

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE CENTRO SANITARIO

| | |
|---|--|
|  GOBIERNO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS CONSEJERÍA DE SANIDAD | DIRECCIÓN GENERAL DE POLÍTICA 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:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Autorización de funcionamiento. | <input type="checkbox"/> Renovación de la autorización de funcionamiento. |
| <input type="checkbox"/> Autorización de funcionamiento tras autorización de instalación. | <input type="checkbox"/> Modificación de la titularidad del centro. |
| <input type="checkbox"/> Autorización de funcionamiento de actividad temporal. | <input type="checkbox"/> 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

Nuevas 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.

Ena de de 201...

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 fijes 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 TOXICÓMANOS
- 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.2.3.2 Consultorio atención primaria
- C.2.4 CENTROS POLIVALENTES
- C.2.5 CENTROS ESPECIALIZADOS
 - C.2.5.1 Dentales
 - C.2.5.2 De reproducción humana asistida
 - C.2.5.3 De interrupción voluntaria del embarazo
 - C.2.5.4 De cirugía mayor ambulatoria
 - C.2.5.5 De diálisis
 - C.2.5.6 De diagnóstico
 - C.2.5.7 Móviles de asistencia sanitaria
 - C.2.5.8 De transfusión
 - C.2.5.9 Bancos de tejidos
 - C.2.5.10 De reconocimiento médico
 - C.2.5.11 De salud mental
 - C.2.5.90 Otros centros especializados
- C.2.90 OTROS PROVEEDORES DE ASISTENCIA SANITARIA SIN INTERNAMIENTO

C.3 SERVICIOS SANITARIOS INTEGRADOS EN UNA ORG. NO SANITARIA

CÓDIGOS DE OFERTA ASISTENCIAL (U)

- | | | |
|--|---|---|
| U.1. Medicina de familia | U.35. Anestesia y reanimación | U.69. Psiquiatría |
| U.2. Enfermería | U.36. Tratamiento del dolor | U.70. Psicología clínica |
| U.3. Enfermería obstétrico-ginecológica (matrona) | U.37. Medicina intensiva | U.71. Atención sanitaria a drogodependientes |
| U.4. Podología | U.38. Quemados | U.72. Obtención de muestras |
| U.5. Vacunación | U.39. Angiología/cirugía vascular | U.73. Análisis clínicos |
| U.6. Alergología | U.40. Cirugía cardíaca | U.74. Bioquímica clínica |
| U.7. Cardiología | U.41. Hemodinámica | U.75. Inmunología |
| U.8. Dermatología | U.42. Cirugía torácica | U.76. Microbiología y parasitología |
| U.9. Aparato digestivo | U.43. Cirugía general y digestivo | U.77. Anatomía patológica |
| U.10. Endocrinología | U.44. Odontología/estomatología | U.78. Genética |
| U.11. Nutrición y dietética | U.45. Cirugía máxilofacial | U.79. Hematología clínica |
| U.12. Geriátrica | U.46. Cirugía plástica y reparado | U.80. Laboratorio de hematología |
| U.13. Medicina interna | U.47. Cirugía estética | U.81. Extracción sangre donar |
| U.14. Nefrología | U.48. Medicina estética | U.82. Servicio de transfusión |
| U.15. Diálisis | U.49. Neurocirugía | U.83. Farmacia |
| U.16. Neumología | U.50. Oftalmología | U.84. Depósito de medicamentos |
| U.17. Neurología | U.51. Cirugía refractiva | U.85. Farmacología clínica |
| U.18. Neurofisiología | U.52. Otorrinolaringología | U.86. Radioterapia |
| U.19. Oncología | U.53. Urología | U.87. Medicina nuclear |
| U.20. Pediatría | U.54. Litotricia renal | U.88. Radiodiagnóstico |
| U.21. Cirugía pediátrica | U.55. Cirug. Ortopédica y traumatología | U.89. Asistencia a lesionados y contaminados por elementos radiactivos y radiaciones ionizantes |
| U.22. Cuidados intermedios neonatales | U.56. Lesionados medulares | U.90. Medicina preventiva |
| U.23. Cuidados intensivos neonatales | U.57. Rehabilitación | U.91. Medicina EF y deporte |
| U.24. Reumatología | U.58. Hidrología | U.92. Medicina hiperbárica |
| U.25. Obstetricia | U.59. Fisioterapia | U.93. Extracción de órganos |
| U.26. Ginecología | U.60. Terapia ocupacional | U.94. Trasplante de órganos |
| U.27. Inseminación artificial | U.61. Logopedia | U.95. Obtención de tejidos |
| U.28. Fecundación in vitro | U.62. Foniatría | U.96. Implantación de tejidos |
| U.29. Banco de semen | U.63. Cirugía mayor ambulatoria | U.97. Banco de tejidos |
| U.30. Laboratorio de semen para capacitación espermática | U.64. Cirugía menor ambulatoria | U.98. Medicina aeronáutica |
| U.31. Banco de embriones | U.65. Hospital de día | U.99. Medicina del trabajo |
| U.32. Recuperación de oocitos | U.66. Atención sanitaria domiciliaria | U.100. Transporte sanitario (carretera, aéreo, marítimo) |
| U.33. Planificación familiar | U.67. Cuidados paliativos | U.101. Terapias no convencionales |
| U.34. Interrupción voluntaria del embarazo | U.68. Urgencias | U.900. Otras unidades asistenciales |

