



Solicitud de Autorización de Centros y Servicios Sanitarios

1.- Tipo de autorización:

<input type="checkbox"/>	Instalación	<input type="checkbox"/>	Modificación por Cambio de Estructura
<input type="checkbox"/>	Funcionamiento	<input type="checkbox"/>	Modificación por Cambio de Oferta Asistencial
<input type="checkbox"/>	Funcionamiento sin Instalación	<input type="checkbox"/>	Modificación por Cambio de Titularidad
<input type="checkbox"/>	Renovación		

2.- Datos del Centro:

Tipo de vía		Nombre vía		Nº	
Piso		Puerta		CP	
				Localidad	
				Provincia	Madrid

3.- Datos del Titular del Centro:

NIF		Nombre/ Razón Social (*)	
Apellidos (*)		Teléfono	
Tipo de vía		Nombre vía	
Piso		Puerta	
		Localidad	
		Provincia	

(*) Consigne nombre y apellidos en caso de persona física, o Razón Social en caso de persona jurídica.

4.- Datos del Representante del Centro:

NIF		Nombre	
Apellidos		Teléfono	
Tipo de vía		Nombre vía	
Piso		Puerta	
		Localidad	
		Provincia	

5.- Medio de notificación:

La notificación se realizará por medios electrónicos, a través del servicio de Notificaciones Telemáticas de la Comunidad de Madrid, para lo cual previamente deberá estar dado de alta.

6.- Tipología de centro:

<input type="radio"/>	C.1.1 Hospitales generales.	<input type="radio"/>	C.2.5.2 Centros de reproducción humana asistida.
<input type="radio"/>	C.1.2 Hospitales especializados.	<input type="radio"/>	C.2.5.3 Centros de interrupción voluntaria del embarazo.
<input type="radio"/>	C.1.3 Hospitales de media y larga estancia.	<input type="radio"/>	C.2.5.4 Centros de cirugía mayor ambulatoria.
<input type="radio"/>	C.1.4 Hospitales de salud mental y tratamiento de toxicomanías.	<input type="radio"/>	C.2.5.5 Centros de diálisis.
<input type="radio"/>	C.1.90 Otros centros con internamiento.	<input type="radio"/>	C.2.5.6 Centros de diagnóstico.
<input type="radio"/>	C.2.1 Consultas médicas.	<input type="radio"/>	C.2.5.7 Centros móviles de asistencia sanitaria.
<input type="radio"/>	C.2.2 Consultas de otros profesionales sanitarios.	<input type="radio"/>	C.2.5.8 Centros de transfusión.
<input type="radio"/>	C.2.3 Centros de atención primaria.	<input type="radio"/>	C.2.5.9 Bancos de tejidos.
<input type="radio"/>	C.2.3.1 Centros de salud.	<input type="radio"/>	C.2.5.10 Centros de reconocimiento.
<input type="radio"/>	C.2.3.2 Consultorios de atención primaria.	<input type="radio"/>	C.2.5.11 Centros de salud mental.
<input type="radio"/>	C.2.4 Centros Polivalentes.	<input type="radio"/>	C.2.5.90 Otros centros especializados.
<input type="radio"/>	C.2.5 Centros Especializados.	<input type="radio"/>	C.2.90 Otros proveedores de asistencia sanitaria sin internamiento.
<input type="radio"/>	C.2.5.1 Clínicas dentales.	<input type="radio"/>	C.3 Servicios sanitarios integrados en una organización no sanitaria.



7.- Tipo de Unidad:

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



8.- Documentación requerida:

La Comunidad de Madrid consultará, por medios electrónicos, los datos de los siguientes documentos, excepto que expresamente desautorice la consulta (*)	No autorizo la consulta y aporte documento
A) DOCUMENTACIÓN GENÉRICA	
En caso de persona física: NIF del titular/es.	<input type="checkbox"/>
En caso de persona jurídica: NIF del representante.	<input type="checkbox"/>
Nombre comercial registrado en la Oficina Española de Patentes y Marcas	<input type="checkbox"/>
C) DOCUMENTACIÓN ESPECÍFICA PARA AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO	
Títulos académicos de los profesionales sanitarios	<input type="checkbox"/>
Informe preceptivo del Consejo de Seguridad Nuclear o inscripción en el Registro de la DG de Industria, Energía y Minas.	<input type="checkbox"/>
Certificado de la D.G. Industria, Energía y Minas sobre equipos electrónicos de baja tensión en las instalaciones que lo requieran (quirófanos, UCI, radiología... y de instalaciones de elementos elevadores)	<input type="checkbox"/>
Inscripción en el Registro de Pequeños Productores de Residuos Peligrosos (Consejería Medio Ambiente, Vivienda y Ordenación del Territorio)	<input type="checkbox"/>
F) DOCUMENTACIÓN ESPECÍFICA PARA AUTORIZACIÓN DE MODIFICACIÓN POR CAMBIO DE LA OFERTA ASISTENCIAL	
Títulos académicos de los nuevos profesionales	<input type="checkbox"/>
Si la oferta conlleva producción de residuos Biosanitarios: Inscripción en el Registro de Pequeños Productores de Residuos peligrosos (Consejería de Medio Ambiente, Vivienda y Ordenación del Territorio).	<input type="checkbox"/>
G) DOCUMENTACIÓN ESPECÍFICA PARA AUTORIZACIÓN DE MODIFICACIÓN POR CAMBIO DE TITULARIDAD	
Informe preceptivo del Consejo de Seguridad Nuclear o inscripción en el Registro de la DG de Industria, Energía y Minas.	<input type="checkbox"/>
Inscripción en el Registro de Pequeños Productores de Residuos Peligrosos (Consejería Medio Ambiente, Vivienda y Ordenación del Territorio)	<input type="checkbox"/>

(*) En aplicación del artículo 28.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

Documentos que se acompañan a la solicitud	
A) DOCUMENTACIÓN GENÉRICA	
En caso de persona jurídica:	
NIF de la Sociedad.	<input type="checkbox"/>
Estatutos de la Sociedad.	<input type="checkbox"/>
Representación que ostente el solicitante.	<input type="checkbox"/>
Acuerdo de creación, modificación, asunción de titularidad o cierre del centro.	<input type="checkbox"/>
Documento justificativo del abono de las correspondientes tasas.	<input type="checkbox"/>
B) DOCUMENTACIÓN ESPECÍFICA PARA AUTORIZACIÓN DE INSTALACIÓN	
Documento acreditativo de la titularidad de la disponibilidad jurídica del inmueble.	<input type="checkbox"/>
Memoria explicativa de la naturaleza, fines y actividades del proyecto presentado.	<input type="checkbox"/>
Oferta de servicios y previsiones de plantilla desglosada por grupos o categorías profesionales.	<input type="checkbox"/>
Proyecto técnico, incluido el certificado de dirección de obra. Firmado por técnico competente y visado:	



Memoria del Proyecto Técnico que es conforme a ley en materia de urbanismo, construcción, instalaciones y seguridad.	<input type="checkbox"/>
Documentación acreditativa del cumplimiento del Decreto 31/2003 (Reglamento de Prevención de Incendios).	<input type="checkbox"/>
Planos de conjunto y detalle que permita la perfecta localización del centro, así como la localización del mobiliario.	<input type="checkbox"/>
Planos de instalaciones teniendo en cuenta la Ley 8/1993 (Promoción de accesibilidad y Supresión de barreras arquitectónicas).	<input type="checkbox"/>
Unidades móviles de atención sanitaria, se incluirá memoria con especificaciones técnicas, permiso de circulación e inspección técnica de los vehículos.	<input type="checkbox"/>
Relación del equipamiento.	<input type="checkbox"/>
C) DOCUMENTACIÓN ESPECÍFICA PARA AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO	
Plantilla sanitaria definitiva, suscrita por el Director Técnico.	<input type="checkbox"/>
Certificado de colegiación expedido por el Colegio Profesional correspondiente, en su caso.	<input type="checkbox"/>
Pólizas de responsabilidad civil de los profesionales sanitarios.	<input type="checkbox"/>
Seguro de continente y contenido del centro.	<input type="checkbox"/>
Documento que acredite que las instalaciones sanitarias cumplen con los requisitos técnicos mínimos establecidos por el R.D. 414/1996, de 1 de marzo, referente al marcado CE.	<input type="checkbox"/>
En el caso de que existan instalaciones radiactivas:	
Certificado de los controles efectuados por la Unidad Técnica de Protección Radiológica.	<input type="checkbox"/>
Documento acreditativo del título de Director y/u operador de instalaciones radiológicas.	<input type="checkbox"/>
Copia del Registro de presentación del Programa de Garantía de Calidad.	<input type="checkbox"/>
Si existe relación con otras unidades o Servicios ajenos a las instalaciones del centro, en caso de ser necesario para la atención de los pacientes, deberán presentar documentación acreditativa a tal efecto.	<input type="checkbox"/>
Si es productor de residuos biosanitarios:	
Contrato actualizado de retirada de residuos con empresa autorizada.	<input type="checkbox"/>
Acreditación de que se observan las normas que sobre prevención de riesgos laborales se establecen en la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos laborales y R.D. 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención.	<input type="checkbox"/>
Acreditación de la implantación de los procedimientos y sistemas de vigilancia frente a accidentes con riesgo biológico (Orden 827/2005).	<input type="checkbox"/>
Inscripción en el Registro de la Agencia de Protección de Datos en relación con el archivo de las historias clínicas (Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal).	<input type="checkbox"/>
D) DOCUMENTACIÓN PARA AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO SIN INSTALACIÓN	
Para aquellos centros, servicios y establecimientos sanitarios de nueva creación que no requieran la realización de obra nueva y, por tanto, no precisen de autorización de instalación. (Además de la requerida en el apartado anterior)	
Documento acreditativo de la titularidad de la disponibilidad jurídica del inmueble.	<input type="checkbox"/>
Memoria explicativa de la naturaleza, fines y actividades del proyecto presentado.	<input type="checkbox"/>
Proyecto técnico, incluido el certificado de dirección de obra. Firmado por técnico competente y visado por el Colegio Profesional correspondiente:	
Memoria del Proyecto Técnico que es conforme a ley en materia de urbanismo, construcción, instalaciones y seguridad.	<input type="checkbox"/>
Documentación acreditativa del cumplimiento del Decreto 31/2003 (Reglamento de Prevención de Incendios). Planos de conjunto y detalle que permita la perfecta localización	<input type="checkbox"/>



