	U.900.2 Telemedicina
<input type="checkbox"/>	U.900.3 Gabinete optométrico

001168/3D

00027374

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

(Página 5 de 6)

ANEXO II

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. Ortoprótesis	.....	.....
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

001168/3D

00027374

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

(Página 6 de 6)

ANEXO II

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
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

001168/3D

00027374

JUNTA DE ANDALUCÍA

CONSEJERÍA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

Nº REGISTRO, FECHA Y HORA

MODELO DE CUESTIONARIO DE GARANTÍA DE ADAPTACIÓN Y ADECUACIÓN DEL PROYECTO A LAS CONDICIONES DE FUNCIONAMIENTO ESTABLECIDAS EN EL ANEXO III DEL DECRETO 69/2008, DE 26 DE FEBRERO⁽¹⁾

(1) Adjuntar a la solicitud de autorización de instalación según lo previsto en el artículo 10.2.c) 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 DE LA SOLICITUD Y DEL CENTRO / SERVICIO / ESTABLECIMIENTO SANITARIO									
TIPO DE CENTRO / SERVICIO / ESTABLECIMIENTO SANITARIO:							FECHA DE LA SOLICITUD:		
NOMBRE DEL CENTRO / SERVICIO / ESTABLECIMIENTO SANITARIO:									
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 DATOS DEL/DE LA/DE LOS TITULAR/ES Y DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL									
APELLIDOS Y NOMBRE DEL/DE LA / DE LOS TITULAR/ES:							NIF.:		
APELLIDOS Y NOMBRE 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 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.									

4 CUESTIONARIO									
A) ADECUACIÓN DEL PROYECTO PRESENTADO A LAS CONDICIONES GENERALES DE FUNCIONAMIENTO DE LOS CENTROS, SERVICIOS Y ESTABLECIMIENTOS SANITARIOS.									
1.1 El proyecto se adecua a la siguiente normativa legal aplicable a su actividad y a su estructura:								SÍ	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.								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) La relativa a la contaminación acústica y las emisiones a la atmósfera.								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2 El centro, servicio o establecimiento proyectado implantará protocolos para asegurar la adaptación de su actividad a los conocimientos científicos y técnicas utilizadas en cada momento.								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.- Se dispone de documentación justificativa de que los espacios físicos, instalaciones, equipos y recursos humanos previstos en el proyecto son suficientes para desenvolver la oferta asistencial de forma adecuada a la finalidad pretendida.								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.- Existe constancia documental de que se dispone de personal facultativo y sanitario no facultativo con la titulación requerida para cubrir la atención sanitaria en las Unidades y especialidades que lo conforman, de acuerdo a sus características y oferta de servicios.								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.- El centro tiene 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 - Recursos necesarios.								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.- Se registrará la atención sanitaria dispensada en un archivo cuyo contenido permitirá el seguimiento del proceso.								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.- Se tienen previstos 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"/>
7.- Se ha proyectado el Registro de los documentos que resultan exigibles legal o administrativamente para el centro, sus instalaciones y equipos.								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.- 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 será formalizado por escrito y asegurará 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"/>



001492/1D

00027374

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

(Página 2 de 2)

4	CUESTIONARIO (continuación)
B) ADAPTACIÓN DEL PROYECTO A LAS CONDICIONES ESPECÍFICAS DE LOS CENTROS SANITARIOS CON INTERNAMIENTO.	
a) Requisitos de funcionamiento:	
- Dispone de personal médico con presencia física en el centro las 24 horas del día teniendo definido procedimiento organizativo a tal fin.	SÍ NO <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, se implantará un procedimiento de localización urgente de médico especialista.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
b) Áreas obligatorias:	
- Dispone de las siguientes áreas funcionales:	SÍ NO
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"/>
Servicio de farmacia o depósito de medicamentos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Radiodiagnóstico	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Toma de muestras y determinaciones analíticas básicas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
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:	SÍ NO
Planes de seguridad en materia de riesgos a personas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Planes de limpieza y de eliminación de residuos	<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"/>
- 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 en casos urgentes, 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 INTERNAMIENTO.	
El centro sanitario dispone de las siguientes unidades funcionales:	
- Dirección y administración	SÍ NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
- Mantenimiento y plan de seguridad	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
- Archivo de documentación sanitaria	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
- Área de recepción y espera de usuarios	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
- Área para la actividad sanitaria	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
- El Centro dispone del personal, instalaciones y equipamiento acordes a su oferta asistencial y a su cartera de servicios	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Nota: Los centros sanitarios de los tipos 'consultas médicas' (medicina general y especialidades) y 'consultas de otros profesionales sanitarios' no están obligados a constituir de forma diferenciada las unidades funcionales anteriores, pudiendo ser asumidas sus funciones por el profesional sanitario titular, personalmente o por delegación en un colaborador o empleado.	

