



Junta de Andalucía

Consejería de Salud y Familias



## SOLICITUD

### AUTORIZACIÓN ADMINISTRATIVA DE CENTROS, SERVICIOS Y ESTABLECIMIENTOS SANITARIOS (Código de procedimientos: 1014; 1015; 1021; 1022; 9016)

INSTALACIÓN  MODIFICACIÓN  AUTORIZACIÓN DE CIERRE (1)  RENOVACIÓN  FUNCIONAMIENTO  
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:       |
| ENTIDAD DE POBLACIÓN:  |               | MUNICIPIO:          |         |         | PROVINCIA: | PAÍS:   | CÓD. POSTAL:  |
| NÚMERO TELÉFONO:   | NÚMERO MÓVIL: | CORREO ELECTRÓNICO: |         |         |            |         |               |
| (2) Número de Identificación de Centros de Andalucía (consignar solo en caso de modificación o renovación) |               |                     |         |         |            |         |               |

#### 2. DATOS DE LA/S PERSONA/S TITULAR/ES Y DE LA REPRESENTANTE LEGAL

|   |        |                   |         |         |            |         |   |              |
|---|--------|-------------------|---------|---------|------------|---------|---|--------------|
| APELLIDOS Y NOMBRE/RAZÓN SOCIAL/DENOMINACIÓN:                             |        |                   |         |         |            |         | SEXO:   | DNI/NIE/NIF: |
|   |        |                   |         |         |            |         | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M |              |
| DOMICILIO:  |        |                   |         |         |            |         |   |              |
| TIPO DE VÍA:  |        | NOMBRE DE LA VÍA: |         |         |            |         |   |              |
| NÚMERO:   | LETRA: | KM EN LA VÍA:     | BLOQUE: | PORTAL: | ESCALERA:  | PLANTA: | PUERTA:   |              |
| ENTIDAD DE POBLACIÓN:   |        | MUNICIPIO:        |         |         | PROVINCIA: | PAÍS:   | CÓD. POSTAL:  |              |
| APELLIDOS Y NOMBRE DE LA PERSONA REPRESENTANTE/RAZÓN SOCIAL/DENOMINACIÓN: |        |                   |         |         |            |         | SEXO:   | DNI/NIE/NIF: |
|   |        |                   |         |         |            |         | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M |              |
| ACTÚA EN CALIDAD DE:  |        |                   |         |         |            |         |   |              |



### 3. NOTIFICACIÓN

#### 3.1 LUGAR Y MEDIO DE NOTIFICACIÓN

(A cumplimentar por las personas NO OBLIGADAS a relacionarse electrónicamente con la Administración)

Marque sólo una opción.

- OPTO** por que las notificaciones que proceda practicar se efectúen en papel en el lugar que se indica: (Independientemente de la notificación en papel, ésta se practicará también por medios electrónicos, a la que podrá acceder voluntariamente, teniendo validez a efectos de plazos aquella a la que se acceda primero) (1).

|                 |        |                       |         |            |           |         |              |
|-----------------|--------|-----------------------|---------|------------|-----------|---------|--------------|
| TIPO DE VÍA:    |        | NOMBRE DE LA VÍA:     |         |            |           |         |              |
| NÚMERO:         | LETRA: | KM EN LA VÍA:         | BLOQUE: | PORTAL:    | ESCALERA: | PLANTA: | PUERTA:      |
| MUNICIPIO:      |        | ENTIDAD DE POBLACIÓN: |         | PROVINCIA: |           | PAÍS:   | CÓD. POSTAL: |
| TELÉFONO MÓVIL: |        | CORREO ELECTRÓNICO:   |         |            |           |         |              |

- OPTO** por que las notificaciones que proceda practicar se efectúen por medios electrónicos a través del sistema de notificaciones de la Administración Junta de Andalucía y se tramite mi alta en caso de no estarlo (1).

Indique un correo electrónico y, opcionalmente, un número de teléfono móvil donde informar sobre las notificaciones practicadas en el sistema de notificaciones.

Correo electrónico: .....

