

ANEXO I- DOC. A. (Preceptivo para centros enunciados en el artículo 7)

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN SANITARIA DE: INSTALACIÓN / MODIFICACIÓN DE ESTRUCTURA

1. IDENTIDAD DEL SOLICITANTE

Nombre y Apellidos: _____
NIF: _____; Persona Física <input type="checkbox"/> / Jurídica <input type="checkbox"/> ; Denominación: _____
Domicilio a efectos de notificación: _____
Teléfono móvil: _____; fijo: _____; Fax: _____
Correo e-: _____

2. DENOMINACIÓN, TIPOLOGÍA Y UBICACIÓN DEL CENTRO

Denominación completa del Centro: _____; Tfnos.: _____
Dirección completa: _____
Edificio (nombre): _____ completo <input type="checkbox"/> / plantas: _____. Fax: _____
URL (Web): _____
Correo e-: _____
Tipo de centro o establecimiento (según R.D. 1277/2003):
Marcar código (preceptivo): C.1.1 <input type="checkbox"/> ; C.1.2 <input type="checkbox"/> ; C.1.3 <input type="checkbox"/> ; C.1.4 <input type="checkbox"/> ; C.1.90 <input type="checkbox"/> ; C.2.4 <input type="checkbox"/> ; C.2.5.2 <input type="checkbox"/> ; C.2.5.3 <input type="checkbox"/> ; C.2.5.4 <input type="checkbox"/> ; C.2.5 <input type="checkbox"/> ; C.2.6 <input type="checkbox"/> ; C.2.5.8 <input type="checkbox"/> ; C.2.5.9 <input type="checkbox"/> ; C.2.5.90 <input type="checkbox"/>
Marcar código (opcional): C.2.1 <input type="checkbox"/> ; C.2.2 <input type="checkbox"/> ; C.2.3.1 <input type="checkbox"/> ; C.2.3.2 <input type="checkbox"/> ; C.2.4 <input type="checkbox"/> ; C.2.5.1 <input type="checkbox"/> ; C.2.5.6 <input type="checkbox"/> ; C.2.5.7 <input type="checkbox"/> ; C.2.5.10 <input type="checkbox"/> ; C.2.5.11 <input type="checkbox"/> ; C.2.5.90 <input type="checkbox"/> ; C.2.90 <input type="checkbox"/> ; E.3 <input type="checkbox"/> ; E.4 <input type="checkbox"/> ; E.5 <input type="checkbox"/>

3. DOCUMENTACIÓN QUE SE ACOMPAÑA PAGINADA (Escriba el número de página inicial y final de cada documento. En tramitación electrónica, el nombre del documento anexo y su formato)

<ul style="list-style-type: none">❖ JUSTIFICANTE ABONO TASAS DE AUTORIZACIÓN <input type="checkbox"/> / INSPECCIÓN <input type="checkbox"/>❖ Si persona Jurídica: Certificación del Registro Mercantil en la que conste la representación de la sociedad y confirme que la actividad sanitaria específica está incluida en su objeto social <input type="checkbox"/>❖ Copia del Proyecto de Ingeniería y/o Arquitectura, con sus planos, firmado por técnico competente y visado <input type="checkbox"/>❖ Según proceda, certificados emitidos por Técnico competente de la adecuación a la normativa vigente de: Instalaciones eléctricas <input type="checkbox"/>; Instalaciones de agua <input type="checkbox"/>; Instalaciones de climatización <input type="checkbox"/>; Instalaciones de gases medicinales <input type="checkbox"/>; Protección contra incendios <input type="checkbox"/>❖ Documentos acreditativos de la adecuación a las recomendaciones propias de las distintas unidades: (Plantas hospitalización <input type="checkbox"/>; Bloque quirúrgico <input type="checkbox"/>; Circulaciones <input type="checkbox"/>; UMI <input type="checkbox"/>; Central Esterilización <input type="checkbox"/>; Diálisis <input type="checkbox"/>; Consultas Ext. <input type="checkbox"/>; Servicios especiales <input type="checkbox"/>; Instalaciones especiales <input type="checkbox"/>; Otros <input type="checkbox"/>❖ Declaración del Director/a Técnico/a del Centro (en caso de modificación de estructura, según modelo): <input type="checkbox"/>❖ Previsión de accesibilidad y cumplimiento de la normativa de eliminación de barreras: <input type="checkbox"/>❖ INFORME ACREDITATIVO DEL COLEGIO PROFESIONAL (según Convenio): <input type="checkbox"/>❖ Si se precisa, fotocopia del DNI <input type="checkbox"/>

*Observaciones: _____

Rubrica y pie de firma del Solicitante

4. DATOS ARQUITECTÓNICOS. Cumplimentar según proceda.

Superficie construida total: _____; S. área de hospitalización: _____; S. área de consultas: _____; S. Bloque quirúrgico: _____; Superficie áreas con requerimientos específicos: _____

Nº total de plantas ocupadas por el centro: _____; Planta a nivel de calle sin escaleras: _____; Otras plantas: _____

Vías de comunicación vertical: montacamillas ; ascensor adaptado ; ascensor no adaptado ; escaleras ; rampas de evacuación ; Escaleras de incendios

Otros medios de evacuación de emergencias: _____

Posibilidad de evacuación del paciente en camilla en caso de urgencia

Señalización de emergencias Iluminación de emergencias Plan de emergencias y evacuación