5	DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA
La persona abajo firmante DECLARA responsablemente que son ciertos cuantos datos figuran en el presente cuestionario.	
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.

001492/1D

00027374

JUNTA DE ANDALUCIA

CONSEJERÍA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

Nº REGISTRO, FECHA Y HORA

MODELO DE COMUNICACIÓN DE CAMBIO DE DENOMINACIÓN DEL CENTRO, SERVICIO O ESTABLECIMIENTO SANITARIO

Artículo 16.5 del Decreto 69 / 2008, de 26 de febrero (BOJA nº 52 de fecha 14 de marzo de 2008.)

1 DATOS DEL CENTRO, SERVICIO O ESTABLECIMIENTO SANITARIO									
DENOMINACIÓN:							N.I.C.A. (1):		
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:					
<small>(1) Número de Identificación de Centros de Andalucía.</small>									

2 DATOS A ACTUALIZAR									
DENOMINACIÓN CENTRO:									

3 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:					

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 OBSERVACIONES									

6 DOCUMENTOS ADJUNTOS									



002056D

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

7	COMUNICACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA
La persona abajo firmante COMUNICA el cambio de denominación del centro, servicio o establecimiento sanitario que se especifica en el presente documento.	
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.

002056D

00027374

JUNTA DE ANDALUCÍA

CONSEJERÍA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

Nº REGISTRO, FECHA Y HORA

SOLICITUD

AUTORIZACIÓN DE CENTROS SANITARIOS COMO BANCO

- AUTORIZACIÓN INICIAL**
- RENOVACIÓN**

- SECTORIAL DE TEJIDOS
- HUESOS
- FASCIAS
- CÓRNEAS
- CARTÍLAGOS
- PIEL
- TENDONES
- VÁLVULAS CARDÍACAS
- OTROS (especificar) _____

Decreto 81/1997, de 13 de Marzo (BOJA nº 44, de fecha 15 de Abril de 1997)

1 DATOS DEL CENTRO HOSPITALARIO									
DENOMINACIÓN DEL CENTRO HOSPITALARIO:								N.I.C.A. ⁽¹⁾ :	
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:					

(1) Número de Identificación de Centros de Andalucía.

2 DATOS DEL/DE LA/DE LOS TITULAR/ES Y DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL DEL CENTRO									
APELLIDOS Y NOMBRE DEL/DE LA / DE LOS TITULAR/ES:								NIF.:	
APELLIDOS Y NOMBRE DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL:								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 DATOS DE LA PERSONA QUE EJERCE LA DIRECCIÓN DEL CENTRO SANITARIO									
PRIMER APELLIDO:				SEGUNDO APELLIDO:			NOMBRE:		
DNI/NIF:		NOMBRE DEL CENTRO:							

4 DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL BANCO									
PRIMER APELLIDO:			SEGUNDO APELLIDO:			NOMBRE:		DNI/NIF:	

5 DOCUMENTACIÓN ADJUNTA									
<input type="checkbox"/> Cualificación profesional de la persona responsable del banco <input type="checkbox"/> Memoria de la actividad: organización y funcionamiento <input type="checkbox"/> Memoria descriptiva de las instalaciones, medios materiales y de personal <input type="checkbox"/> Protocolos <input type="checkbox"/> Titularidad/representación de la persona solicitante									



