



Declaración responsable para la renovación de la autorización de funcionamiento de centros, servicios y establecimientos sanitarios

1.- Datos del Centro:

Tipo de vía		Nombre vía		Nº	
Piso		Puerta		CP	
				Localidad	
				Provincia	

2.- Datos del Titular del Centro:

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

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

3.- Datos del Representante del Centro:

NIF		Nombre	
Apellidos		Teléfono	
Teléfono móvil		Correo Electrónico	
Tipo de vía		Nombre vía	
Piso		Localidad	
		Provincia	

4.- Medio de notificación:

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

5.- Tipología de centro:

<input type="radio"/> C.2.1 Consultas médicas	<input type="radio"/> C.2.4 Centros polivalentes.
<input type="radio"/> C.2.2 Consultas de otros profesionales sanitarios	<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.2.5.90 Otros centros especializados, con oferta asistencial U.5 Vacunación o U.71 Atención sanitaria a drogodependientes	

6.- 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 Geriatría.	<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.90 Medicina preventiva.
<input type="checkbox"/>	U.22 Cuidados intermedios neonatales.	<input type="checkbox"/>	U.57 Rehabilitación.	<input type="checkbox"/>	U.91 Medicina educ. física y deporte.
<input type="checkbox"/>	U.23 Cuidados intensivos neonatales.	<input type="checkbox"/>	U.58 Hidrología.	<input type="checkbox"/>	U.92 Medicina hiperbárica.
<input type="checkbox"/>	U.24 Reumatología.	<input type="checkbox"/>	U.59 Fisioterapia.	<input type="checkbox"/>	U.93 Extracción de órganos.
<input type="checkbox"/>	U.25 Obstetricia.	<input type="checkbox"/>	U.60 Terapia ocupacional.	<input type="checkbox"/>	U.94 Trasplante de órganos.
<input type="checkbox"/>	U.26 Ginecología.	<input type="checkbox"/>	U.61 Logopedia.	<input type="checkbox"/>	U.95 Obtención de tejidos.
<input type="checkbox"/>	U.27 Inseminación artificial.	<input type="checkbox"/>	U.62 Foniatría.	<input type="checkbox"/>	U.96 Implantación de tejidos.
<input type="checkbox"/>	U.28 Fecundación in vitro.	<input type="checkbox"/>	U.63 Cirugía mayor ambulatoria.	<input type="checkbox"/>	U.97 Banco de tejidos.
<input type="checkbox"/>	U.29 Banco de semen.	<input type="checkbox"/>	U.64 Cirugía menor ambulatoria.	<input type="checkbox"/>	U.98 Medicina aeronáutica.
<input type="checkbox"/>	U.30 Laboratorio de semen para captación espermática.	<input type="checkbox"/>	U.65 Hospital de día.	<input type="checkbox"/>	U.99 Medicina del trabajo.
<input type="checkbox"/>	U.31 Banco de embriones.	<input type="checkbox"/>	U.66 Atención sanitaria domiciliaria.	<input type="checkbox"/>	U.100 Transporte sanitario (carretera, aéreo, marítimo).
<input type="checkbox"/>	U.32 Recuperación de oocitos.	<input type="checkbox"/>	U.67 Cuidados paliativos.	<input type="checkbox"/>	U.101 Terapias no convencionales.
<input type="checkbox"/>	U.33 Planificación familiar.	<input type="checkbox"/>	U.68 Urgencias.	<input type="checkbox"/>	U.900 Otras unidades asistenciales.
<input type="checkbox"/>	U.34 Interrupción voluntaria embarazo.	<input type="checkbox"/>	U.69 Psiquiatría.		
<input type="checkbox"/>	U.35 Anestesia y Reanimación.				

