



FORMULARIO PARA LA AUTORIZACIÓN DE MODIFICACIONES SUSTANCIALES

Cambio Titular en Clinicas Dentales

Exp.Zkia. / Nº Exp.:

- FUNTSESKO ALDAKETAK TITULARRA ALDATZEA / AUTORIZACIÓN DE MODIFICACION POR CAMBIO DE LA PERSONA TITULAR**
(Markatu "X" batez eskatzen den baimen motari dagokion laukia / Ponga una cruz en el casillero correspondiente al tipo de autorización que se solicita)

I. ZENTROAREN DATUAK / DATOS DEL CENTRO

Zentroaren izena / <i>Nombre del Centro</i> :		
Baimena eskatzen duena / <i>Titular que solicita la autorización</i> :		
Ordezkarria / <i>Representante</i> :		
IFK-NAN / <i>C.I.F.-D.N.I.</i> :	Helbidea / <i>Dirección</i> :	
Udalerrria / <i>Municipio</i> :	PK / <i>C.P.</i> :	L / <i>T. Histórico</i> :
Telefonoa / <i>Teléfono</i> :	Faxa / <i>Fax</i> :	E-mail :
Jardueraren arduraduna / <i>Responsable de la actividad</i> :		
Deklaratzen den jarduera / <i>Actividad que se declara</i> :		

II. GIZA BALIABIDEAK / MEDIOS HUMANOS

(Langileen kopurua eta dagokien titulazioa azaldu / *Especificar nº de personas y titulación correspondiente*)

Mediku espezialistak / <i>Médicos especialistas en</i> :	
Mediku orokorrak / <i>Médicos generales</i> :	Erizain diplomadunak / <i>Diplomados en Enfermería</i> :
Psikologoak / <i>Psicólogos</i> :	Fisioterapeutak / <i>Fisioterapeutas</i> :
Odontologoak / <i>Odontólogos</i> :	Logopedak / <i>Logopedas</i> :
Podologoak / <i>Podólogos</i> :	Bestelakoak / <i>Otros</i> :

DATA ETA IZENPEA
*FECHA Y FIRMA*SARRERA ERREGISTROA
REGISTRO DE ENTRADA

DELEGADO TERRITORIAL DE SALUD DE _GIPUZKOA_ KO OSASUN LURRALDE ORDEZKARIA



Izaera pertsonaleko datuen babesari buruzko abenduaren 13ko 15/1999 Lege Organikoaren, eta Osasun Saileko izaera pertsonaleko datuen fitxategiak arautzen dituen 2005eko ekainaren 1eko Aginduaren arabera, jakinarazi nahi dizugu inprimaki honetan aurkezten dituzun datu pertsonalak "Antolamendu Sanitarioa" deritzon fitxategian sartuko direla, Eusko Jaurlaritzako Osasun Sailaren Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritzaren erantzukizunpean; bere helburua hauxe baita: zerbitzu jakin batzuk ematen dituzten zentro sanitarioak egiaztatzea, eta asistentzia-jarduera bakoitza zenbat zentrok egiten duen jakitea, baita osasun-publizitatea egin aurreko administrazio-baimenak eta haien geroagoko intzidentziak kudeatzea ere. Fitxategi honek dakartzan datuek nortasunarekin zerikusia izango dute, inguruabar pertsonalei eta sozialei buruzkoak izango dira, datu akademikoak eta profesionalak sartuko dira bertan, baita enpleguari buruzko xehetasunak eta merkataritzako informazioari buruzko datuak ere. Datu horiek guztiak, Osasun Ministerioari eta osasun arloan eskumena duten beste erakunde publiko batzuei utzi ahal izango zaizkie. Sarrera, zuzenketa, indargabetze eta oposizio eskubideak erabili nahi izanez gero, Eusko Jaurlaritzako Osasun Sailaren Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritzara, Donostia-San Sebastián kalea, 1 - 01010 Vitoria-Gasteiz, (Araba) jo beharko da.

De conformidad con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, y con la Orden de 1 de junio de 2005, por la que se regulan los ficheros de datos de carácter personal del Departamento de Sanidad, le informamos que los datos personales que usted aporta en este impreso serán incluidos en el fichero "Ordenación Sanitaria", bajo la responsabilidad de la Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria del Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco, cuya finalidad es la de acreditar los centros sanitarios en que se prestan determinados servicios, y conocer cuántos centros realizan cada actividad asistencial, además de gestionar las autorizaciones administrativas previas a la publicidad sanitaria y sus incidencias posteriores. Los datos que se incluyen en este fichero serán datos identificativos, de circunstancias personales y sociales, datos académicos y profesionales, de detalle de empleo y datos de información comercial. Estos datos podrán ser cedidos al Ministerio de Sanidad y a otros organismos públicos con competencia en materia sanitaria. El servicio donde se pueden ejercitar los derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición será la Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria del propio Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco, C/ Donostia-San Sebastián, 1 – 01010 Vitoria-Gasteiz (Alava).