002055D

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

6	SOLICITUD, LUGAR, FECHA Y FIRMA
<p>Por lo que SOLICITA le sea reconocida la Autorización del Centro Sanitario como Banco</p> <p style="text-align: center;">En a de de</p> <p style="text-align: center;">Firma de la persona solicitante (2)</p> <p style="text-align: center;">Fdo.:</p>	

ILMO/A. SR/A. DIRECTOR/A GENERAL DE CALIDAD, INVESTIGACIÓN, DESARROLLO E INNOVACIÓN

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. Edificio Arena 1. 41071 -SEVILLA o Avda. de Hytasa nº 14. 41071 -SEVILLA.

(2) De acuerdo con lo previsto en el artículo 6, apartados 1 y 2 del Decreto 81/1997, de 13 de marzo, la persona solicitante deberá ser o bien la persona titular del centro sanitario donde se ubique el banco o bien la persona que ejerza la dirección de dicho centro sanitario, según el caso.

002055D

00027374

JUNTA DE ANDALUCÍA

CONSEJERÍA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

Nº REGISTRO, FECHA Y HORA

SOLICITUD

HOMOLOGACIÓN DE CENTROS HOSPITALARIOS

- HOMOLOGACIÓN INICIAL**
- RENOVACIÓN DE LA HOMOLOGACIÓN**

Decreto 165/1995, de 4 de julio (BOJA nº 111, de fecha 8 de Agosto de 1995)

1 DATOS DEL CENTRO HOSPITALARIO									
DENOMINACIÓN DEL CENTRO HOSPITALARIO:								N.I.C.A.:	
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:						

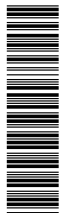
2 DATOS DEL/DE LA / DE LOS TITULAR/ES Y DEL /DE LA REPRESENTANTE LEGAL DEL CENTRO									
APELLIDOS Y NOMBRE DEL/DE LA / DE LOS TITULAR/ES:								N.I.F.:	
APELLIDOS Y NOMBRE DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL:								N.I.F.:	
DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN:									
TIPO DE VÍA:	NOMBRE DE LA VÍA:				NÚMERO:	LETRA:	KM. EN LA VÍA:	BLOQUE:	PORTAL:
ESCALERA:	PLANTA:	PUERTA:	NÚCLEO DE POBLACIÓN:			PROVINCIA:		C. POSTAL:	
TELÉFONO:	FAX:		CORREO ELECTRÓNICO:						

3 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.									

4 SOLICITUD, LUGAR, FECHA Y FIRMA									
SOLICITO sea expedido para el Centro reseñado, Certificado de Homologación en el Grupo Por lo cual declara la veracidad de los datos que figuran en el Protocolo que se remite.									
En a de de EL/LA INTERESADO/A									
Fdo.:									

- ILMO/A SR/A DIRECTOR/A GENERAL DE CALIDAD, INVESTIGACIÓN, DESARROLLO E INNOVACIÓN (en caso de centros hospitalarios ubicados fuera del territorio de la Comunidad Autónoma de Andalucía).
- ILMO/A SR/A DELEGADO/A TERRITORIAL DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL (en caso de centros hospitalarios ubicados en el territorio de la Comunidad Autónoma de Andalucía).

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



000156/1D

00027374

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

(Página 2 de 3)

ANEXO I

HOMOLOGACIÓN DE CENTROS HOSPITALARIOS

PROTOCOLO

1 DATOS DEL CENTRO HOSPITALARIO									
DENOMINACIÓN DEL CENTRO HOSPITALARIO							N.I.C.A.		
NOMBRE DE LA PERSONA QUE EJERCE LA DIRECCIÓN GERENCIA DEL CENTRO HOSPITALARIO					NÚMERO TELÉFONO		NÚMERO FAX		
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:					
AÑO DE EDIFICACIÓN:					AÑO DE REMODELACIÓN:				

