

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE CENTRO SANITARIO

 GOBIERNO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS CONSEJERÍA DE SALUD	VICECONSEJERÍA DE POLÍTICA SANITARIA DIRECCIÓN DE PLANIFICACIÓN SANITARIA SERVICIO DE INSPECCIÓN DE SERVICIOS Y CENTROS SANITARIOS
---	---

Decreto 55/2014, de 28 de mayo, por el que se regula la autorización de centros y servicios sanitarios.

Marque con una cruz el tipo de solicitud:

- | | |
|---|---|
| ☐ Autorización de funcionamiento. | ☐ Renovación de la autorización de funcionamiento. |
| ☐ Autorización de funcionamiento tras autorización de instalación. | ☐ Modificación de la titularidad del centro. |
| ☐ Autorización de funcionamiento de actividad temporal. | ☐ Modificación de la oferta asistencial. |

Datos del Titular

Persona física

Apellidos y Nombre:		N.I.F./N.I.E.:
Teléfonos:	Fax:	Correo electrónico:

Persona jurídica

Razón Social:	N.I.F.:
---------------	---------

Representante legal *(Cumplimentar sólo en caso de existir o en caso de persona jurídica)*

Apellidos y Nombre:		N.I.F./N.I.E.:
Teléfonos:	Fax:	Correo electrónico:

Dirección a efectos de notificación

Calle/Plaza, etc.:	C.P.	Nº	Bloque	Esc.	Piso	Puerta
Localidad:	Municipio:		Provincia:			

Datos del Centro Sanitario

Domicilio del centro o actividad (Calle/Plaza, etc.)	C.P.	Nº	Bloque	Esc.	Piso	Puerta
Nombre Comercial:	Localidad:	Municipio:		Provincia:		
Teléfonos:	Fax:	Correo electrónico:				
Clasificación del centro o servicio sanitario (C) <i>(ver instrucciones)</i> :				Número Registro Sanitario:		
Oferta asistencial (U) <i>(ver instrucciones)</i> :						

ADVERTENCIA: La solicitud deberá ser firmada en el lugar indicado en el reverso de este formulario, de no ser así, de conformidad con lo dispuesto en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, no podrá continuarse con su tramitación.

En caso de Modificación de la Oferta Asistencial

Nueva/s oferta/s asistencial/es solicitada/s (U) *(ver instrucciones):*

Código de las ofertas solicitadas

Baja de oferta/s asistencial/es (U) *(ver instrucciones):*

Código de las ofertas solicitadas

En caso de Modificación de la Titularidad: Datos del Nuevo Titular

Persona física

Apellidos y Nombre:		N.I.F./N.I.E.:
Teléfonos:	Fax:	Correo electrónico:

Persona jurídica

Razón Social:	N.I.F.:
---------------	---------

Representante legal *(Cumplimentar sólo en caso de existir o en caso de persona jurídica)*

Apellidos y Nombre:		N.I.F./N.I.E.:
Teléfonos:	Fax:	Correo electrónico:

Dirección a efectos de notificación

Calle/Plaza, etc.:	C.P.	Nº	Bloque	Esc.	Piso	Puerta
Localidad:	Municipio:		Provincia:			

El solicitante declara:

- Que son ciertos y completos todos los datos de la presente solicitud, así como toda la documentación que presenta (la falsedad en documento público es un delito, de acuerdo con el artículo 392 del Código Penal).
- Que se compromete a cumplir las condiciones que se especifican en la normativa aplicable, la cual conoce en su integridad.

En a de de

Firma del titular o de persona con poder de representación
(Las Comunidades de Bienes, firman todos los miembros)

Firma del nuevo titular o representante
(En caso de cambio de titularidad)

INSTRUCCIONES DE CUMPLIMENTACIÓN DEL IMPRESO DE SOLICITUD

➤ Las solicitudes han de ser realizadas únicamente por el titular, en el caso de persona física o del representante legal del centro en caso de personas jurídicas (sociedades y comunidades de bienes).

➤ Las solicitudes se firmarán por el titular si es persona física, por el representante legal, en caso de personas jurídicas y el caso de comunidades de bienes, firmarán todos los socios comuneros.