OSASUN ZENTROEN BAIMENA ESKATZEKO ERANSKIN-ORRIA
ANEXO PARA LA AUTORIZACIÓN DE CENTROS SANITARIOS
Cambio Titular en Clínicas Dentales

- ❑ Zentro,zerbitzu edo establezimendu sanitarioen titular berria pertsona fisikoa bada,Nortasun Agiria, pasaportea edo bere nortasuna egiaztatzeke balio duen beste edozein agiri.
Si el nuevo titular del centro, servicio o establecimiento sanitario es una persona física, su Documento Nacional de Identidad, pasaporte u otro documento válido para acreditar su identidad.
- ❑ Zentro, zerbitzu eta establezimendu sanitarioaren titular berria pertsona juridiko bat bada, I identifiadore izenean jarduten duen pertsonaren ordezkariak egiaztatzen duen agiria eta Nortasun Agiria, pasaportea edo bere nortasuna egiaztatzeke balio duen beste edozein agiri.
Si el nuevo titular del centro, servicio o establecimiento sanitario es una persona jurídica, documento de constitución, estatutos, documento que demuestre la representación de la persona que actúa en su nombre y Documento de Identidad, pasaporte u otro documento válido para acreditar la identidad de ésta.
- ❑ Zentro, zerbitzu eta establezimendu sanitarioaren titularrak aldatu izana egiaztatzen duten agiriak.
Documento o documentos que demuestren el cambio de titularidad del centro, establecimiento o servicio sanitario.(Escrito de cese del titular anterior y escrito del nuevo titular).
- ❑ Zentro, zerbitzu eta establezimendu sanitarioaren deskripzio-memoria; bertan honakoak zehaztuko dira: bere kokalekua, ezaugarriak, instalazioak, barne-antolaketa eta eskaintza asistentziala eta jarduerak. Materialaren esterilizazioa eginez gero, idatzizko prozedura aurkeztu beharko da.
Memoria descriptiva del centro, servicio o establecimiento sanitario, en la que se especifique su ubicación, características, instalaciones, organización interna y oferta asistencial y actividades. En el caso de que en el centro se lleve a cabo esterilización de material, deberá aportar un procedimiento escrito.
- ❑ Pertsona sanitarioaren zerrenda, bakoitzari dagokion NANaren zenbakia, titulazioaren fotokopia eta kolegiario agiria. Zentroaren Jabea eta jarduera asistentzialaren Arduraduna pertsona bera ez badira, biek sinatutako ardura-deklarazio bat aurkeztu beharko da, eredu erantsiaren arabera.
Relación de personal, adjuntando número de DNI, fotocopia de las titulaciones respectivas y certificado de colegiación. Cuando el titular del Centro sea diferente del Responsable de la actividad asistencial, se deberá presentar una declaración de responsabilidad firmada por ambos según modelo adjunto.
- ❑ Hondakin sanitarioei dagokienean, Osasun Sailean, Hondakin Sanitarioen Kudeaketa Plana onartzeko eskaera egin duzunaren agiria aurkeztu behar duzu.
Respecto a los residuos sanitarios, debe adjuntar justificante de haber solicitado al Departamento de Sanidad la aprobación del Plan de Gestión de Residuos Sanitarios.
- ❑ "X" izpien ekipamendua edukiz gero, jarraian aipatzen diren agiriak ekarri behar dira:
En el caso de disponer de equipos de rayos X deberá aportar:
 - 1) Instalazioaren eta ekipamenduaren erregistroa, Industria Sailan egina.
Registro en el Departamento de Industria de todos los equipos de Rx disponibles en el centro.
 - 2) Kalitate Bermearen Programa.
Programa de Garantía de Calidad.
 - 3) Ekipamenduaren kalitatearen kontrola, ondokoa barne delarik:
Control de Calidad de cada uno de los Equipos, incluyendo:
 - *Pazienteetzako dosiaren estimazioa (instalazioak martxan urtebete baino gehiago baldin badarama)
Estimación de dosis a pacientes (en el caso de que la instalación lleve funcionando más de un año)
 - *Lanpostuetako eta bertara sartzea erraza den tokietako erradiazio mailaren egiaztatpena.
Verificación de los niveles de radiación en puestos de trabajo y lugares accesibles al público.
- ❑ Zentro bakoitzari dagokion tasa ordainketaren ziurtagiria, ondoko kontu-korrente hauetan, eta zentroaren entitateak edo jabea identifikatu egin behar da.
Justificante de ingreso del importe de la tasa correspondiente, en la cuenta que se indica, identificando el titular:
Caja Laboral-Euskadiko Kutxa3035.0060.47.0600900359

