



**SOLICITUD DE LICENCIA SANITARIA
PARA ACTOS DE DISPOSICIÓN Y BANCOS DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y CÉLULAS.**

Antes de llenar este formato lea cuidadosamente el instructivo al reverso.
Llénesse con letra de molde legible o a máquina.

1.- DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre completo de la persona física o moral, propietaria del establecimiento

R.F.C.

Calle y Número

Colonia o Localidad

Delegación Política o Municipio

Entidad Federativa

Código Postal

Teléfono (s)

Nombre del Representante Legal (Sólo sí el interesado no realiza el trámite)

2.- DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

Nombre o Razón Social

R.F.C.

Calle y Número

Colonia o Localidad

Delegación política o Municipio

Entidad Federativa

Código Postal

Teléfono (s)

Tipo de Institución:

Pública

Privada

Social

3.- SOLICITUD DE LICENCIA SANITARIA PARA

Establecimientos donde se llevan a cabo actos de disposición de órganos, tejidos, células y sustancias con fines terapéuticos.

Público Privado Social

Establecimientos con banco de órganos, tejidos, y células.

Público Privado Social

Número de cédula profesional del responsable sanitario.

Fecha de inicio de operaciones del establecimiento.

Día

Mes

Año

4.- DOCUMENTOS QUE DEBEN PRESENTARSE

Planos, memoria descriptiva y equipamiento.

Aviso de responsable sanitario.

Copia de la licencia sanitaria del establecimiento donde se practican actos quirúrgicos u obstétricos.

Copia del acta de instalación del comité interno de trasplantes o banco.

Copia del protocolo de trabajo del establecimiento en materia de trasplantes o banco.

Copia de identificación oficial del propietario o representante legal.

Lugar y Fecha

Nombre del propietario o representante legal

Firma del propietario o Representante Legal

5.- CUESTIONARIO Y OTROS SERVICIOS

| Camas censables | Número | | Camas no censables | Número | |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Quirófanos | Número | | Salas de expulsión | Número | |
| | SI | NO | | SI | NO |
| Consulta externa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Banco de sangre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Laboratorio clínico | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Servicio de transfusión | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Laboratorio de histocompatibilidad | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cocina comedor | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rayos X | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lavandería | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Electrocardiografía | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cuarto de máquinas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Electroencefalograma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Planta de emergencia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tomografía axial computarizada | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ambulancia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Medicina nuclear | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hospitalización | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Anatomía patológica | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| Terapia intensiva | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| Terapia intermedia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |

INSTRUCTIVO DE LLENADO SOLICITUD DE LICENCIA SANITARIA PARA ACTOS DE DISPOSICIÓN Y BANCOS DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y CÉLULAS.

1.- DATOS DEL PROPIETARIO

- Anotar el nombre completo de la persona física o moral, propietaria del establecimiento.
- Anotar la clave del Registro Federal de Contribuyentes que corresponde al propietario.
- Anotar la Calle, Número, Colonia o Localidad, Delegación Política o Municipio, Entidad Federativa, Código Postal y Teléfono (s), sin abreviaturas.
- Anotar nombre del Representante Legal (Sólo si el interesado no realiza el trámite).

2.- DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

- Anotar el nombre completo o Razón Social del establecimiento, sin utilizar nombre abreviado con el que se le conozca ejemplo: Hospital de Ginecobstetricia Nuestra Señora de la Luz.
- Anotar la clave del Registro Federal de Contribuyentes que corresponde al establecimiento.
- Anotar la Calle, Número, Colonia o Localidad, Delegación Política o Municipio, Entidad Federativa, Código Postal y Teléfono (s), sin abreviaturas.
- Marcar con una X el tipo de institución a la que corresponde el establecimiento.

3.- SOLICITUD DE LICENCIA SANITARIA PARA

- Marcar con una X el tipo de establecimiento, para el cual se solicita la Licencia Sanitaria, (sí es el caso se puede solicitar más de una licencia).
- Anotar el número de cédula profesional del responsable sanitario.
- Anotar la fecha en que se iniciaron operaciones en el establecimiento, ejemplo 08/09/99.

4.- DOCUMENTOS QUE DEBEN PRESENTARSE

- Marcar con una X el documento que se anexa a la presente solicitud.
- Anotar el lugar y fecha en que se presenta el trámite.
- Anotar nombre y firma del Propietario o Representante Legal.

5.- CUESTIONARIO Y OTROS SERVICIOS

- Anotar el número de camas censables y no censables, quirófanos y salas de expulsión del establecimiento.
- Marcar con una X los servicios con que específicamente cuenta el establecimiento.

ESTE FORMATO ES DE LIBRE REPRODUCCIÓN. EN HOJA TAMAÑO CARTA.
LOS DOCUMENTOS NO DEBERÁN PRESENTAR ALTERACIONES, RASPADURAS O ENMENDADURAS.
EL DOCUMENTO SE PRESENTA POR DUPLICADO PARA EL ACUSE CORRESPONDIENTE.