

# FORMULARIO COMUNICACIÓN DE MODIFICACIONES NO SUSTANCIALES, CIERRE DEFINITIVO Y CESE TEMPORAL DE ACTIVIDAD DE CENTROS, SERVICIOS Y ESTABLECIMIENTOS SANITARIOS **Nº 5**

(Formato Interactivo)

## A. DATOS IDENTIFICATIVOS DEL SOLICITANTE

|  |  |                                 |                                  |                           |
|--|--|---------------------------------|----------------------------------|---------------------------|
| APELLIDOS<br>HAGA CLICK O PULSE AQUÍ PARA ESCRIBIR TEXTO   |  | NOMBRE<br>ESCRIBIR TEXTO        |                                  | DNI/NIE<br>ESCRIBIR TEXTO |
| DOMICILIO (CALLE O PLAZA, NÚMERO, PUERTA, PISO, LETRA) (A efectos de notificación)<br>ESCRIBIR TEXTO |  |                                 |                                  | C.P.<br>ESCRIBIR TEXTO    |
| LOCALIDAD<br>ESCRIBIR TEXTO  | PROVINCIA<br>ESCRIBIR TEXTO              | TELÉFONO FIJO<br>ESCRIBIR TEXTO | TELÉFONO MÓVIL<br>ESCRIBIR TEXTO | FAX<br>ESCRIBIR TEXTO     |
| E-MAIL<br>ESCRIBIR TEXTO   | TITULAR: PERSONA FÍSICA PERSONA JURÍDICA |                                 |                                  | REPRESENTANTE LEGAL       |

## B. DATOS IDENTIFICATIVOS DEL CENTRO, SERVICIO O ESTABLECIMIENTO SANITARIO

|  |                                 |                                  |   |                             |
|--|---------------------------------|----------------------------------|---|-----------------------------|
| DENOMINACIÓN<br>ESCRIBIR TEXTO   |                                 |                                  |   |                             |
| DOMICILIO (CALLE O PLAZA, NÚMERO, PUERTA, PISO, LETRA) (A efectos de notificación)<br>ESCRIBIR TEXTO |                                 |                                  | C.P.<br>TEXTO   | LOCALIDAD<br>ESCRIBIR TEXTO |
| PROVINCIA<br>ESCRIBIR TEXTO  | TELÉFONO FIJO<br>ESCRIBIR TEXTO | TELÉFONO MÓVIL<br>ESCRIBIR TEXTO | E-MAIL<br>ESCRIBIR TEXTO  | PAG. WEB.<br>ESCRIBIR TEXTO |
| TITULAR DEL CENTRO, SERVICIO O ESTABLECIMIENTO<br>ESCRIBIR TEXTO                                     |                                 |                                  | DNI/NIE/CIF DEL TITULAR NUM. REGISTRO AUTONÓMICO<br>ESCRIBIR TEXTO  |                             |
| TIPO Y CÓDIGO DE CENTRO O ESTABLECIMIENTO (Indicar según tipología)<br>↓                             |                                 |                                  | OFERTA ASISTENCIAL (Selección múltiple de Unidades Asistenciales + Cód. Ident. "U")<br>Relación completa de los servicios o unidades autorizados según se establece en el <b>Anexo I</b> del Real Decreto 1277/2003, de 10 de Octubre.<br>↓ |                             |
| ①  |                                 |                                  |   |                             |
| ②  |                                 |                                  |   |                             |
| ③  |                                 |                                  |   |                             |
| ④  |                                 |                                  |   |                             |
| ⑤  |                                 |                                  |   |                             |

## C. SOLICITUD *No es necesario imprimir, ni escanear esta instancia rellenable para firmar electrónicamente al final del documento.*

El abajo firmante notifica las modificaciones producidas que se especifican a continuación (Marcar una "X")

|   |
|---|
| <b>COMUNICACIÓN DE VARIACIONES</b> - No sujeto al abono de tasas -  |
| Toda la documentación correspondiente se deberá presentar por tramitación electrónica en Registro-e (REC) |