2 RECURSOS DISPONIBLES				
2.1. NÚMERO DE CAMAS: (1)				
Medicina Interna		Oftalmología		Obstetricia Ginecología
Cirugía General		Otorrinolaringología		Pediatría
Traumatología		Urología		Unidad de Cuidados Especiales
Psiquiatría		Otras		Total
2.2. NÚMERO DE QUIRÓFANOS:				
2.3. NÚMERO DE CAMAS DE DESPERTAR:				
2.4. NÚMERO DE CAMAS DE OBSERVACIÓN DE URGENCIAS:				
2.5. NÚMERO DE CAMAS/SILLONES H. DÍA:				
2.6. NÚMERO DE PARTORIOS:				
2.7. NÚMERO DE LOCALES DE CONSULTAS:				
2.8. NÚMERO DE SALAS DE RADIODIAGNÓSTICO:				
Convencionales		Telemando		Ecógrafo
Mamógrafo		.....		.....
2.9. NÚMERO DE SALAS DE EXPLORACIONES ESPECIALES:				
Endoscopia digestiva		Endoscopia neumológica		Endoscopia urológica
.....	

3 SERVICIOS GENERALES				
	PROPIOS	CONCERTADOS	PROPIOS	CONCERTADOS
DIRECCIÓN	LAVANDERÍA	.....	.....
ADMINISTRACIÓN	SISTEMA DE ELIMINACIÓN DE RESIDUOS	.....	.....
ADMISIÓN	SISTEMA DE SEGURIDAD	.....	.....
ARCHIVO HISTORIAS CLÍNICAS	CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN	.....	.....
COCINA	MORTUORIOS	.....	.....

(1) No tendrán la consideración de camas las de recién nacidos, las de reanimación, endoscopia, de despertar, observación de urgencias, las supletorias, las del hospital de día, las del hospital de noche, las de acompañante, las de hostelería destinadas a personas enfermas y donantes y las destinadas al personal.

000156/1D

00027374

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

(Página 3 de 3)

ANEXO I

HOMOLOGACIÓN DE CENTROS HOSPITALARIOS

PROTOCOLO

4		SERVICIOS COMUNES DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO			
	PROPIOS	CONCERTADOS		PROPIOS	CONCERTADOS
DIAGNÓSTICO POR IMAGEN	ANATOMÍA PATOLÓGICA	.....	.....
ANÁLISIS CLÍNICO	DEPÓSITO DE SANGRE	.....	.....
HEMATOLOGÍA	MEDICINA NUCLEAR	.....	.....
MICROBIOLOGÍA	RADIOTERAPIA	.....	.....
REHABILITACIÓN
FARMACIA

5		PERSONAL			
5.1. NÚMERO DE FACULTATIVOS					
	Plantilla del Centro	Personal contratado por prestación de servicios		Plantilla del Centro	Personal contratado por prestación de servicios
GENERALISTAS	MEDICINA INTENSIVA	.....	.....
CIRUGÍA GENERAL	TRAUMATOLOGÍA	.....	.....
OFTALMOLOGÍA	OTORRINOLARINGOLOGÍA	.....	.....
UROLOGÍA	OBSTETRICIA-GINECOLOGÍA	.....	.....
PEDIATRÍA	PSIQUIATRÍA	.....	.....
REHABILITACIÓN	MEDICINA INTENSIVA	.....	.....
ANESTESIA REANIMACIÓN	ANÁLISIS CLÍNICO	.....	.....
MICROBIOLOGÍA	HEMATOLOGÍA HEMOTERAPIA	.....	.....
ANATOMÍA PATOLÓGICA	RADIODIAGNÓSTICO	.....	.....
FARMACIA HOSPITALARIA	OTROS	.....	.....
5.2. A.T.S. / D.U.E.					
NO INCLUIR MATRONAS NI FISIOTERAPEUTAS					
5.3. AUXILIARES DE CLÍNICA					
5.4. MATRONAS					
5.5. FISIOTERAPEUTAS					
5.6. TRABAJADORES SOCIALES					
5.7. TÉCNICOS ESPECIALISTAS (F.P.2.)					
LABORATORIO
RADIOLOGÍA
OTROS
5.8. PERSONAL NO SANITARIO					

000156/1D

00027374