Nº teléfono móvil: .....

(1) Debe acceder al sistema de notificaciones con su certificado electrónico u otros medios de identificación electrónica; puede encontrar más información sobre los requisitos necesarios para el uso del sistema y el acceso a las notificaciones en la dirección: <https://www.juntadeandalucia.es/notificaciones>.

#### 3.2 NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA OBLIGATORIA

(A cumplimentar por las personas OBLIGADAS a relacionarse electrónicamente con la Administración)

Las notificaciones que proceda practicar se efectuarán por medios electrónicos a través del sistema de notificaciones de la Administración Junta de Andalucía y se tramitará su alta en caso de no estarlo (1).

Indique un correo electrónico y, opcionalmente, un número de teléfono móvil donde informar sobre las notificaciones practicadas en el sistema de notificaciones.

Correo electrónico: .....

Nº teléfono móvil: .....

(1) Debe acceder al sistema de notificaciones con su certificado electrónico u otros medios de identificación electrónica; puede encontrar más información sobre los requisitos necesarios para el uso del sistema y el acceso a las notificaciones en la dirección: <https://www.juntadeandalucia.es/notificaciones>.

### 4. DERECHO DE OPOSICIÓN

El órgano gestor va a consultar los siguientes datos, en el caso de que no esté de acuerdo, manifieste su oposición (artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre):

- ME OPONGO** a la consulta de los **datos de identidad** de la persona solicitante a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad, y aporto copia del DNI/NIE.
- ME OPONGO** a la consulta de los **datos de identidad** de la persona representante a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad, y aporto copia del DNI/NIE.

### 5. DOCUMENTACIÓN

#### 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) .....



## 5. DOCUMENTACIÓN (Continuación)

### 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

Y en el caso de haberme opuesto a su consulta en el apartado 4:

- Copia del DNI/NIE de la persona solicitante
- Copia del DNI/NIE de la persona representante

## DOCUMENTOS EN PODER DE LA ADMINISTRACIÓN DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA

Ejercer el derecho a no presentar los siguientes documentos que obran en poder de la Administración de la Junta de Andalucía o de sus Agencias, e indico a continuación la información necesaria para que puedan ser recabados:

| 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         |                             |                                 |   |
| 9         |                             |                                 |   |
| 10        |                             |                                 |   |

## DOCUMENTOS EN PODER DE OTRAS ADMINISTRACIONES

Ejercer el derecho a no presentar los siguientes documentos que obran en poder de otras Administraciones Públicas, e indico a continuación la información necesaria para que puedan ser recabados:

| 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         |                             |                                 |   |
| 9         |                             |                                 |   |
| 10        |                             |                                 |   |



## 6. DECLARACIÓN, SOLICITUD, LUGAR, FECHA Y FIRMA

La persona abajo firmante **DECLARA**, bajo su expresa responsabilidad, 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 .....  
LA PERSONA TITULAR / REPRESENTANTE

Fdo.: .....

- ILMO./A. SR./A. SECRETARIO/A GENERAL TÉCNICO/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:

## INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

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

- El Responsable del tratamiento de sus datos personales es la Secretaria General Técnica cuya dirección es Avda. de la Innovación, s/n, 41020-Sevilla y correo electrónico [sgt.csafa@juntadeandalucia.es](mailto:sgt.csafa@juntadeandalucia.es)
- Podrá contactar con el Delegado de Protección de Datos en la dirección electrónica [dpd.csalud@juntadeandalucia.es](mailto:dpd.csalud@juntadeandalucia.es)
- Los datos personales que nos indica se incorporan a la actividad de tratamiento CSALUD-AUTORIZACIONES Y COMUNICACIONES DE SERVICIOS, CENTROS Y ESTABLECIMIENTOS SANITARIOS Y DE ALMACENES DE DISTRIBUCIÓN DE MEDICAMENTOS, con la finalidad de gestión de las autorizaciones administrativas sanitarias exigidas a los centros, servicios y establecimientos sanitarios de la Comunidad Autónoma de Andalucía y mantenimiento del Registro Andaluz de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios; la licitud de dicho tratamiento se basa en el RGPD: arts. 6.1.c (Tratamiento necesario para el cumplimiento de una obligación legal aplicable al responsable del tratamiento) y 6.1.e (Tratamiento necesario para el cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos conferidos al responsable del tratamiento), consecuencia de lo establecido en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (arts. 23 y 29); Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía (art. 19.1); Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios; 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; Decreto 81/1997, de 13 de marzo, por el que se regulan los Bancos de Tejidos en la Comunidad Autónoma de Andalucía; Ley 22/2007, de 18 de diciembre, de Farmacia de Andalucía; Decreto 155/2016, de 27 de septiembre, por el que se regulan los requisitos técnicos-sanitarios, de espacios, de señalización e identificación de las oficinas de farmacia, así como los procedimientos de autorización de las mismas para la elaboración de fórmulas magistrales y preparados oficiales; Real Decreto 782/2013, de 11 de octubre, sobre distribución de medicamentos de uso humano.
- Puede usted ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad de sus datos, y la limitación u oposición a su tratamiento y a no ser objeto de decisiones individuales automatizadas, como se explica en la siguiente dirección electrónica: <https://juntadeandalucia.es/protecciondedatos>, donde podrá encontrar el formulario recomendado para su ejercicio.
- No están previstas cesiones de datos, salvo a posibles encargados de tratamiento por cuenta del responsable del mismo, o de las derivadas de obligación legal. La Secretaria General Técnica contempla la cesión de datos al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (exigido por Orden SCO/3866/2007, de 18 de diciembre, por la que se establece el contenido y la estructura del Registro General de centros, servicios y establecimientos sanitarios del Ministerio de Sanidad y Consumo). Los nombres de los centros, servicios y establecimientos sanitarios y sus direcciones y teléfonos se publican en la web de la Consejería de Salud y Familias como información accesible a la ciudadanía para la consulta del Registro Andaluz de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios.

La información adicional detallada se encuentra disponible en la siguiente dirección electrónica: <https://juntadeandalucia.es/protecciondedatos/detalle/166281.html>