## D. DOCUMENTACIÓN REQUERIDA

|  |  |
|--|--|
| <p><b>CIERRE DEFINITIVO DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL</b></p> <p>Adjuntar memoria justificativa y descriptiva del cierre definitivo según calendario previsto.</p> | <p><b>MODIFICACIONES NO SUSTANCIALES</b></p> <p><b>SUSTITUCIÓN DEL DIRECTOR TÉCNICO RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD SANITARIA</b><br/>(Nombramiento con aceptación del nuevo Director técnico)</p> <p><b>SUSTITUCIÓN (ALTAS/BAJAS) DE PROFESIONALES SANITARIOS</b> (Titulación nuevos profesionales sanitarios, DNI/NIE, Relación laboral, Colegiación, Seguro Resp. Civil)</p> <p><b>CAMBIO DE LA DENOMINACIÓN DEL CENTRO, SERVICIO O ESTABLECIMIENTO SANITARIO</b></p> <p><b>NUEVA DENOMINACIÓN / NOMBRE</b> (Consignar)</p> |
| <p><b>CESE TEMPORAL DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL</b></p> <p>Comunicación relativa al aviso de cese parcial de actividades.</p>                                    |  |

### Normativa

- Ley 7/2002, de 10 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de Cantabria.
- 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 26/2014, de 29 de mayo, por el que se regula el procedimiento de autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios de la C. A. de Cantabria.

CONSULTE LAS INSTRUCCIONES PARA LA CORRECTA CUMPLIMENTACIÓN DE ESTE FORMULARIO-SOLICITUD EN LA PÁG. WEB DEL PORTAL INSTITUCIONAL: [www.saludcantabria.es](http://www.saludcantabria.es)

A efectos de presentación, en plazo las solicitudes rellenas, (**obligación exclusiva a relacionarse electrónicamente con la Administración**) **NO utilice buzones, ni otras formas de envío distintas a las señaladas para inscripción, a través de la Sede Electrónica del Registro Común de Cantabria (REC) o de otros registros administrativos oficiales.**

CONSENTIMIENTO EXPRESO PARA TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES (LOPDGDD)

[Acepto el Aviso Legal y la Política de Privacidad](#)



## E. CLASIFICACIÓN TIPO DE CENTRO, SERVICIO O ESTABLECIMIENTO SANITARIO

Marcar con una "X".

|   |   |
|---|---|
| <p><b>C.1 Hospitales (Centros con internamiento)</b></p> <p><input type="checkbox"/> C.1.1 Hospitales generales</p> <p><input type="checkbox"/> C.1.2 Hospitales especializados</p> <p><input type="checkbox"/> C.1.3 Hospitales de media y larga estancia</p> <p><input type="checkbox"/> C.1.4 Hospitales de salud mental y tratamiento de toxicomanías</p> <p><input type="checkbox"/> C.1.90 Otros centros con internamiento</p> <p><b>C.2 Proveedores de asistencia sanitaria sin internamiento</b></p> <p><input type="checkbox"/> C.2.1 Consultas médicas</p> <p><input type="checkbox"/> C.2.2 Consultas de otros profesionales sanitarios<br/><i>Diferente de Medicina y Odontología</i></p> <p><input type="checkbox"/> C.2.3 Centros de Atención primaria</p> <p><input type="checkbox"/> C.2.3.1 Centros de Salud</p> <p><input type="checkbox"/> C.2.3.2 Consultorios de Atención primaria</p> <p><input type="checkbox"/> C.2.4 Centros polivalentes</p> <p><input type="checkbox"/> C.2.5 Centros especializados</p> <p><input type="checkbox"/> C.2.5.1 Clínicas dentales</p> <p><input type="checkbox"/> C.2.5.2 Centros de Reproducción humana</p> <p><input type="checkbox"/> C.2.5.3 Centros de interrupción voluntaria del embarazo</p> <p><input type="checkbox"/> C.2.5.4 Centros de cirugía mayor ambulatoria</p> | <p><input type="checkbox"/> C.2.5.5 Centros de diálisis</p> <p><input type="checkbox"/> C.2.5.6 Centros de diagnóstico<br/><i>Análisis clínico / anatomía patológica / diagnóstico por imagen</i></p> <p><input type="checkbox"/> C.2.5.7 Centros móviles de asistencia sanitaria</p> <p><input type="checkbox"/> C.2.5.8 Centros de transfusión</p> <p><input type="checkbox"/> C.2.5.9 Banco de tejidos</p> <p><input type="checkbox"/> C.2.5.10 Centros de reconocimiento</p> <p><input type="checkbox"/> C.2.5.11 Centros de salud mental y toxicomanías</p> <p><input type="checkbox"/> C.2.5.90 Otros centros especializados</p> <p><input type="checkbox"/> C.2.90 Otros proveedores de asistencia sanitaria sin internamiento</p> <p><b>C.3 Servicios sanitarios integrados en una organización no sanitaria</b><br/><i>Balneario / Residencia de Mayores / Centro Penitenciario / Otros</i></p> <p><b>E-Establecimientos sanitarios</b></p> <p><input type="checkbox"/> E.1 Oficinas de farmacia</p> <p><input type="checkbox"/> E.2 Botiquines</p> <p><input type="checkbox"/> E.3 Ópticas</p> <p><input type="checkbox"/> E.4 Ortopedias</p> <p><input type="checkbox"/> E.5 Establecimientos de audioprótesis</p> |
|---|---|