7.- Declaración Responsable

Declaro bajo mi responsabilidad:

- Cumplir con los requisitos establecidos en el artículo 13 del Decreto 51/2006, de 15 de junio, del Consejo de Gobierno, regulador del Régimen Jurídico y Procedimiento de Autorización y Registro de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios de la Comunidad de Madrid, para la renovación de la autorización de funcionamiento de un centro, servicio o establecimiento sanitario.
- Disponer de la documentación que acredita el cumplimiento de los citados requisitos, poniéndola a disposición de la Administración cuando le sea requerida.
- Que se compromete a mantener el cumplimiento de dichos requisitos durante el periodo de su renovación, notificando cualquier cambio o modificación que se produzca, de conformidad con lo establecido en el artículo 21.i) del Decreto 51/2006, de 15 de junio.
- Que presenta esta declaración responsable con una antelación mínima de tres meses a la fecha de finalización de la vigencia de la autorización de funcionamiento.
- Que en relación con la autorización de funcionamiento cuya renovación se solicita mediante la presente declaración responsable, no se ha realizado ninguna modificación en la estructura del centro, en su oferta asistencial, equipamiento o titularidad.



Comunidad de Madrid

- Que conoce que la inexactitud, falsedad u omisión, de carácter esencial, de cualquier dato o información que se incorpore a la presente declaración responsable, o la no presentación de la documentación que le sea en su caso requerida para acreditar el cumplimiento de lo declarado, determinará la imposibilidad de continuar con el ejercicio de la actividad desde el momento en que se tenga constancia de tales hechos, sin perjuicio de las responsabilidades penales, civiles o administrativas a que hubiera lugar.

8.- 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 "Autorización de Centros Sanitarios", cuya finalidad es la gestión de autorizaciones de centros, servicios y establecimientos sanitarios, y no podrán ser cedidos, salvo las cesiones previstas en la Ley. Los datos formarán parte, asimismo, del Registro y Catálogo de Centros y Establecimientos Sanitarios, capítulo 4 del Decreto 51/2006. 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. Para cualquier cuestión relacionada con esta materia, o si tiene Vd. alguna sugerencia que permita mejorar este impreso, puede dirigirse al teléfono de información administrativa 012

DESTINATARIO

Consejería de Sanidad - Dirección General de Inspección y Ordenación
Subdirección General de Autorización y Acreditación de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios

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. 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"
2. DATOS DE EL/LA TITULAR DEL CENTRO				
NIF		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	Numérico	No	[0-9]
Teléfono móvil	Número de teléfono móvil	Numérico	No	[0-9]
Correo electrónico		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	No	
Piso	Planta de la dirección	Alfanumérico	No	

Comunidad de Madrid

CAMPO	DESCRIPCIÓN	TIPO DATO	OBLIGATORIO	POSIBLES VALORES
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
3. DATOS DEL REPRESENTANTE DEL CENTRO				
NIF		Alfanumérico	No	[nº][letra]; 8 dígitos (completando con ceros a la izquierda) + 1 dígito letra.
Nombre		Texto Libre	No	
Apellidos		Texto Libre	No	
Teléfono fijo	Número de teléfono fijo	numérico	No	0-9
Teléfono Movil	Número teléfono móvil	numérico	No	0-9
Correo electrónico		Alfanumérico	No	Comprobar que sea un correo electrónico válido
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
4. MEDIO DE NOTIFICACIÓN				
Tipo de Notificación	<ul style="list-style-type: none"> De forma telemática 			
5. TIPOLOGÍA DE CENTRO				



Comunidad de Madrid

CAMPO	DESCRIPCIÓN	TIPO DATO	OBLIGATORIO	POSIBLES VALORES
Tipología de centro	Opción que permite especificar el tipo de centro	Botón de opción	Sí	C.2.1 Consultas médicas. C.2.2 Consultas de otros profesionales sanitarios. C.2.3.2 Consultorios de atención primaria. C.2.4 Centros Polivalentes. C.2.5.10 Centros de reconocimiento. C.2.5.11 Centros de salud mental. C.2.5.90 Otros centros especializados.
6. TIPO DE UNIDAD				
U.1 Medicina general/de familia.		Casilla de Verificación	No	
U.2 Enfermería.		Casilla de Verificación	No	
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	



Comunidad de Madrid

CAMPO	DESCRIPCIÓN	TIPO DATO	OBLIGATORIO	POSIBLES VALORES
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	
8.- 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