## 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.39 Angiología y Cirugía Vascolar             | <input type="checkbox"/> U.79 Hematología Clínica  |
| <input type="checkbox"/> U.2 Enfermería  | <input type="checkbox"/> U.40 Cirugía Cardíaca                          | <input type="checkbox"/> U.80 Laboratorio de Hematología                                       |
| <input type="checkbox"/> U.3 Enfermería Obstétrico-Ginecología (Matrona)         | <input type="checkbox"/> U.41 Hemodinámica                              | <input type="checkbox"/> U.81 Extracción de Sangre para Donación                               |
| <input type="checkbox"/> U.4 Podología   | <input type="checkbox"/> U.42 Cirugía Torácica                          | <input type="checkbox"/> U.82 Servicio de Transfusión  |
| <input type="checkbox"/> U.5 Vacunación  | <input type="checkbox"/> U.43 Cirugía General y Digestivo               | <input type="checkbox"/> U.83 Farmacia   |
| <input type="checkbox"/> U.6 Alergología   | <input type="checkbox"/> U.44 Odontología/Estomatología                 | <input type="checkbox"/> U.84 Depósito de medicamentos   |
| <input type="checkbox"/> U.7 Cardiología   | <input type="checkbox"/> U.45 Cirugía Maxilofacial                      | <input type="checkbox"/> U.85 Farmacología Clínica   |
| <input type="checkbox"/> U.8 Dermatología  | <input type="checkbox"/> U.46 Cirugía Plástica y Reparadora             | <input type="checkbox"/> U.86 Radioterapia   |
| <input type="checkbox"/> U.9 Aparado Digestivo                                   | <input type="checkbox"/> U.47 Cirugía estética                          | <input type="checkbox"/> U.87 Medicina Nuclear   |
| <input type="checkbox"/> U.10 Endocrinología                                     | <input type="checkbox"/> U.48 Medicina Estética                         | <input type="checkbox"/> U.88 Radiodiagnóstico   |
| <input type="checkbox"/> U.11 Nutrición y Dietética                              | <input type="checkbox"/> U.49 Neurocirugía                              | <input type="checkbox"/> U.89 Asistencia a lesionados y contaminados radiactivos y radiaciones |
| <input type="checkbox"/> U.12 Geriátria  | <input type="checkbox"/> U.50 Oftalmología                              | <input type="checkbox"/> U.90 Medicina Preventiva  |
| <input type="checkbox"/> U.13 Medicina Interna                                   | <input type="checkbox"/> U.51 Cirugía Refractiva                        | <input type="checkbox"/> U.91 Medicina de la Educación Física y el Deporte                     |
| <input type="checkbox"/> U.14 Nefrología   | <input type="checkbox"/> U.52 Otorrinolaringología                      | <input type="checkbox"/> U.92 Medicina Hiperbárica   |
| <input type="checkbox"/> U.15 Diálisis   | <input type="checkbox"/> U.53 Urología                                  | <input type="checkbox"/> U.93 Extracción de Órganos  |
| <input type="checkbox"/> U.16 Neumología   | <input type="checkbox"/> U.54 Litotricia renal                          | <input type="checkbox"/> U.94 Trasplante de Órganos  |
| <input type="checkbox"/> U.17 Neurología   | <input type="checkbox"/> U.55 Traumatología y Cirugía Ortopédica        | <input type="checkbox"/> U.95 Obtención de Tejidos   |
| <input type="checkbox"/> U.18 Neurofisiología                                    | <input type="checkbox"/> U.56 Lesionados medulares                      | <input type="checkbox"/> U.96 Implantación de Tejidos  |
| <input type="checkbox"/> U.19 Oncología  | <input type="checkbox"/> U.57 Rehabilitación                            | <input type="checkbox"/> U.97 Banco de Tejidos   |
| <input type="checkbox"/> U.20 Pediatría  | <input type="checkbox"/> U.58 Hidrología                                | <input type="checkbox"/> U.98 Medicina Aeronáutica   |
| <input type="checkbox"/> U.21 Cirugía Pediátrica                                 | <input type="checkbox"/> U.59 Fisioterapeuta                            | <input type="checkbox"/> U.99 Medicina del Trabajo   |
| <input type="checkbox"/> U.22 Cuidados Intermedios Neonatales                    | <input type="checkbox"/> U.60 Terapia Ocupacional                       | <input type="checkbox"/> <b>U.100 Transporte Sanitario (carretera, aéreo, marítimo)</b>        |
| <input type="checkbox"/> U.23 Cuidados Intensivos Neonatales                     | <input type="checkbox"/> U.61 Logopedia                                 | <input type="checkbox"/> U.100.1 Ambulancia no asistida (cuidados mínimos)                     |
| <input type="checkbox"/> U.24 Reumatología                                       | <input type="checkbox"/> U.62 Foniatria                                 | <input type="checkbox"/> U.100.2 Ambulancia asistencial soporte vital básico (medicalizables)  |
| <input type="checkbox"/> U.25 Obstetricia  | <input type="checkbox"/> U.63 Cirugía Mayor Ambulatoria                 | <input type="checkbox"/> U.100.3 Ambulancia asistencial soporte vital avanzado (medicalizada)  |
| <input type="checkbox"/> U.26 Ginecología  | <input type="checkbox"/> U.64 Cirugía Menor Ambulatoria                 | <input type="checkbox"/> U.100.4 Transporte sanitario colectivo                                |
| <input type="checkbox"/> U.27 Inseminación Artificial                            | <input type="checkbox"/> U.65 Hospital de Día                           | <input type="checkbox"/> U.100.5 Helicóptero   |
| <input type="checkbox"/> U.28 Fecundación in vitro                               | <input type="checkbox"/> U.66 Atención Sanitaria Domiciliaria           | <input type="checkbox"/> <b>U.101 Terapias no Convencionales</b>                               |
| <input type="checkbox"/> U.29 Banco de Semen                                     | <input type="checkbox"/> U.67 Cuidados Paliativos                       | <input type="checkbox"/> U.101.1 Acupuntura  |
| <input type="checkbox"/> U.30 Laboratorio de Semen para Capacitación Espermática | <input type="checkbox"/> U.68 Urgencias                                 | <input type="checkbox"/> U.101.2 Homeopatía  |
| <input type="checkbox"/> U.31 Banco de Preembriones                              | <input type="checkbox"/> U.69 Psiquiatría                               | <input type="checkbox"/> <b>U.102 Medicina legal</b>   |
| <input type="checkbox"/> U.32 Recuperación de Oocitos                            | <input type="checkbox"/> U.70 Psicología Clínica                        | <input type="checkbox"/> <b>U.103 Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia</b>                |
| <input type="checkbox"/> U.33 Planificación Familiar                             | <input type="checkbox"/> U.71 Tratamiento Sanitario a Drogodependientes | <input type="checkbox"/> <b>U.104 Banco de oocitos</b>   |
| <input type="checkbox"/> <b>U.34 Interrupción Voluntaria del Embarazo</b>        | <input type="checkbox"/> U.72 Obtención de Muestras                     | <input type="checkbox"/> <b>U.900 Otras Unidades Asistenciales</b>                             |
| <input type="checkbox"/> U.34.1 I.V.E. menos de 12 semanas                       | <input type="checkbox"/> U.73 Análisis Clínicos                         | <input type="checkbox"/> U.900.1 Psicología  |
| <input type="checkbox"/> U.34.2 I.V.E. más de 12 semanas                         | <input type="checkbox"/> U.74 Bioquímica Clínica                        | <input type="checkbox"/> U.900.2 Telemedicina  |
| <input type="checkbox"/> U.35 Anestesia y Reanimación                            | <input type="checkbox"/> U.75 Inmunología                               | <input type="checkbox"/> U.900.3 Gabinete optométrico  |
| <input type="checkbox"/> U.36 Tratamiento del Dolor                              | <input type="checkbox"/> U.76 Microbiología y Parasitología             | <input type="checkbox"/> U.900.4 Atención Infantil temprana                                    |
| <input type="checkbox"/> U.37 Medicina Intensiva                                 | <input type="checkbox"/> U.77 Anatomía Patológica                       |  |
| <input type="checkbox"/> U.38 Quemados   | <input type="checkbox"/> U.78 Genética                                  |  |