Detectores de humos: _____; Extintores: _____; Irrigadores automáticos de emergencias

Grupo electrógeno con suficiente capacidad y conexión a todas las áreas requeridas

Habitaciones de hospitalización con ventilación e iluminación natural

Anchura mínima de puertas (con tránsito de pacientes): _____; Anchura mínima de pasillos (con tránsito de pacientes): _____

Circulaciones independientes sucio-limpio en quirófano y áreas estériles: ; Lavamanos para profesionales en áreas quirúrgicas y estériles: ; Lavamanos para profesionales en todos los locales de exploración física y consulta

5. Si está prevista la dotación de USO MÉDICO DE RADIACIONES IONIZANTES, en unidades asistenciales con equipos de Radiodiagnóstico, Radioterapia y/o Medicina Nuclear.

❖ Copia de la Declaración presentada ante la autoridad competente en materia de Industria:

❖ Copia del Proyecto de Instalación realizado por la Empresa de Venta y Asistencia Técnica:

Observaciones _____

Rúbrica y pie de firma del Solicitante

6. RELACIÓN DE UNIDADES ASISTENCIALES/OFERTA ASISTENCIAL

Código	Unidad Asistencial	Hospitalización Nº camas	Consulta Nº locales	Nº facultativos	Carga horaria
U1	Medicina general/de familia				
U2	Enfermería				
U3	Enfermería obstétrico-ginecológica (matrona)				
U4	Podología				
U5	Vacunación				
U6	Alergología				
U7	Cardiología				
U8	Dermatología				
U9	Aparato digestivo				
U10	Endocrinología				
U11	Nutrición y Dietética				
U12	Geriatría				
U13	Medicina Interna				
U14	Nefrología				
U15	Diálisis				
U16	Neumología				
U17	Neurología				
U18	Neurofisiología				
U19	Oncología				
U20	Pediatría				
U21	Cirugía Pediátrica				
U22	Cuidados intermedios neonatales				
U23	Cuidados intensivos neonatales				
U24	Reumatología				
U25	Obstetricia				
U26	Ginecología				
U27	Inseminación artificial				
U28	Fecundación in vitro				
U29	Banco de semen				
U30	Laboratorio de semen para captación espermática				
U31	Banco de embriones				
U32	Recuperación de oocitos				
U33	Planificación familiar				
U34	Interrupción voluntaria del embarazo				
U35	Anestesia y Reanimación				
U36	Tratamiento del dolor				
U37	Medicina intensiva				
U38	Quemados				
U39	Angiología y Cirugía Vascolar				
U40	Cirugía Cardíaca				
U41	Hemodinámica				
U42	Cirugía torácica				
U43	Cirugía general y digestivo				
U44	Odontología/estomatología				
U45	Cirugía máxilofacial				
U46	Cirugía plástica y reparadora				
U47	Cirugía estética				
U48	Medicina cosmética				
U49	Neurocirugía				
U50	Oftalmología				
U51	Cirugía refractiva				
U52	Otorrinolaringología				
U53	Urología				
U54	Litotricia renal				
U55	Cirugía ortopédica y Traumatología				
U56	Lesionados medulares				
U57	Rehabilitación				
U58	Hidrología				
U59	Fisioterapia				
U60	Terapia ocupacional				
U61	Logopedia				
U62	Foniatría				
U63	Cirugía mayor ambulatoria				
U64	Cirugía menor ambulatoria				
U65	Hospital de día				
U66	Atención sanitaria domiciliaria				
U67	Cuidados paliativos				
U68	Urgencias				
U69	Psiquiatría				
U70	Psicología clínica				
U71	Atención sanitaria a drogodependientes				
U72	Obtención de muestras				
U73	Análisis clínicos				

Código	Unidad Asistencial	Hospitalización Nº camas	Consulta Nº locales	Nº facultativos	Carga horaria
U74	Bioquímica clínica				
U75	Inmunología				
U76	Microbiología y parasitología				
U77	Anatomía patológica				
U78	Genética				
U79	Hepatología clínica				
U80	Laboratorio de hepatología				
U81	Extracción de sangre para donación				
U82	Servicio de transfusión				
U83	Farmacia				
U84	Depósito de medicamentos				
U85	Farmacología clínica				
U86	Radioterapia				
U87	Medicina nuclear				
U88	Radiodiagnóstico				
U89	Asistencia a lesionados y contaminados por elementos radioactivos y radiaciones ionizantes				
U90	Medicina preventiva				
U91	Medicina de la educación física y el deporte				
U92	Medicina hiperbárica				
U93	Extracción de órganos				
U94	Trasplante de órganos				
U95	Obtención de tejidos				
U96	Implantación de tejidos				
U97	Banco de tejidos				
U98	Medicina aeronáutica				
U99	Medicina del trabajo				
U100	Transporte sanitario (carretera, aéreo, marítimo)				
U101	Terapias no convencionales				
U900	Otras unidades asistenciales				
	Comunes (personal no adscrito a U.A. concretas)				
	TOTAL (excl. camas hospital de día, URPA y urgencias)				
	Camas hospital de día				
	Camas URPA				
	Camas de urgencias				

*Observaciones:

Rúbrica y pie de firma del Solicitante y Director Técnico