## F. OFERTA ASISTENCIAL Marcar con una "X" las Unidades Asistenciales.

|   |   |  |
|---|---|--|
| <p><input type="checkbox"/> U.1 Medicina general/de familia</p> <p><input type="checkbox"/> U.2 Enfermería</p> <p><input type="checkbox"/> U.3 Enfermería obstétrico-ginecológica</p> <p><input type="checkbox"/> U.4 Podología</p> <p><input type="checkbox"/> U.5 Vacunación</p> <p><input type="checkbox"/> U.6 Alergología</p> <p><input type="checkbox"/> U.7 Cardiología</p> <p><input type="checkbox"/> U.8 Dermatología</p> <p><input type="checkbox"/> U.9 Aparato Digestivo</p> <p><input type="checkbox"/> U.10 Endocrinología</p> <p><input type="checkbox"/> U.11 Nutrición y Dietética</p> <p><input type="checkbox"/> U.12 Geriátrica</p> <p><input type="checkbox"/> U.13 Medicina Interna</p> <p><input type="checkbox"/> U.14 Nefrología</p> <p><input type="checkbox"/> U.15 Diálisis</p> <p><input type="checkbox"/> U.16 Neumología</p> <p><input type="checkbox"/> U.17 Neurología</p> <p><input type="checkbox"/> U.18 Neurofisiología</p> <p><input type="checkbox"/> U.19 Oncología</p> <p><input type="checkbox"/> U.20 Pediatría</p> <p><input type="checkbox"/> U.21 Cirugía pediátrica</p> <p><input type="checkbox"/> U.22 Cuidados intermedios neonatales</p> <p><input type="checkbox"/> U.23 Cuidados intensivos neonatales</p> <p><input type="checkbox"/> U.24 Reumatología</p> <p><input type="checkbox"/> U.25 Obstetricia</p> <p><input type="checkbox"/> U.26 Ginecología</p> <p><input type="checkbox"/> U.27 Inseminación artificial</p> <p><input type="checkbox"/> U.28 Fecundación in Vitro</p> <p><input type="checkbox"/> U.29 Banco de semen</p> <p><input type="checkbox"/> U.30 Laboratorio de semen para capacitación espermática</p> <p><input type="checkbox"/> U.31 Banco de embriones</p> <p><input type="checkbox"/> U.32 Recuperación de oocitos</p> <p><input type="checkbox"/> U.33 Planificación familiar</p> <p><input type="checkbox"/> U.34 Interrupción voluntaria del embarazo</p> <p><input type="checkbox"/> U.35 Anestesia y Reanimación</p> | <p><input type="checkbox"/> U.36 Tratamiento del dolor</p> <p><input type="checkbox"/> U.37 Medicina Intensiva</p> <p><input type="checkbox"/> U.38 Quemados</p> <p><input type="checkbox"/> U.39 Angiología y Cirugía Vasculat</p> <p><input type="checkbox"/> U.40 Cirugía cardíaca</p> <p><input type="checkbox"/> U.41 Hemodinámica</p> <p><input type="checkbox"/> U.42 Cirugía torácica</p> <p><input type="checkbox"/> U.43 Cirugía general y digestivo</p> <p><input type="checkbox"/> U.44 Odontología y Estomatología</p> <p><input type="checkbox"/> U.45 Cirugía maxilofacial</p> <p><input type="checkbox"/> U.46 Cirugía plástica y reparadora</p> <p><input type="checkbox"/> U.47 Cirugía estética</p> <p><input type="checkbox"/> U.48 Medicina estética</p> <p><input type="checkbox"/> U.49 Neurocirugía</p> <p><input type="checkbox"/> U.50 Oftalmología</p> <p><input type="checkbox"/> U.51 Cirugía refractiva</p> <p><input type="checkbox"/> U.52 Otorrinolaringología</p> <p><input type="checkbox"/> U.53 Urología</p> <p><input type="checkbox"/> U.54 Litotricia renal</p> <p><input type="checkbox"/> U.55 