| AUTORIZACIÓN ADMINISTRATIVA DE CENTROS, SERVICIOS Y ESTABLECIMIENTOS SANITARIOS (Continuación) |             |                |   |             |                |
|--|-------------|----------------|---|-------------|----------------|
| 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  |             |                | <b>FARMACIA</b>                           |             |                |
| Cirugía cardiovascular   |             |                | Farmacia                                  |             |                |
| Cirugía general y del aparato digestivo  |             |                | Análisis Clínicos                         |             |                |
| Cirugía maxilofacial   |             |                | Farmacia Hospitalaria                     |             |                |
| Cirugía pediátrica   |             |                | Farmacología Clínica                      |             |                |
| Cirugía plástica estética y venerología  |             |                | Radiofarmacia                             |             |                |
| Cirugía torácica   |             |                | Otras especialidades                      |             |                |
| Dermatología quirúrgica y reparadora   |             |                | <b>OTRAS TITULACIONES UNIVERSITARIAS</b>  |             |                |
| Endocrinología y nutrición   |             |                | Biología                                  |             |                |
| Estomatología  |             |                | Grado en óptica y optometría              |             |                |
| Farmacología clínica   |             |                | Física                                    |             |                |
| Geriatría  |             |                | Fisioterapeuta                            |             |                |
| Hematología y hemoterapia  |             |                | Odontología                               |             |                |
| Hidrología médica  |             |                | Podología                                 |             |                |
| Inmunología  |             |                | Psicología clínica                        |             |                |
| Medicina de la Educación Física y el Deporte   |             |                | Química                                   |             |                |
| Medicina del Trabajo   |             |                | Logopedia                                 |             |                |
| Medicina Espacial  |             |                | Grado en nutrición humana y dietética     |             |                |
| Medicina familiar y comunitaria  |             |                | Terapia Ocupacional                       |             |                |
| Medicina intensiva   |             |                | Otras titulaciones                        |             |                |
| Medicina Interna   |             |                | <b>FORMACIÓN PROFESIONAL</b>              |             |                |
| Medicina Legal y Forense   |             |                | Auxiliar de Clínica                       |             |                |
| Medicina nuclear   |             |                | Téc. en Farmacia                          |             |                |
| Medicina preventiva y salud pública  |             |                | Prot. Dental                              |             |                |
| Microbiología y parasitología  |             |                | Téc. Sup. anatomía patológica y citología |             |                |
| Nefrología   |             |                | Téc. Sup. Audioprótesis                   |             |                |
| Neumología   |             |                | Téc. Sup. Dietética                       |             |                |
| Neurocirugía   |             |                | Téc. Sup. Higiene Bucodental              |             |                |