del centro así como la localización del mobiliario.	
Planos de instalaciones teniendo en cuenta la Ley 8/1993 (Promoción de accesibilidad y Supresión de barreras arquitectónicas).	<input type="checkbox"/>
Quando se trate de centros sin internamiento, sin actividad quirúrgica y con equipamiento simple, como son los consultorios sin instalación fija de equipos electromédicos, sin equipos emisores de radiaciones ionizantes o de alta tecnología, independientemente de su fecha de creación, si se encuentran en locales ya construidos, cumpliendo la normativa vigente de construcción, instalaciones y seguridad, quedarán exentos de presentar el proyecto técnico señalado en el apartado e) del artículo 7 del Decreto 51/2006 y, en su lugar, presentarán planos a escala de conjunto y de detalle del inmueble con localización de los equipos, mobiliario e instalaciones.	<input type="checkbox"/>
Relación del equipamiento.	<input type="checkbox"/>
E) DOCUMENTACIÓN ESPECÍFICA PARA AUTORIZACIÓN DE MODIFICACIÓN POR CAMBIO DE ESTRUCTURA	
Memoria explicativa de la naturaleza, fines y actividades de la modificación solicitada.	<input type="checkbox"/>
Planos a escala de conjunto y de detalle del inmueble con localización de los equipos, mobiliario e instalaciones.	<input type="checkbox"/>
F) DOCUMENTACIÓN ESPECÍFICA PARA AUTORIZACIÓN DE MODIFICACIÓN POR CAMBIO DE LA OFERTA ASISTENCIAL	
Memoria explicativa de la naturaleza, fines y actividades de la modificación solicitada.	<input type="checkbox"/>
Nueva plantilla del centro suscrita por el Director Técnico.	<input type="checkbox"/>
Certificado de colegiación expedido por el colegio profesional correspondiente, en su caso.	<input type="checkbox"/>
Pólizas de responsabilidad civil de los profesionales sanitarios.	<input type="checkbox"/>
Planos a escala de conjunto y de detalle del inmueble con localización de los equipos, mobiliario e instalaciones.	<input type="checkbox"/>
G) DOCUMENTACIÓN ESPECÍFICA PARA AUTORIZACIÓN DE MODIFICACIÓN POR CAMBIO DE TITULARIDAD	
Documento notarial de que se ha efectuado la transmisión.	<input type="checkbox"/>
Documento de titularidad de la disponibilidad jurídica del inmueble.	<input type="checkbox"/>
Seguro de continente y contenido a nombre del nuevo titular.	<input type="checkbox"/>
Inscripción en la Agencia de Protección de Datos a nombre del nuevo titular.	<input type="checkbox"/>
En su caso:	
Contratos con otros servicios a nombre del nuevo titular.	<input type="checkbox"/>
Contrato con empresa autorizada para retirada de residuos biosanitarios a nombre del nuevo titular.	<input type="checkbox"/>
H) DOCUMENTACIÓN ESPECÍFICA PARA AUTORIZACIÓN DE RENOVACIÓN	
En caso de no haberse producido ningún cambio en las condiciones en las que se concedió la anterior resolución de autorización de funcionamiento, presentará declaración responsable donde se indiquen tales circunstancias.	<input type="checkbox"/>