Cirugía ortopédica y Traumatología</p> <p><input type="checkbox"/> U.56 Lesionados medulares</p> <p><input type="checkbox"/> U.57 Rehabilitación</p> <p><input type="checkbox"/> U.58 Hidrología</p> <p><input type="checkbox"/> U.59 Fisioterapia</p> <p><input type="checkbox"/> U.60 Terapia ocupacional</p> <p><input type="checkbox"/> U.61 Logopedia</p> <p><input type="checkbox"/> U.62 Foniatria</p> <p><input type="checkbox"/> U.63 Cirugía mayor ambulatoria</p> <p><input type="checkbox"/> U.64 Cirugía menor ambulatoria</p> <p><input type="checkbox"/> U.65 Hospital de día</p> <p><input type="checkbox"/> U.66 Atención sanitaria domiciliaria</p> <p><input type="checkbox"/> U.67 Cuidados paliativos</p> <p><input type="checkbox"/> U.68 Urgencias</p> <p><input type="checkbox"/> U.69 Psiquiatría</p> <p><input type="checkbox"/> U.70 Psicología clínica</p> <p><input type="checkbox"/> U.71 Atención sanitaria a drogodependientes</p> | <p><input type="checkbox"/> U.72 Obtención de muestras</p> <p><input type="checkbox"/> U.73 Análisis clínicos</p> <p><input type="checkbox"/> U.74 Bioquímica clínica</p> <p><input type="checkbox"/> U.75 Inmunología</p> <p><input type="checkbox"/> U.76 Microbiología y Parasitología</p> <p><input type="checkbox"/> U.77 Anatomía patológica</p> <p><input type="checkbox"/> U.78 Genética clínica</p> <p><input type="checkbox"/> U.79 Hematología clínica</p> <p><input type="checkbox"/> U.80 Laboratorio de hematología</p> <p><input type="checkbox"/> U.81 Extracción de sangre para donación</p> <p><input type="checkbox"/> U.82 Servicio de transfusión (Bancos de sangre)</p> <p><input type="checkbox"/> U.83 Farmacia</p> <p><input type="checkbox"/> U.84 Depósito de medicamentos</p> <p><input type="checkbox"/> U.85 Farmacología clínica</p> <p><input type="checkbox"/> U.86 Radioterapia</p> <p><input type="checkbox"/> U.87 Medicina nuclear</p> <p><input type="checkbox"/> U.88 Radiodiagnóstico</p> <p><input type="checkbox"/> U.89 Asistencia a lesionados y contaminados por elementos radiactivos y radiaciones</p> <p><input type="checkbox"/> U.90 Medicina preventiva</p> <p><input type="checkbox"/> U.91 Medicina de la educación física y el deporte</p> <p><input type="checkbox"/> U.92 Medicina hiperbárica</p> <p><input type="checkbox"/> U.93 Extracción de órganos</p> <p><input type="checkbox"/> U.94 Trasplante de órganos</p> <p><input type="checkbox"/> U.95 Obtención de tejidos</p> <p><input type="checkbox"/> U.96 Implantación de tejidos</p> <p><input type="checkbox"/> U.97 Banco de tejidos</p> <p><input type="checkbox"/> U.98 Medicina aeronáutica</p> <p><input type="checkbox"/> U.99 Medicina del trabajo</p> <p><input type="checkbox"/> U.100 Transporte sanitario (carretera, aéreo, marítimo)</p> <p><input type="checkbox"/> U.101 Terapias no convencionales</p> <p><input type="checkbox"/> U.102 Medicina Legal y Forense</p> <p><input type="checkbox"/> U.103 Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia</p> <p><input type="checkbox"/> U.104 Banco de oocitos</p> <p><input type="checkbox"/> U.900 Otras unidades asistenciales<br/>Psicología General Sanitaria   Otros  </p> |
|---|---|--|

### INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES VINCULADOS AL TRATAMIENTO DEL REGISTRO DE CENTROS SANITARIOS

En cumplimiento del Reglamento General de Protección de Datos (Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016), se informa:

|                              |   |
|------------------------------|---|
| <b>Resp. del tratamiento</b> | Dirección General de Ordenación, Farmacia e Inspección. Servicio de Ordenación Sanitaria.   |
| <b>Finalidad</b>             | Mantenimiento y difusión actualizada de los centros, servicios y establecimientos sanitarios autorizados en la Comunidad Autónoma de Cantabria.   |
| <b>Legitimación</b>          | El tratamiento es necesario para el cumplimiento de una obligación legal aplicable al responsable del tratamiento. El tratamiento es necesario para el cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos conferidos al responsable del tratamiento. (RGPD, artículo 6.1, puntos c y e). |
| <b>Destinatarios</b>         | Público en general, a través de las páginas web de la Consejería de Sanidad y del Ministerio de Sanidad. Ministerio de Sanidad, para el mantenimiento y actualización del Registro Nacional de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios.  |
| <b>Derechos</b>              | El interesado tiene derecho de acceso, rectificación, supresión y resto de derechos que se explican en la información adicional.  |
| <b>Información adicional</b> | Puede consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en la siguiente página web:<br><a href="http://saludcantabria.es/index.php?page=PDSG">http://saludcantabria.es/index.php?page=PDSG</a>   |

|  |   |  |
|--|---|--|
| <p>En Santander, a</p> <p>(Click para Fecha)</p> <p>He sido <b>INFORMADO</b> de que esta Entidad va a tratar y guardar los datos aportados en la instancia y en la documentación que la acompaña para la realización de actuaciones y <b>PRESTA SU CONSENTIMIENTO</b> para que la entidad realice consultas de los datos de solicitante / representante a través de la Plataforma de Intermediación de Datos y otros servicios interoperables.</p> | <p>Firma El/La Solicitante (electrónica o rúbrica manuscrita digitalizada)</p> <p>RESERVADO FIRMA-e</p> <p></p> <p>VALIDAR AUTENTICIDAD</p> <p>(Espacio para Firma Digital con Certificado-Electrónico)</p> | <p><b>Códigos Internos (DIR3) de identificación de Unidades Orgánicas y Oficinas administrativas</b></p> <p>Unidad Tramitadora DGOFI: <b>A06029672</b></p> <p>Oficina de Registro: <b>000006455</b></p> <p><b>REGISTRO ELECTRÓNICO GENERAL (REC)</b></p> |
|--|---|--|