TASAREN ZENBATEKOA IMPORTE DE LAS TASAS	Instalatzeko eta Jarduera Instalación y Funcionamiento
Hortz Klinika Clínicas dentales	473,79 €



**ZENTRO SANITARIOEN JARDUERA ASISTENTZIALAREN ARDURADUNA IZENDATZEKO
IDAZKI-EREDUA**

**MODELO DE DESIGNACIÓN DE RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD ORGANIZATIVA ASISTENCIAL EN
CENTROS SANITARIOS**

Nik, NAN duen
jaunak/andreak,ko
..... kanean kokatuta dagoen
zentroaren administrazio-arduraduna,

..... titulu
akademikoa duen
..... jauna/andrea,
..... zenbakiarekin kolegiatua, zentroan
..... lan ordutegia betez,
agiri honen sinaduraz izendatzearen adostasuna erakusten
duena, jarduera asistentzialaren arduraduna **IZENDATZEN
DUT.**

**Halaber, jarduera asistentzialaren arduradunak bere
erantzukizuna utziz gero, sinatzaileek Osasun Lurralde
Ordezkaritzara bidalitako idazki baten bidez
jakinaraztera behartuta daude.**

*D./Dña., con DNI,
como representante del centro, sito en
la c/ de*

DESIGNO como responsable asistencial a:

*D./Dña..... con
D.N.I:, nº de Colegiado y titulación
académica y con el siguiente
horario de trabajo quien muestra su
conformidad ala designación con la firma de este documento.*

*Asimismo, en el caso de que el responsable asistencial cese en esa
función, los firmantes quedan obligados a comunicarlo por escrito a
la Delegación Territorial de Salud.*

.....koarena

Ena..... de de 201

ZENTROAREN ADMINISTRAZIO-ARDURADUNA
EL RESPONSABLE ADMINISTRATIVO DEL CENTRO

ZENTROAREN ASISTENTZIA-ARDURADUNA
EL RESPONSABLE ASISTENCIAL,

Izptua:

Fdo:

Izptua:

Fdo:

La autorización de instalación y funcionamiento y las renovaciones de autorización de las clínicas dentales están sujetan, entre otras normativas, a la Orden de 12 de noviembre de 2013, del Consejero de Salud, por la que se regulan los requisitos técnicos aplicables a los centros y servicios sanitarios en los que se realicen actividades quirúrgicas y/o procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos invasivos sin internamiento. Los requerimientos de dicha norma se refieren a parámetros estructurales, equipamiento, sistemas de información y calidad.

Con el fin de evaluar el cumplimiento de la norma, deberá responder a las cuestiones que se formulan en el documento anexo y remitírnoslo firmado junto al formulario de solicitud de funcionamiento o renovación.

NOMBRE DEL CENTRO:

Dirección:..... Nº piso.....

MUNICIPIO CP TERRITORIO HISTÓRICO Gipuzkoa

1. Cartera de servicios

- | | | | |
|----------------------|---------------------------------------------------------|----------------------------|---------------------------------------------------------|
| • <i>Ortodoncia</i> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | • <i>Implantes</i> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| • <i>Endodoncia</i> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | • <i>Cirugía oral</i> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| • <i>Periodoncia</i> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | • <i>Otros</i> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| • <i>Prótesis</i> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | • <i>Especificar</i> | |

En caso de realizar actividades que impliquen intervención de profesionales externos (implantes, prótesis):

Nombre del profesional

Nombre del establecimiento en el que desarrolla su actividad:

2. Estructura organizativa. Adjuntar relación de profesionales sanitarios y funciones.

.....
.....

3. Relación de equipamiento.

.....
.....
.....

4. ¿Dispone de Manual de Utilización y ficha técnica de los equipos? SI NO



5. ¿Dispone de documentos de consentimiento informado? SI NO
¿Dispone de seguro de responsabilidad civil? (adjuntar copia o certificado) SI NO
6. ¿Dispone de un protocolo con pautas para todo el personal del centro para la prevención de infecciones nosocomiales? SI NO
7. ¿Tiene un protocolo para la limpieza y desinfección del área de intervención? SI NO
8. ¿Mantiene un registro de las revisiones y reparaciones del equipo de esterilización? SI NO
9. ¿Dispone de Manuales de Procedimientos? SI NO
10. En el caso de realizar intervenciones de implantología y/o prótesis, dispone de un registro que asegure la trazabilidad de las piezas implantadas, incluyendo declaración de conformidad aportada por el profesional protésico? SI NO

EN EL CURSO DE LA INSPECCIÓN SE LE PODRÁ PEDIR QUE MUESTRE CUALQUIERA DE LOS DOCUMENTOS AQUÍ INDICADOS.

En, a de de 201..

Fdo: D/Dña.
DNI