| AUTORIZACIÓN ADMINISTRATIVA DE CENTROS, SERVICIOS Y ESTABLECIMIENTOS SANITARIOS (Continuación)   |             |                |   |                   |                |
|--|-------------|----------------|---|-------------------|----------------|
| RELACIÓN DE PROFESIONALES (Continuación)   |             |                |   |                   |                |
| MEDICINA   | Nº ESTABLES | Nº OCASIONALES | ENFERMERÍA                                | Nº ESTABLES       | Nº OCASIONALES |
| Neurofisiología clínica  |             |                | Téc. Sup. Imagen para el diagnóstico      |                   |                |
| Neurología   |             |                | Téc. Sup. Laboratorio diagnóstico clínico |                   |                |
| Obstetricia y Ginecología  |             |                | Téc. Sup. Ortoprótisis                    |                   |                |
| Oftalmología   |             |                | Tec. 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. óptico anteojería               |                   |                |
| Psiquiatría  |             |                | <b>OTROS (especificar titulación)</b>     |                   |                |
| Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia  |             |                | <b>OTROS (especificar titulación)</b>     |                   |                |
| Radiodiagnóstico   |             |                |   |                   |                |
| Rehabilitación   |             |                |   |                   |                |
| Reumatología   |             |                |   |                   |                |
| Traumatología y cirugía ortopédica   |             |                |   |                   |                |
| Urología   |             |                |   |                   |                |
| 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  |             |                |   |                   |                |
| (*) 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>EQUIPAMIENTO (Continuación)</b>   |               |              |               |                          |
|--|---------------|--------------|---------------|--------------------------|
| <b>AUTORIZACIÓN ADMINISTRATIVA DE CENTROS, SERVICIOS Y ESTABLECIMIENTOS SANITARIOS (Continuación)</b>  |               |              |               |                          |
| <b>OTRAS TECNOLOGÍAS</b>   | <b>N° (*)</b> | <b>MARCA</b> | <b>MODELO</b> | <b>FECHA FABRICACIÓN</b> |
| Radiología vascular  |               |              |               |                          |
| Láser Oftalmológico  |               |              |               |                          |
| Diálisis   |               |              |               |                          |
| Radiología Convencional  |               |              |               |                          |
| (*) Si el número a consignar de un determinado equipo es superior a uno, anote dicho número en la casilla correspondiente e indique los datos de marca, modelo y fecha de fabricación en un folio suplementario. |               |              |               |                          |
| <b>CAMAS</b>   | <b>N°</b>     |              |               |                          |
| Camas para ingresos  |               |              |               |                          |
| Camas no destinadas a ingresos   |               |              |               |                          |
| Camas Polivalentes / Indistintas   |               |              |               |                          |
| Incubadoras  |               |              |               |                          |
| <b>INSTALACIONES</b>   | <b>N°</b>     |              |               |                          |
| Consultas de Urgencias   |               |              |               |                          |
| Consultas Externas   |               |              |               |                          |
| Salas de Rehabilitación (gimnasios)  |               |              |               |                          |
| Paritorios   |               |              |               |                          |
| Quirófanos   |               |              |               |                          |
| Salas de Curas   |               |              |               |                          |
| Salas de Esterilización  |               |              |               |                          |
| Salas de Exploraciones Funcionales   |               |              |               |                          |