9.- Observaciones:

--

Información Institucional

Marque el recuadro en el caso de no estar interesado en recibir Información Institucional de la Comunidad de Madrid.

☐ No deseo recibir Información Institucional de la Comunidad de Madrid

Si usted no ha marcado este recuadro, sus datos se integrarán en el fichero "Información Institucional" cuya finalidad es ofrecerle aquellas informaciones relacionadas con actuaciones y servicios de la Comunidad de Madrid, recordándole que usted podrá revocar el consentimiento otorgado en el momento que lo estime oportuno. El responsable del fichero es la Dirección General de Calidad de los Servicios y Atención al Ciudadano, ante este órgano podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

En....., a.....de..... de.....

FIRMA

--

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero CYES, cuya finalidad es la gestión de autorizaciones, comunicaciones y notificaciones de centros, servicios y establecimientos sanitarios. El responsable del fichero es el órgano que figura en este documento. Ante él podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal

DESTINATARIO

Dirección General de Inspección y Ordenación
Consejería de Sanidad.

Instrucciones

En este apartado se contemplan los diferentes campos de la Plantilla propuesta anteriormente a modo de guía para su posterior elaboración.

CAMPO	DESCRIPCIÓN	TIPO DATO	OBLIGATORIO	POSIBLES VALORES
1. TIPO DE AUTORIZACIÓN:				
Tipo de autorización	Opción que permite especificar el tipo de autorización solicitada	Casilla de verificación	Sí	<ul style="list-style-type: none"> • Instalación • Funcionamiento • Funcionamiento sin Instalación • Renovación • Modificación por Cambio de Estructura • Modificación por Cambio de Oferta Asistencial • Modificación por Cambio de Titularidad
2. DATOS DEL CENTRO:				
Tipo de vía	Tipo de via del centro	Lista de valores	Sí	Lista de tipos de vía
Nombre de vía	Nombre de la vía.	Alfanumérico	Sí.	
Nº	Número de la vía	Numérico	Sí.	[999]
Piso	Planta de la dirección	Alfanumérico	No	
Puerta	Puerta de la dirección	Alfanumérico	No	
CP	Código postal del centro	Numérico	Sí.	[99999]
Localidad	Localidad del centro	Lista de valores	Sí	Lista de localidades de la Comunidad de Madrid
Provincia	Provincia del centro	Texto fijo	Sí	Texto fijo "Madrid"
Teléfono	Número de teléfono	Alfanumérico	Sí	
3. DATOS DE EL/LA TITULAR DEL CENTRO				
DNI/NIF		Alfanumérico	No	[n°][letra]; 8 dígitos (completando con ceros a la izquierda) + 1 dígito letra.
Nombre/ Razón social		Texto Libre	No	
Apellidos		Texto Libre	No	
Teléfono	Número de teléfono fijo	Numérico	No	[0-9]

CAMPO	DESCRIPCIÓN	TIPO DATO	OBLIGATORIO	POSIBLES VALORES
Tipo de vía	Tipo de vía	Lista de valores	No	Lista de tipos de vía
Nombre de vía	Nombre de la vía.	Alfanumérico	No	
Nº	Número de la vía	Numérico	No	
Piso	Planta de la dirección	Alfanumérico	No	
Puerta	Puerta de la dirección	Alfanumérico	No	
Localidad	Localidad del centro	Alfanumérico	No	
Provincia	Provincia del centro	Lista de valores	No	Lista de valores de provincias
Correo electrónico		Alfanumérico	No	Comprobar que sea un correo electrónico válido
4. DATOS DE EL/LA REPRESENTANTE DEL CENTRO				
DNINIF		Alfanumérico	No	[nº][letra]; 8 dígitos (completando con ceros a la izquierda) + 1 dígito letra.
Nombre/ Razón social		Texto Libre	No	
Apellidos		Texto Libre	No	
Teléfono	Número de teléfono fijo	Alfanumérico	No	
Tipo de vía	Tipo de vía.	Lista de valores	No	Lista de tipos de vía
Nombre de vía	Nombre de la vía.	Alfanumérico	No	
Nº	Número de la vía	Numérico		
Piso	Planta de la dirección	Alfanumérico	No	
Puerta	Puerta de la dirección	Alfanumérico	No	
Localidad	Localidad del centro	Alfanumérico	No	
Provincia	Provincia del centro	Lista de valores	No	Lista de valores de provincias
Correo electrónico		Alfanumérico	Sí	Comprobar que sea un correo electrónico válido
5. MEDIO DE NOTIFICACIÓN				