DOCUMENTACIÓN ACREDITATIVA FUNCIONAMIENTO DE ACTIVIDAD TEMPORAL

1.- DOCUMENTACIÓN DE IDENTIFICACIÓN DEL TITULAR

| | | |
|---|--|--|
| Si es una persona física: <input type="checkbox"/> Copia del NIF/NIE. | Si es una persona jurídica: <input type="checkbox"/> Copia del NIF. <input type="checkbox"/> Copia Escritura de la Sociedad en vigor. <input type="checkbox"/> Certificación inscripción Registro Mercantil. | <input type="checkbox"/> Poder de representación. <input type="checkbox"/> NIF/NIE del representante. |
|---|--|--|

2.- DOCUMENTACIÓN RELATIVA A LA ACTIVIDAD.

| |
|--|
| <input type="checkbox"/> Acreditación de la disponibilidad del local, vehículo u otro tipo de dependencia. <input type="checkbox"/> Licencia municipal de apertura o su solicitud. <input type="checkbox"/> Documento que acredite el aseguramiento de la responsabilidad civil de la dependencia donde se va a realizar la actividad. <input type="checkbox"/> Memoria firmada por el titular que contenga: <ul style="list-style-type: none">- Días y horario en los que se va prestar el servicio.- Descripción de las técnicas y actividades sanitarias, especificando los profesionales que desempeñan cada una de ellas.- Listado del aparataje o equipamiento sanitario que se va a utilizar.- Listado del personal sanitario indicando nombre y apellidos, titulación, NIF y nº colegiado, horario de presencia en centro. |
|--|

3.1- DOCUMENTACIÓN RELATIVA AL PERSONAL DE LA ACTIVIDAD.

| |
|--|
| Para cada uno de los profesionales se aportará: <input type="checkbox"/> Copia NIF. <input type="checkbox"/> Copia Compulsada del Título Académico u Homologación del mismo. <input type="checkbox"/> Certificación colegial (Original o Compulsa). <input type="checkbox"/> Documento de vinculación contractual firmado por el titular y el profesional. |
|--|

3.2.- DOCUMENTACIÓN RELATIVA AL PERSONAL AFECTADO POR EL ART. 13.5 DE LA L.O. 1/1996, DE 15 DE ENERO.

| |
|--|
| <input type="checkbox"/> Centros con 10 ó más trabajadores: <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Declaración responsable del titular del centro, relativa al certificado negativo del Registro Central de delincuentes sexuales.<input type="checkbox"/> Listado del personal amparado por dicha declaración, que incluya: nombre y apellidos, NIF, categoría profesional, puesto de trabajo y tipo de vinculación. |
| <input type="checkbox"/> Centros con menos de 10 trabajadores: <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Certificación negativa del Registro Central de delincuentes sexuales de cada trabajador.<input type="checkbox"/> Listado del personal, que incluya: nombre y apellidos, NIF, categoría profesional, puesto de trabajo y tipo de vinculación. |

4.- SI LAS ACTIVIDADES DEL CENTRO GENERAN RESIDUOS SANITARIOS, TÓXICOS O PELIGROSOS.

| |
|---|
| <input type="checkbox"/> Inscripción en el Registro de Productor de residuos (Consejería de Fomento, Ordenación del Territorio y Medio Ambiente). <input type="checkbox"/> Copia del contrato con una entidad autorizada para la recogida de residuos. |
|---|

5.- SI DISPONE DE INSTALACIONES RADIATIVAS.

| |
|---|
| <input type="checkbox"/> Inscripción en el Registro de instalaciones de Rx con fines diagnósticos, si procede. (Consejería de Empleo, Industria y Turismo). <input type="checkbox"/> Inscripción en el Registro de instalaciones radiactivas, si procede. (Empleo, Industria y Turismo). <input type="checkbox"/> Autorización por parte del Consejo de Seguridad Nuclear, si procede. <input type="checkbox"/> Certificado oficial de dirección- supervisión/operación de instalaciones radiactivas. <input type="checkbox"/> Protocolo de garantía de calidad de la instalación radiactiva. <input type="checkbox"/> Contrato con Unidad Técnica de Protección Radiológica para control de la instalación. |
|---|

6.- SI SOLICITA ESPECIALIDADES MEDICO-QUIRÚRGICAS QUE NO REALIZAN CIRUGÍA EN EL CENTRO.

| |
|---|
| <input type="checkbox"/> Memoria explicativa en la que indique en que centro va a realiza la actividad quirúrgica de la especialidad. <input type="checkbox"/> Documento de vinculación contractual con un centro debidamente autorizado para uso del bloque quirúrgico. |
|---|

7.- SI SOLICITA U.84 – DEPÓSITO DE MEDICAMENTOS o UNIDADES CON USO DE TOXINA BOTULÍNICA
TIPO A.(ANEXO I)

Memoria explicativa en la que se detalle lo siguiente:

- Identificación de los facultativos médicos que van a prescribir y administrar el medicamento
- Especificación de los medicamentos que se vayan a utilizar en el Centro Sanitario (nombre comercial y/o genérico) con estimación del consumo medio mensual (incluidos, en su caso, los estupefacientes).
- Especificación de las medidas de seguridad establecidas en relación con la custodia de los medicamentos en general y, en su caso, de los estupefacientes en particular.
- Disponibilidad de un frigorífico para la adecuada conservación del medicamento/s, dotado de un termómetro de máxima y mínima. En el supuesto de que alguno de los medicamentos deba conservarse en frío.

Señalización en el plano del local del Centro Sanitario de la localización del Depósito de Medicamentos y especificación de la superficie útil total destinada al mismo.

Documento de identificación y conformidad de la oficina de farmacia y documento de identificación y compromiso de los facultativos prescriptores en el caso de toxina botulínica tipo A (Anexo I).