➤ Marque obligatoriamente el tipo de solicitud atendiendo a las siguientes definiciones:

- 1.- **La Autorización de funcionamiento** se solicita para realizar la actividad y con carácter preceptivo previo al inicio de ésta. La autorización será concedida para cada centro sanitario, así como para cada uno de los servicios que constituyen su oferta asistencial **debiendo ser renovada cada ocho años**.
- 2.- **La Autorización de renovación de la autorización de funcionamiento** se solicitará previo a cumplir los ocho años de vigencia de la autorización de funcionamiento o renovación en su caso, si dicha **renovación conlleva modificación en la oferta asistencial**, *además deberá solicitarla, marcando la casilla que indica modificación de la oferta asistencial, así como aportar la documentación acreditativa*.
- 3.- **La Autorización de modificación de la oferta asistencial** se solicita en centros ya autorizados, que modifiquen su oferta asistencial, tanto para implantar nuevas ofertas asistenciales como para darlas de baja.
- 4.- **La Autorización de modificación de la titularidad** se solicitará en centros que modifiquen su titularidad, si dicho **cambio conlleva modificación en la clasificación u oferta asistencial**, *además deberá solicitarla, marcando la casilla que indica modificación de la oferta asistencial, así como aportar la documentación acreditativa*.
- 5.- **La Autorización de funcionamiento tras la instalación** se refiere a centros o servicios que han realizado obras de construcción o adecuación de los centros y que previamente han obtenido autorización de instalación o de modificación de la instalación.
- 6.- **La Autorización de funcionamiento de actividades temporales** afecta a centros con actividades limitadas en el tiempo y se otorga para ese periodo de tiempo.

➤ Han de cumplimentarse todos los campos de la solicitud que sean pertinentes.

➤ Para cubrir el campo de “clasificación del centro o servicio (C)” y el nº de registro sanitario se ajustará de forma exacta a lo señalado en la Resolución de autorización emitida por el Ilmo. Sr. Consejero de Sanidad, que se halla en poder del titular. En autorizaciones de funcionamiento existe a disposición del usuario en el Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios Documento conteniendo la definición de la clasificación de centros, así como sus códigos (C) o bien consultando el Decreto 55/2014.

➤ Para cubrir el campo de “oferta asistencial (U)” se ajustará de forma exacta a lo señalado en la Resolución de autorización emitida por el Ilmo. Sr. Consejero de Sanidad, que se halla en poder del titular, o bien consultando el Decreto 55/2014. En el caso de las nuevas ofertas solicitadas, existe a disposición del usuario en el Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios documento conteniendo la definición de la clasificación y códigos de la oferta asistencial (U).

➤ **Aportar junto con la solicitud, toda la documentación acreditativa. En los documentos que figuran en negrita adjuntará documento original o copia compulsada.** Existe un documento de aceptación de la dirección técnica del centro a disposición del solicitante en el Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios.

➤ **Marcará con una X los documentos aportados.**

➤ Algunas ofertas asistenciales pueden tener *requerimientos documentales especiales* como son:

- 1.- Cualquier oferta asistencial que requiera de la autorización de “Depósito de medicamentos (U.84)”.
- 2.- Las ofertas asistenciales de: Medicina estética (U.48), Cirugía estética (U.47) y Cirugía plástica y reparadora (U.46) que hagan uso de Toxina botulínica, en cualquiera de sus presentaciones solicitaran (U.84).
- 3.- Especialidades medico-quirúrgicas cuyos actos quirúrgicos se realicen en otros centros sanitarios.
- 4.- Centros con instalaciones Nucleares/Radiactivas de 2ª categoría o con Rx con fijos diagnósticos: Radioterapia (U.86), Medicina nuclear (U.87), Radiodiagnóstico (U.88) y Odontología (U.44).

➤ Consultará con el Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios en caso de centros con internamiento o centros con actividad quirúrgica o las ofertas: U.27, 28, 29, 30, 31, 32, 34, 71, 81, 82, 93, 94, 95, 96, 97, 99 y 100, por estar reguladas por normas específicas.