## **INSTRUCCIONES RELATIVAS A LA CUMPLIMENTACIÓN DEL PRESENTE FORMULARIO:**

### **1. DATOS DEL CENTRO, SERVICIO O ESTABLECIMIENTO SANITARIO**

La persona o entidad que presente este formulario deberá cumplimentar los datos identificativos que aquí se requieren.

### **2. DATOS DE LA/S PERSONA/S TITULAR/ES Y DE LA REPRESENTANTE LEGAL**

La persona o entidad que presente este formulario deberá cumplimentar los datos identificativos que aquí se requieren.

Los datos relativos a la persona o entidad representante serán de cumplimentación obligatoria en el supuesto de ser ésta quien suscriba el formulario. En estos supuestos habrá de indicar a su vez en calidad de qué se ostenta la representación.

### **3. NOTIFICACIÓN**

- Para las personas NO OBLIGADAS a relacionarse electrónicamente con la Administración, (apartado 2.1.) será necesario elegir una de las dos opciones de notificación que se ofrecen.
- En el supuesto de haber optado por la notificación en papel, será obligatorio cumplimentar los datos relativos al domicilio de notificación. *[Para los supuestos en los que se hubieran recogido los datos relativos al domicilio en el apartado correspondiente a los datos personales, habría que incluir aquí lo siguiente: "Si ha optado por la notificación en papel, únicamente deberá cumplimentar los datos relativos al lugar de notificación en el caso de que éste no coincida con el domicilio indicado previamente en el apartado relativo a datos personales".]*
- En el supuesto de haber optado por la notificación en papel, es conveniente cumplimentar los datos relativos a correo electrónico y, opcionalmente, número de teléfono móvil para poder efectuar los avisos de puesta a disposición de la notificación electrónica que se efectuará en cualquier caso, y a la que podrá acceder voluntariamente.
- De no facilitar dichos datos no recibirá el correspondiente aviso. En el caso de que desee modificarlos deberá dirigirse al órgano gestor del procedimiento.
- Si desea modificar el medio a través del que recibir la notificación, deberá dirigirse al órgano gestor del procedimiento.
- Para el caso de personas OBLIGADAS a relacionarse electrónicamente con la Administración, (apartado 2.2.), los datos de correo electrónico y, opcionalmente, número de teléfono móvil que nos proporciona, son necesarios para poder efectuar el aviso de puesta a disposición de la notificación electrónica. Esta notificación se efectuará en cualquier caso, independientemente de que se hayan cumplimentado los mismos. En el caso de que desee modificarlos deberá dirigirse al órgano gestor del procedimiento.

### **4. DERECHO DE OPOSICIÓN**

Cumplimentar únicamente en el caso de que desee oponerse a la consulta de los datos señalados.

### **5. DOCUMENTACIÓN**

Marque qué documentación presenta efectivamente, la cual se encuentra ya indicada, en caso de hacerlo.

En el caso de que se haya opuesto, o en su caso, no haya prestado su consentimiento expreso para la consulta de algún dato, debe marcar y aportar la documentación requerida.

Los campos relativos a los documentos en poder de la Administración de la Junta de Andalucía o de otras Administraciones, solo procederá cumplimentarlos cuando ejerza el derecho a no presentar la documentación referida. En estos casos deberá indicar toda la información que se le solicita.

### **6. DECLARACIÓN, SOLICITUD, LUGAR, FECHA Y FIRMA**

Deberá declarar que son ciertos cuantos datos figuran en el presente documento, y firmar el formulario.

ILMO./A. SR./A.: Deberá cumplimentar indicando el órgano al que se dirige la solicitud.