



Declaración Responsable para el cierre de centros, servicios y establecimientos

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 fijo	
Teléfono móvil		Correo Electrónico	
Tipo de vía		Nombre vía	
			Nº
Piso		Puerta	
		Localidad	
		Provincia	

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

3.- Datos de e Representante del Centro

NIF		Nombre	
Apellidos		Teléfono	
Teléfono móvil		Correo Electrónico	
Tipo de vía		Nombre vía	
			Nº
Piso		Puerta	
		Localidad	
		Provincia	

4.- 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.

5.- Tipología del 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.



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 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 Foniatría.	<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.				



7.- Declaración Responsable

Declaro bajo mi responsabilidad:

- Que va a proceder a finalizar de modo definitivo la actividad del centro autorizado.
- A estos efectos, la presente Declaración Responsable, implica la posesión de los documentos que se detallan a continuación, que se pondrán a disposición de la Administración cuando le sean requeridos:
 - Memoria justificativa del cierre, en la que se hagan constar las causas del mismo (traslado, jubilación, cese...), fases previstas y forma secuencial de la supresión de la actividad.
 - Conservación de la documentación clínica en condiciones que garanticen su correcto mantenimiento y seguridad, de conformidad con lo establecido en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
 - En el supuesto de que el centro posea instalaciones radiactivas, baja de los aparatos en el registro de la Dirección General de Industria, Energía y Minas de la Consejería de Economía, Empleo y Hacienda de la Comunidad de Madrid.
- Que comunicará cualquier cambio o modificación de los datos contenidos en la presente declaración responsable.
- 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, podrá dar lugar a 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 vía 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 DEL 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	
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	



CAMPO		DESCRIPCIÓN	TIPO DATO	OBLIGATORIO	POSIBLES VALORES
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					



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
---------------------	--	--	-----------------	----	--



CAMPO		DESCRIPCIÓN	TIPO DATO	OBLIGATORIO	POSIBLES VALORES
					organización no sanitaria
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	
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