CÓDIGOS DE CLASIFICACIÓN DEL CENTRO O SERVICIO SANITARIO (C)	
C.1 HOSPITALES (CENTROS CON INTERNAMIENTO)	
C.1.1 HOSPITALES GENERALES C.1.2 HOSPITALES ESPECIALIZADOS C.1.3 HOSPITALES DE MEDIA Y LARGA ESTANCIA C.1.4 HOSPITALES DE SALUD MENTAL Y TRATAMIENTO DE TOXICOMANÍAS C.1.90 OTROS CENTROS CON INTERNAMIENTO	
C.2 PROVEEDORES DE ASISTENCIA SANITARIA SIN INTERNAMIENTO	
C.2.1 CONSULTAS MÉDICAS (con la oferta asistencial U.n.º) C.2.2 CONSULTAS DE OTROS PROFESIONALES SANITARIOS C.2.3 CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA C.2.3.1 Centros de salud C.2.4 CENTROS POLIVALENTES C.2.5 CENTROS ESPECIALIZADOS C.2.5.1 Clínicas Dentales C.2.5.2 Centros de reproducción humana asistida C.2.5.3 Centros de interrupción voluntaria del embarazo C.2.5.4 Centros de cirugía mayor ambulatoria C.2.5.5 Centros de diálisis C.2.5.6 Centros de diagnóstico C.2.90 OTROS PROVEEDORES DE ASISTENCIA SANITARIA SIN INTERNAMIENTO	C.2.3.2 Consultorios de atención primaria C.2.5.7 Centros móviles de asistencia sanitaria C.2.5.8 Centros de transfusión C.2.5.9 Bancos de tejidos C.2.5.10 Centros de reconocimiento C.2.5.11 Centros de salud mental C.2.5.90 Otros centros especializados
C.3 SERVICIOS SANITARIOS INTEGRADOS EN UNA ORGANIZACIÓN NO SANITARIA	

CÓDIGOS DE OFERTA ASISTENCIAL (U)		
U.1 Medicina general/de familia. U.2 Enfermería. U.3 Enfermería obstétrico-ginecológica (matrona). U.4 Podología. U.5 Vacunación. U.6 Alergología. U.7 Cardiología. U.8 Dermatología. U.9 Aparato digestivo. U.10 Endocrinología. U.11 Nutrición y Dietética. U.12 Geriatria. U.13 Medicina interna. U.14 Nefrología. U.15 Diálisis. U.16 Neumología. U.17 Neurología. U.18 Neurofisiología. U.19 Oncología. U.20 Pediatría. U.21 Cirugía pediátrica. U.22 Cuidados intermedios neonatales. U.23 Cuidados intensivos neonatales. U.24 Reumatología. U.25 Obstetricia. U.26 Ginecología. U.27 Inseminación artificial. U.28 Fecundación in vitro. U.29 Banco de semen. U.30 Laboratorio de semen para capacitación espermática. U.31 Banco de embriones. U.32 Recuperación de oocitos. U.33 Planificación familiar. U.34 Interrupción voluntaria del embarazo. U.35 Anestesia y Reanimación.	U.36 Tratamiento del dolor. U.37 Medicina intensiva. U.38 Quemados. U.39 Angiología y Cirugía Vascular. U.40 Cirugía cardiaca. U.41 Hemodinámica. U.42 Cirugía torácica. U.43 Cirugía general y digestivo. U.44 Odontología/Estomatología. U.45 Cirugía maxilofacial. U.46 Cirugía plástica y reparadora. U.47 Cirugía estética. U.48 Medicina estética. U.49 Neurocirugía. U.50 Oftalmología. U.51 Cirugía refractiva. U.52 Otorrinolaringología. U.53 Urología. U.54 Litotricia renal. U.55 Cirugía ortopédica y Traumatología. U.56 Lesionados medulares. U.57 Rehabilitación. U.58 Hidrología. U.59 Fisioterapia. U.60 Terapia ocupacional. U.61 Logopedia. U.62 Foniatría. U.63 Cirugía mayor ambulatoria. U.64 Cirugía menor ambulatoria. U.65 Hospital de día. U.66 Atención sanitaria domiciliaria. U.67 Cuidados paliativos. U.68 Urgencias. U.69 Psiquiatría. U.70 Psicología clínica.	U.71 Atención sanitaria a drogodependientes. U.72 Obtención de muestras. U.73 Análisis clínicos. U.74 Bioquímica clínica. U.75 Inmunología. U.76 Microbiología y Parasitología. U.77 Anatomía patológica. U.78 Genética. U.79 Hematología clínica. U.80 Laboratorio de hematología. U.81 Extracción de sangre para donación. U.82 Servicio de transfusión. U.83 Farmacia. U.84 Depósito de medicamentos. U.85 Farmacología clínica. U.86 Radioterapia. U.87 Medicina nuclear. U.88 Radiodiagnóstico. U.89 Asistencia a lesionados y contaminados por elementos radiactivos y radiaciones ionizantes. 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.101 Terapias no convencionales. U.102 Medicina Legal y Forense. U.103 Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia. U.104 Banco de oocitos. U.900 Otras unidades asistenciales.

