

MODELO ORIENTATIVO DE MEMORIA DE CARACTERÍSTICAS XERAIS DO CENTRO/SERVIZO/ESTABLECIMENTO SANITARIO

Nome comercial:

Titular:

NIF:

I – CARACTERÍSTICAS DAS INSTALACIÓNS:

Identificación exterior mediante : Placa Rótulo Outro (indicar):

Indicar o número de estancias destinadas a: Despacho/consulta: _____, exploracións: _____,

curas _____, intervencións cirúrxicas _____, espera pacientes _____, aseos _____, outras

indicar: _____

As dependencias nas que se atopa este centro son:

Propiedade do titular Arrendadas polo titular

Cedidas por outro centro sanitario autorizado, indicar cal _____

outro: indicar: _____

II – HORARIO E DÍAS DE APERTURA:

Horario xeral do centro/servizo/establecemento:

Mañá de ___ a ___ horas

Tarde de ___ a ___ horas

Días semanais de funcionamento:

No caso dos centros/servizos Indicar si algunha unidade asistencial ten un horario diferente:

Unidade asistencial _____ Horario _____ Días _____

III– EQUIPAMENTO SANITARIO E ACTIVIDADES ASISTENCIAIS

Para centros/servizos:

Indicar se no centro/servizo sanitario conta con:

Equipo de Raios X Equipo de esterilización

Área cirúrxica Equipo de electroestimulación

Indicar se no centro/ servizo sanitario se realiza:

Sedación Procedementos diagnósticos invasivos Anestesia local

Indicar si no centro/servizo sanitario se realizan actividades de:

Obtención de tecidos Implante tecidos

Especificar tecido: _____

Actividades asistenciais de Reprodución Humana Asistida

Especificar: _____

Para os establecementos: indicar relación PNTs dos que dispón:

Para centros/servizos/establecementos:

Enumerar actividades específicas que se realizan por unidade asistencial ou actividade sanitaria así como o equipamento sanitario con que conta.

IV- ACTUACIÓN ANTE EMERXENCIAS (So para centros/servizos sanitarios)

Indicar si como consecuencia da actividade clínica que se vai a desenvolver no centro/servizo sanitario:

- Non é probable que ocorran emerxencias.
- É probable que ocorran emerxencias:

Equipamento do que se dispón para o abordaxe básico no caso de que ocorran emerxencias:

En caso de que ocorrese unha emerxencia, se contactaría cos servizos do 061 para o traslado do doente a un centro hospitalario asumindo os custos derivados da atención sanitaria e do traslado.

Centros coa oferta asistencial de Cirurxía Maior Ambulatoria:

Este centro dispón dunha vinculación cun centro hospitalario:

Nome do centro hospitalario:

Enderezo:

V- OUTRA INFORMACIÓN QUE CONSIDERE DE INTERESE

E para que conste e para os efectos de formar parte da documentación a presentar xunto coa solicitude de autorización sanitaria de funcionamento/modificación/renovación do centro/servizo/establecemento sanitario, asíñase o presente documento.

_____ , ____ de _____ de 201

O Titular ou representante legal

Asdo: _____