

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

Nº REGISTRO, FECHA Y HORA

SOLICITUD

AUTORIZACIÓN ADMINISTRATIVA DE CENTROS, SERVICIOS Y ESTABLECIMIENTOS SANITARIOS (Código procedimiento: 1014 - 1015 - 1021 - 1022 - 9016)

- INSTRUMENTOS: [ ] INSTALACIÓN [ ] MODIFICACIÓN [ ] AUTORIZACIÓN DE CIERRE(1) [ ] RENOVACIÓN [ ] FUNCIONAMIENTO

Decreto ..... / ..... de ..... de ..... (BOJA nº ..... de fecha .....)

(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: PAÍS: CÓD. POSTAL:
NÚMERO TELÉFONO: NÚMERO MÓVIL: 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/RAZÓN SOCIAL/DENOMINACIÓN: SEXO: [ ] H [ ] M DNI/NIE/NIF:
NOMBRE Y APELLIDOS DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL, EN SU CASO: SEXO: [ ] H [ ] M DNI/NIE/NIF:
DOMICILIO: TIPO DE VÍA: NOMBRE DE LA VÍA:
NÚMERO: LETRA: KM EN LA VÍA: BLOQUE: PORTAL: ESCALERA: PLANTA: PUERTA:
NÚCLEO DE POBLACIÓN: PROVINCIA: PAÍS: CÓD. POSTAL:
NÚMERO TELÉFONO: NÚMERO MÓVIL: CORREO ELECTRÓNICO:

3 LUGAR Y MEDIO DE NOTIFICACIÓN
Marque sólo una opción.
[ ] OPTO por que las notificaciones que proceda practicar se efectúen en el lugar que se indica:
DOMICILIO NOTIFICACIONES: (Cumplimentar únicamente en el caso de que no coincida con el indicado en el apartado 2)
TIPO DE VÍA: NOMBRE DE LA VÍA:
NÚMERO: LETRA: KM EN LA VÍA: BLOQUE: PORTAL: ESCALERA: PLANTA: PUERTA:
NÚCLEO DE POBLACIÓN: PROVINCIA: PAÍS: CÓD. POSTAL:
TELÉFONO FIJO: TELÉFONO MÓVIL: CORREO ELECTRÓNICO:
[ ] OPTO por que las notificaciones que proceda practicar se efectúen por medios electrónicos a través del Sistema de Notificaciones Notific@ de la Junta de Andalucía.
En tal caso:
[ ] Manifiesto que dispongo de una dirección electrónica habilitada en el Sistema de Notificaciones Notific@.
[ ] Manifiesto que NO dispongo de una dirección electrónica habilitada en el Sistema de Notificaciones Notific@, por lo que AUTORIZO a la Consejería/Agencia a tramitar mi alta en el referido sistema.
Indique un correo electrónico y/o un número de teléfono móvil donde informar sobre las notificaciones practicadas en el Sistema de Notificaciones Notific@.
Correo electrónico: ..... Nº teléfono móvil: .....

4

**DOCUMENTACIÓN, AUTORIZACIONES Y CONSENTIMIENTOS (Original y/o copia para su cotejo)****A) DOCUMENTACIÓN GENÉRICA:**

- Acreditación de la representación que ostenta.
- Justificante del pago de las tasas.

**B) DOCUMENTACIÓN ESPECÍFICA PARA AUTORIZACIÓN DE INSTALACIÓN (centro o establecimiento nuevo y modificación por cambio sustancial de estructura)<sup>(3)</sup>:**

- 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 (centro, servicio o establecimiento nuevo y modificación por cambio de oferta asistencial o por cambio de estructura)<sup>(3)</sup>:**

- 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

**D) DOCUMENTACIÓN ESPECÍFICA PARA AUTORIZACIÓN DE CIERRE:**

- Memoria justificativa del proyecto de cierre.
- Memoria de las fases previstas y forma secuencial de la supresión de la actividad.
- 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:**

- Documentación acreditativa del cambio de titularidad del centro, servicio o establecimiento, en su caso.

**F) DOCUMENTACIÓN ESPECÍFICA PARA AUTORIZACIÓN DE RENOVACIÓN:**

- Declaración responsable.