DOCUMENTACIÓN ACREDITATIVA MODIFICACIÓN DE LA TITULARIDAD DEL CENTRO

1.- DOCUMENTACIÓN DE IDENTIFICACIÓN DEL NUEVO TITULAR.

<u>Si es una persona física:</u> ☐ Copia del NIF/NIE.	<u>Si es una persona jurídica:</u> ☐ Copia del NIF. ☐ Copia Escritura de la Sociedad en vigor. ☐ Certificación inscripción Registro Mercantil.	☐ Poder de representación. ☐ NIF/NIE del representante.
---	--	--

2.1- DOCUMENTACIÓN RELATIVA AL CENTRO CON LA NUEVA TITULARIDAD.

☐ Licencia municipal de apertura a nombre del nuevo titular. ☐ Documento acreditativo de propiedad o disponibilidad del local a favor del nuevo titular. ☐ Documentos acreditativos sobre autorizaciones, homologaciones u aprobaciones obligatorias legales, para la nueva titularidad.

2.2- DOCUMENTACIÓN CLÍNICA.

☐ Memoria descriptiva detallada del procedimiento de gestión de la documentación clínica que contenga: - Descripción del contenido de la historia clínica. - Descripción del contenido del informe final del proceso asistencial. - Descripción del sistema de archivo de las historias clínicas. - Medidas de seguridad. - Garantía de conservación de la documentación clínica.
--

3.1- DOCUMENTACIÓN RELATIVA AL PERSONAL SANITARIO DEL CENTRO CON LA NUEVA TITULARIDAD.

A) Si la modificación de la titularidad no conlleva cambios de personal: ☐ Breve memoria indicando que continúa con los profesionales sanitarios del centro, indicando nombre y apellidos, titulación, NIF y nº de colegiado, así como horarios de presencia en el centro.
B) Si la modificación de la titularidad conlleva cambios de personal: ☐ Copia NIF ☐ Copia Compulsada del Título Académico u Homologación del mismo. ☐ Certificación colegial (Original o Compulsa). ☐ Documento de vinculación contractual firmado por el titular y el profesional.
En caso de profesionales sanitarios que no pertenezcan a la plantilla del centro: ☐ Documento que acredite la vinculación contractual con el centro, especificando las funciones y su dedicación horaria. ☐ En Documentación acreditativa de su condición de trabajadores autónomos. ☐ Documento de aceptación de la dirección técnica firmado por el profesional y el titular.

3.2.- DOCUMENTACIÓN RELATIVA AL PERSONAL AFECTADO POR EL ART. 13.5 DE LA L.O. 1/1996, DE 15 DE ENERO (EN EL CASO PREVISTO EN EL PUNTO 3.1 B) DEL APARTADO ANTERIOR).

☐ Centros con 10 ó más trabajadores: ☐ Declaración responsable del titular del centro, relativa al certificado negativo del Registro Central de delincuentes sexuales. ☐ Listado del personal amparado por dicha declaración, que incluya: nombre y apellidos, NIF, categoría profesional, puesto de trabajo y tipo de vinculación.
☐ Centros con menos de 10 trabajadores: ☐ Certificación negativa del Registro Central de delincuentes sexuales de cada trabajador. ☐ Listado del personal, que incluya: nombre y apellidos, NIF, categoría profesional, puesto de trabajo y tipo de vinculación.

4.- DOCUMENTACIÓN RELATIVA A LA CLASIFICACIÓN Y OFERTA ASISTENCIAL DE LA NUEVA TITULARIDAD.

A) Si la modificación de la titularidad no conlleva cambios de clasificación u oferta asistencial: ☐ Breve memoria indicando que continúa con la oferta asistencial del centro y horarios.
B) Si la modificación de la titularidad conlleva cambios de clasificación u oferta asistencial, además deberá solicitarla, marcando la casilla que indica modificación de la oferta asistencial, así como aportar la documentación acreditativa.