CAMPO	DESCRIPCIÓN	TIPO DATO	OBLIGATORIO	POSIBLES VALORES
Tipo de Notificación	• De forma telemática			
6. TIPOLOGÍA DE CENTRO				
Tipología de centro	Opción que permite especificar el tipo de centro	Botón de opción	Sí	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.2.1 Consultas médicas. 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 Consultorios de atención primaria. 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.2.5.7 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.2.90 Otros proveedores de asistencia sanitaria sin Internamiento. C.3 Servicios sanitarios integrados en una organización no sanitaria.
7. TIPO DE UNIDAD				
U.1 Medicina general/de familia.		Casilla de Verificación	No	
U.2 Enfermería.		Casilla de Verificación	No	

CAMPO	DESCRIPCIÓN	TIPO DATO	OBLIGATORIO	POSIBLES VALORES
U.3 Enfermería obstétrico-ginecológica (matrona).		Casilla de Verificación	No	
U.4 Podología.		Casilla de Verificación	No	
U.5 Vacunación.		Casilla de Verificación	No	
U.6 Alergología.		Casilla de Verificación	No	
U.7 Cardiología.		Casilla de Verificación	No	
U.8 Dermatología.		Casilla de Verificación	No	
U.9 Aparato digestivo.		Casilla de Verificación	No	
Y así todas las opciones de esta página (2 de 6), hasta llegar al final...		Casilla de Verificación	No	
		Casilla de Verificación	No	
		Casilla de Verificación	No	
		Casilla de Verificación	No	
		Casilla de Verificación	No	
7. DOCUMENTACIÓN REQUERIDA				
A) DOCUMENTACIÓN GENÉRICA				
En caso de persona física: NIF del titular/es	Botón de Opción	No		•No autoriza la consulta y aporta documentación
En caso de persona jurídica:NIF del representante	Botón de Opción	No		•No autoriza la consulta y aporta documentación
Nombre comercial registrado en la Oficina Española de Patentes y Marcas	Botón de Opción	No		•No autoriza la consulta y aporta documentación
C) DOCUMENTACIÓN ESPECÍFICA PARA AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO				

CAMPO	DESCRIPCIÓN	TIPO DATO	OBLIGATORIO	POSIBLES VALORES
	Titulos académicos de los profesionales sanitarios	Botón de Opción	No	•No autoriza la consulta y aporta documentación
	Informe preceptivo del Consejo de Seguridad Nuclear o inscripción en el Registro de la DG de Industria, Energía y Minas	Botón de Opción	No	•No autoriza la consulta y aporta documentación
	Certificado de la D.G. Industria, Energía y Minas sobre equipos electrónicos de baja tensión en las instalaciones que lo requieran	Botón de Opción	No	•No autoriza la consulta y aporta documentación
	Inscripción en el registro de pequeños productos de residuos peligrosos (Consejería Medio Ambiente, Vivienda y ordenación del Territorio	Botón de Opción	No	•No autoriza la consulta y aporta documentación
F) DOCUMENTACIÓN ESPECÍFICA PARA AUTORIZACIÓN DE MODIFICACIÓN POR CAMBIO DE LA OFERTA ASISTENCIAL				
	Títulos académicos de los nuevos profesionales	Botón de Opción	No	•No autoriza la consulta y aporta documentación
	Si la oferta conllevara producción de residuos biosanitarios:Inscripción en el Registro de Pequeños productos de Residuos Peligrosos	Botón de Opción	No	•No autoriza la consulta y aporta documentación
G) DOCUMENTACIÓN ESPECÍFICA PARA AUTORIZACIÓN DE MODIFICACIÓN POR CAMBIO DE TITULARIDAD				
	Informe preceptivo del Consejo de Seguridad Nuclear o inscripción en el Registro de la DG de industria, Energía y Minas	Botón de opción	No	•No autoriza la consulta y aporta documentación
	Inscripción en el Registro de Pequeños Productores de Residuos Peligrosos	Botón de opción	No	•No autoriza la consulta y aporta documentación
DOCUMENTOS QUE SE ACOMPAÑAN A LA SOLICITUD				
A) DOCUMENTACIÓN GENÉRICA				
En caso de persona jurídica:				
	NIF de la Sociedad	Casilla de Verificación	No	• Sí • No
	Estatutos de la Sociedad	Casilla de Verificación	No	• Sí • No