**AUTORIZACIONES****AUTORIZACIÓN DOCUMENTOS EN PODER DE LA ADMINISTRACIÓN DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA**

Ejerceré el derecho a no presentar los siguientes documentos que obran en poder de la Administración de la Junta de Andalucía o de sus Agencias, y autorizo al órgano gestor para que pueda recabar dichos documentos o la información contenida en los mismos de los órganos donde se encuentren:

Documento	Consejería/Agencia y Órgano	Fecha de emisión o presentación	Procedimiento en el que se emitió o en el que se presentó
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			

**AUTORIZACIÓN DOCUMENTOS EN PODER DE OTRAS ADMINISTRACIONES**

Autorizo al órgano gestor para que pueda recabar de otras Administraciones Públicas los siguientes documentos o la información contenida en los mismos:

Documento	Administración Pública y Órgano	Fecha de emisión o presentación	Procedimiento en el que se emitió o en el que se presentó
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			

001168/8D

4

**DOCUMENTACIÓN, AUTORIZACIONES Y CONSENTIMIENTOS (Original y/o copia para su cotejo) (Continuación)****CONSENTIMIENTO EXPRESO IDENTIDAD PERSONA SOLICITANTE**

- La persona abajo firmante presta su **CONSENTIMIENTO** para la consulta de sus datos de identidad a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad.
- NO CONSIENTE** y aporta copia del DNI/NIE.

**CONSENTIMIENTO EXPRESO IDENTIDAD PERSONA REPRESENTANTE**

- La persona abajo firmante presta su **CONSENTIMIENTO** para la consulta de sus datos de identidad a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad.
- NO CONSIENTE** y aporta copia del DNI/NIE.

5

**DECLARACIÓN, SOLICITUD, 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. SECRETARIO/A GENERAL TECNICO/A DE LA CONSEJERÍA DE SALUD Y FAMILIAS** (en caso de centros de internamiento)
- ILMO/A. SR/A. DELEGADO/A TERRITORIAL DE SALUD Y FAMILIAS EN** ..... (en los demás casos)

**Código Directorio Común de Unidades Orgánicas y Oficinas:**

**CLÁUSULA DE PROTECCIÓN DE DATOS**

En cumplimiento de lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos, le informamos que:

- a) Los Corresponsables del tratamiento de sus datos personales son la Secretaría General Técnica, la Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica y la Dirección General de Cuidados Sociosanitarios de la Consejería de Salud y Familias, cuya dirección es Avda. de la Innovación, s/n, 41020 Sevilla
- b) Podrá contactar con el Delegado de Protección de Datos en la dirección electrónica [dpd.csalud@juntadeandalucia.es](mailto:dpd.csalud@juntadeandalucia.es)
- c) Los datos personales que nos proporciona son necesarios para la gestión de las autorizaciones administrativas sanitarias exigidas a los centros, servicios y establecimientos sanitarios y almacenes de distribución de medicamentos, y comunicaciones asociadas, así como su inscripción en el Registro Andaluz de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios, cuya base jurídica es el artículo 29 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, el artículo 19.1 de la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía, el Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios y el 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.
- d) Puede usted ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad de sus datos, y la limitación u oposición a su tratamiento, como se explica en la información adicional.

La información adicional detallada, así como el formulario para la reclamación y/o ejercicio de derechos se encuentra disponible en la siguiente dirección electrónica: <http://www.juntadeandalucia.es/protecciondedatos>

**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"/> <b>U.34 Interrupción Voluntaria del Embarazo</b>	<input type="checkbox"/> U.62 Foniatria
<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 Geriatria	<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"/> <b>U.82 Servicio de Transfusión</b>
<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

001168/8D

**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
  - U.900.4 Atención Infantil temprana

## AUTORIZACIÓN ADMINISTRATIVA DE CENTROS, SERVICIOS Y ESTABLECIMIENTOS SANITARIOS

## RELACIÓN DE PROFESIONALES

<b>MEDICINA</b>	<b>Nº ESTABLES</b>	<b>Nº OCASIONALES</b>	<b>ENFERMERÍA</b>	<b>Nº ESTABLES</b>	<b>Nº OCASIONALES</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		
Geriatria			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. Ortoprótisis		
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					

001168/8D

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

<b>TIPO ALTA TECNOLOGÍA</b>	<b>Nº (*)</b>	<b>MARCA</b>	<b>MODELO</b>	<b>FECHA FABRICACIÓN</b>
Resonancia Magnética (RM)	.....	.....	.....	.....
Gammacámara Convencional (GAM)	.....	.....	.....	.....
Tomografía por Emisión de Fotonos (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)	.....	.....	.....	.....
<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 Vasculat	.....	.....	.....	.....
Láser Oftalmológico	.....	.....	.....	.....
Díálisis	.....	.....	.....	.....
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	.....