CAMPO	DESCRIPCIÓN	TIPO DATO	OBLIGATORIO	POSIBLES VALORES
	Representación que ostente el solicitante	Casilla de Verificación	No	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No
	Acuerdo de creación, modificación, asunción de titularidad o cierre del centro	Casilla de Verificación	No	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No
	Documento justificativo del abono de las correspondientes tasas	Casilla de Verificación	No	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No
B) DOCUMENTACION ESPECIFICA PARA AUTORIZACION DE INSTALACION				
	Documento acreditativo de la titularidad de la disponibilidad jurídica del inmueble	Casilla de Verificación	No	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No
	Memoria explicativa de la naturaleza, fines y actividades del proyecto presentado	Casilla de Verificación	No	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No
	Oferta de servicios y previsiones de plantilla desglosada por grupos o categorías profesionales	Casilla de Verificación	No	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No
Proyecto técnico, incluido el certificado de dirección de obra. Firmado por técnico competente y visado:				
	Memoria del Proyecto Técnico que es conforme a ley en materia de urbanismo, construcción, instalaciones y seguridad.	Casilla de Verificación	No	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No
	Documentación acreditativa del cumplimiento del decreto 31/2003 (Reglamento de Prevención de Incendios). Planos de conjunto y detalle que permita la perfecta localización así como del mobiliario.	Casilla de Verificación	No	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No
	Planos de instalaciones teniendo en cuenta la Ley 8/1993 (Promoción de accesibilidad y Supresión de barreras arquitectónicas)	Casilla de Verificación	No	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No
	Relación del equipamiento	Casilla de Verificación	No	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No
C) DOCUMENTACION ESPECIFICA PARA AUTORIZACION DE FUNCIONAMIENTO				
	Plantilla sanitaria definitiva	Casilla de Verificación	No	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No
	Certificado de colegiación expedido por el Colegio Profesional correspondiente, en su caso.	Casilla de Verificación	No	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No
	Pólizas de responsabilidad civil de los profesionales sanitarios	Casilla de Verificación	No	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No

CAMPO	DESCRIPCIÓN	TIPO DATO	OBLIGATORIO	POSIBLES VALORES
	Seguro de continente y contenido del centro	Casilla de Verificación	No	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No
	Documento que acredite que las instalaciones sanitarias cumplen con los requisitos técnicos mínimos establecidos por el R.D. 414/1996, de 1 de marzo, referente al marcado CE	Casilla de Verificación	No	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No
En el caso de que existan instalaciones radiactivas:				
	Certificado de los controles efectuados por la Unidad Técnica de Protección Radiológica	Casilla de Verificación	No	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No
	Documento acreditativo del título de Director y/u operador de instalaciones radiológica	Casilla de Verificación	No	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No
	Registro de la primera hoja del documento de presentación del programa de garantía de calidad	Casilla de Verificación	No	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No
	Si existe relación con otras unidades o Servicios ajenos a las instalaciones del centro , en caso de ser necesario para la atención de los pacientes deberán presentar documentación acreditativa a tal efecto	Casilla de Verificación	No	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No
Si es productor de residuos biosanitarios:				
	Contrato actualizado de retirada de residuos con empresa autorizada	Casilla de Verificación	No	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No
	Acreditación de que se observan las normas que sobre prevención de riesgos laborales se establecen en la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos laborales y Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención.	Casilla de Verificación	No	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No
	Acreditación de la implantación de los procedimientos y sistemas de vigilancia frente a accidentes con riesgo biológico (Orden 827/2005)	Casilla de Verificación	No	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No
	Inscripción en el Registro de la Agencia de Protección de Datos en relación con el archivo de las historias clínicas (Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal)	Casilla de Verificación	No	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No
D) DOCUMENTACION PARA AUTORIZACION DE FUNCIONAMIENTO SIN INSTALACION (Además de la requerida en el apartado anterior)				
	Documento acreditativo de la titularidad de la disponibilidad jurídica del inmueble	Casilla de Verificación	No	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No
	Memoria explicativa de la naturaleza, fines y actividades del proyecto presentado	Casilla de Verificación	No	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No
Proyecto técnico, incluido el certificado de dirección de obra. Firmado por técnico competente y visado por el Colegio Profesional correspondiente::				

CAMPO	DESCRIPCIÓN	TIPO DATO	OBLIGATORIO	POSIBLES VALORES
	Memoria del Proyecto Técnico que es conforme a ley en materia de urbanismo, construcción, instalaciones y seguridad.	Casilla de Verificación	No	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No
	Documentación acreditativa del cumplimiento del Decreto 31/2003 (Reglamento de Prevención de Incendios). Planos de conjunto y detalle que permita la perfecta localización del centro así como la localización del mobiliario.	Casilla de Verificación	No	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No
	Planos de instalaciones teniendo en cuenta la Ley 8/1993 (Promoción de accesibilidad y Supresión de barreras arquitectónicas)	Casilla de Verificación	No	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No
	Relación del equipamiento	Casilla de Verificación	No	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No
E) DOCUMENTACION ESPECIFICA PARA AUTORIZACION DE MODIFICACION POR CAMBIO DE ESTRUCTURA				
	Memoria explicativa de la naturaleza, fines y actividades de la modificación solicitada.	Casilla de Verificación	No	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No
	Planos a escala de conjunto y de detalle del inmueble con localización de los equipos, mobiliario e instalaciones.	Casilla de Verificación	No	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No
F) DOCUMENTACION ESPECIFICA PARA AUTORIZACION DE MODIFICACION POR CAMBIO DE LA OFERTA ASISTENCIAL				
	Memoria explicativa de la naturaleza, fines y actividades de la modificación solicitada.	Casilla de Verificación	No	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No
	Nueva plantilla del centro suscrita por el Director Técnico.	Casilla de Verificación	No	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No
	Certificados de colegiación	Casilla de Verificación	No	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No
	Pólizas de responsabilidad civil de los profesionales sanitarios	Casilla de Verificación	No	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No
	Planos a escala de conjunto y de detalle del inmueble con localización de los equipos, mobiliario e instalaciones.	Casilla de Verificación	No	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No
G) DOCUMENTACION ESPECIFICA PARA LA AUTORIZACION DE MODIFICACION POR CAMBIO DE TITULARIDAD				
	Documento notarial de que se ha efectuado la transmisión	Casilla de Verificación	No	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No
	Documento de titularidad de la disponibilidad jurídica del inmueble.	Casilla de Verificación	No	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No

CAMPO	DESCRIPCIÓN	TIPO DATO	OBLIGATORIO	POSIBLES VALORES
Seguro de continente y contenido a nombre del nuevo titular		Casilla de Verificación	No	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No
En su caso:				
Contratos con otros servicios a nombre del nuevo titular		Casilla de Verificación	No	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No
Contrato con empresa autorizada para retirada de residuos biosanitarios a nombre del nuevo titular		Casilla de Verificación	No	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No
H) DOCUMENTACION ESPECIFICA PARA AUTORIZACION DE RENOVACION				
En caso de no haberse producido ningún cambio en las condiciones en las que se concedió la anterior resolución de autorización de funcionamiento, presentará declaración responsable donde se indiquen tales circunstancias		Casilla de Verificación	No	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No
Certificado de colegiación expedido por el Colegio Profesional correspondiente, en su caso.		Casilla de Verificación	No	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No
Acreditación de que se observan las normas que sobre prevención de riesgos laborales se establecen en la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos laborales y Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención.		Casilla de Verificación	No	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No
Inscripción en el Registro de la Agencia de Protección de Datos en relación con el archivo de las historias clínicas (Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal)		Casilla de Verificación	No	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No
9.- OBSERVACIONES				
Observaciones	Observaciones del centro	Texto Libre	No	Al menos 15 líneas cumplimentables
Información Institucional				
No deseo recibir información institucional de la Comunidad de Madrid	No deseo recibir información institucional de la Comunidad de Madrid	Casilla de Verificación	No	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No