

Anexo I

Parámetros indicadores de la calidad del agua de los vasos

Parámetros	Valor paramétrico	Notas	Condiciones para el cierre del vaso
Parámetros Físico-Químicos			
pH	7,2-8,0	(1)	Cuando los vasos estén por debajo de 6,0 o por encima de 9,0 se cerrará el vaso hasta la normalización del valor
Temperatura	24-30°C ≤ 36°C en hidromasaje	(2)	Cuando los valores superen los 40°C se cerrará el vaso hasta la normalización del valor
Transparencia	Que sea bien visible el desagüe de fondo		Cuando no se pueda distinguir el desagüe del fondo o el disco de Secchi
Potencial REDOX	Entre 250 y 900 mV	(3)	
Tiempo de recirculación		(4)	
Turbidez	≤ 5 UNF		Cuando los valores superen 20 UNF se cerrará el vaso hasta la normalización del valor
Desinfectante residual			
Cloro libre residual	0,5-2,0 mg/L Cl ₂	(5)	En caso de ausencia o superior a 5 mg/L se cerrará el vaso hasta normalización del valor. En el caso de las piscinas cubiertas, además, se intensificará la renovación del aire
Cloro combinado residual	≤ 0,6 mg/L Cl ₂	(5)	En caso de superar los 3 mg/L se cerrará el vaso hasta normalización del valor. En el caso de las piscinas cubiertas además se intensificará la renovación del aire
Bromo total	2-5 mg/L Br ₂	(6)	En caso de superar los 10 mg/L se cerrará el vaso hasta normalización del valor. En caso de piscinas cubiertas, además, se intensificará la renovación del aire
Ácido isocianúrico	≤ 75 mg/L	(7)	En caso de superar los 150 mg/L se cerrará el vaso hasta normalización del valor
Otros desinfectantes		(8)	Según lo dispuesto por la Consejería competente en materia sanitaria
Parámetros microbiológicos			
<i>Escherichia coli</i> (UFC o NMP en 100 ml)	0		En caso de sospecha o constatación de incumplimiento del valor paramétrico, se cerrará el vaso y se pondrán las medidas correctoras oportunas para que no exista un riesgo para la salud de los bañistas.
<i>Pseudomonas aeruginosa</i> (UFC o NMP en 100 ml)	0		
<i>Legionella spp</i> (UFC/L)	< 100	(9)	

- 1 Si los valores están fuera del rango se determinará el índice de Langelier, que deberá estar entre -0,5 y +0,5
- 2 Solo en el caso de vasos climatizados
- 3 Se medirá cuando los desinfectantes sean distintos del cloro o del bromo, y sus derivados
- 4 Tiempo (en horas) según las especificaciones y necesidades de la piscina para cumplir los parámetros de calidad
- 5 Se controlará cuando se use cloro o derivados de cloro como desinfectante
- 6 Se controlará cuando se use bromo como desinfectante
- 7 Se controlará cuando se utilicen derivados del ácido tricloroisocianúrico
- 8 Según lo dispuesto por la Consejería competente en materia sanitaria
- 9 En caso de vasos con aerosolización y climatización

Anexo II

Parámetros indicadores de la calidad del aire

Se medirán en el aire en el caso de piscinas cubiertas:

Parámetro	Valor paramétrico
Humedad relativa	< 65 %
Temperatura ambiente	La temperatura seca del aire de los locales que alberguen piscinas climatizadas se mantendrá entre 1 ° C y 2° C por encima de la del agua del vaso, excepto vasos de hidromasaje y terapéuticos.
CO ₂	La concentración de CO ₂ en el aire del recinto de los vasos cubiertos, no superará más de 500 ppm (en volumen) del CO ₂ del aire exterior.

Anexo III

Frecuencia mínima de muestreo para las piscinas públicas

Controles	En el agua	En el aire	Frecuencia mínima	Lugar de los controles
Inicial	Todos	Todos	Una vez según lo indicado en el apartado 1º del artículo 27.1.b)	En laboratorio y en los contadores de la piscina.
Rutina	pH, desinfectante residual, transparencia, turbidez, temperatura* y tiempo de recirculación	Todos	Dos veces al día, según lo indicado en el apartado 2º del artículo 27.1.b) y en el artículo 27.1.c)	In situ y en los contadores de la piscina.
Periódico	Todos	Todos	Al menos una vez al mes** y según lo indicado en el apartado 3º del artículo 27.1.b) y en el artículo 27.1.c)	En laboratorio y en los contadores de la piscina.

* En vasos climatizados

**El titular podrá solicitar a la Autoridad competente una reducción de la frecuencia de muestreo del control periódico, cuando tras dos años de autocontrol, todos los valores del control de rutina y control periódico hayan cumplido con los valores paramétricos del anexo I y, en su caso, II.

Frecuencia mínima de muestreo para las piscinas privadas

Controles	En el agua	Frecuencia mínima	Lugar de los controles
Rutina	pH, desinfectante residual y transparencia	Dos veces al día, según lo indicado en el artículo 27.2	In situ

Anexo IV

Dotación del botiquín¹

1. En las piscinas la dotación básica del botiquín será:

- ❖ Solución antiséptica y desinfectante del tipo:
 - Povidona yodada
 - Clorhexidina
 - Alcohol etílico 70%
 - Agua oxigenada
 - Solución de suero fisiológico
- ❖ Material de cura:
 - Apósitos

Vendas, incluyendo elásticas

- Gasas estériles
- Esparadrapo hipoalérgico y normal
- Guantes estériles

Tijeras de acero inoxidable

Pinzas

2. En las piscinas, la dotación básica del botiquín cuando exista personal socorrista, además de lo descrito en el apartado 1, deberá disponer de:

- Collarines con tamaño infantil y adulto
- Tubos de Guedel de diversos tamaños (cánulas orofaríngeas)
- Respirador artificial manual pediátrico y de adultos, con sus mascarillas correspondientes (Ambú)
- Tabla de columna rígida con sujeciones

Manta térmica

3. En las piscinas, la dotación básica del botiquín cuando exista personal sanitario, además de lo descrito en el apartado 1 y 2, deberán disponer de:

- Camilla
- Bombona de oxígeno
- Caudalímetro más vaso humidificador
- Gafas nasales o ventimask
- Analgésicos de administración oral
- Corticosteroides por vía tópica
- Antiinflamatorios no esteroideos de uso tópico
- Fonendoscopio

Esfingomanómetro

Férulas y tablillas para inmovilización

4. La dotación básica del local de primeros auxilios cuando exista personal médico, deberá disponer además de lo especificado en los apartados anteriores, del material necesario para poder realizar una RCP avanzada.

Jeringas

Agujas de inyección de distintos tamaños

Material de sutura

Tortores de goma

Salbutamol inhalador

Puntos de aproximación

- Hemostáticos locales
- Esterilizador de material de cura

Material necesario para intubación endotraqueal (laringoscopio) con pilas, con paleta para adultos y pediátrica, tubos endotraqueales, lubricante

Medicación de urgencia

¹ Para la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios, se tendrá en cuenta lo dispuesto en la legislación sanitaria que lo regula.

Anexo V

Notificación de incidencias ^{1 y 2} en piscinas

Datos de la piscina						
Provincia						
Municipio						
Dirección						
Denominación de la piscina						
Incidencia						
Fecha de la incidencia						
Tipo	Ahogamiento		Quemaduras graves			
	Ahogamiento con resultado de muerte		Electrocución			
	Lesiones medulares		Otros (especificar):			
	Traumatismos craneoencefálicos					
	Intoxicación por productos químicos					
Hospitalización (fecha)		Hospital				
Alta (fecha)		Fallecimiento (fecha)				
Datos del afectado						
Nombre y apellidos						
Fecha de nacimiento		CIF		Sexo		Edad
Domicilio						
Municipio						
Provincia						
Datos de notificación						
Fecha						
Organismo que notifica						
Médico que notifica						
Teléfono						

- (1) Todas las situaciones que deben notificarse se entienden como incidencias graves, quedando excluidos los cortes, golpes, quemaduras, roces y cualquier otra incidencia leve que se pueda producir
- (2) Se rellenará un parte por cada afectado

Anexo VI

Traslado de información al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

1. Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha.
2. Provincia:
3. Municipio:
4. Tipo de piscina:
 1. Tipo T1.
 2. Tipo T2.
 3. Tipo T3A.
 4. Tipo T3B.
5. Denominación de la piscina (No aplica a las piscinas tipo 3B):
6. Dirección postal:
7. Tipo de incidencia:
 - a) Ahogamiento.
 - b) Ahogamiento con resultado de muerte.
 - c) Lesiones medulares.
 - d) Traumatismos craneoencefálicos.
 - e) Quemaduras graves.
 - f) Electrocución.
 - g) Intoxicación por productos químicos.
 - h) Otras (especificar):

8. Fecha de la incidencia:
9. Número de afectados:
10. Sexo:
11. Edad:
12. Acciones:
 - a) Sin cierre de la piscina.
 - b) Con cierre temporal de la piscina.
 - c) Con cierre definitivo de la piscina.
13. Fecha de la notificación:
14. Organismo que notifica:

Anexo VII

Declaración responsable de apertura de piscinas

Titular

Si elige persona física son obligatorios los campos: tipo y número de documento, nombre y primer apellido

Persona física NIF NIE Número de documento

Nombre: 1º Apellido: 2º Apellido:

Si elige persona jurídica son obligatorios los campos: número de documento y razón social

Persona jurídica Número de documento:

Razón social:

Domicilio:

Provincia:

C.P.:

Población:

Teléfono:

Teléfono móvil:

Correo electrónico:

Horario preferente para recibir llamada:

Datos de la persona representante

NIF NIE Número de documento:

Nombre: 1º Apellido: 2º Apellido:

Domicilio:

Provincia:

C.P.:

Población:

Teléfono:

Teléfono móvil:

Correo electrónico:

Horario preferente para recibir llamada:

Si existe representante, las comunicaciones que deriven de este escrito se realizarán con el representante designado por el interesado.

Datos de la comunicación previa

Asunto: Presentación de la DECLARACIÓN RESPONSABLE de la apertura de una piscina, según Decreto 72/2017, de 10 de octubre de 2017

Expone:

1º Que se va a proceder a la APERTURA de la piscina señalada a partir de la siguiente fecha:

- Fecha de apertura:

2º Datos de la piscina:

— Denominación:

— Ubicación:

— Municipio:

— Código postal:

— Provincia:

— La piscina será: De uso público Tipo 1 Tipo 2

De uso privado Tipo 3A

(según artículo 2.1 del Decreto 72/2017, de 10 de octubre de 2017

Acreditación del cumplimiento de los requisitos

Declaraciones responsables:

La persona abajo firmante, en su propio nombre o en representación de persona interesada o entidad que se indica, declara que todos los datos consignados son veraces, declarando expresamente que:

La piscina cumple con los requisitos establecidos por la normativa vigente, y en particular los incluidos en el Decreto 72/2017, de 10 de octubre de 2017, por el que se establecen las condiciones higiénico-sanitarias de las piscinas.

Son ciertos los datos consignados en la presente solicitud comprometiéndose a probar documentalmente los mismos, cuando se le requiera para ello.

Igualmente la persona abajo firmante declara conocer que en el caso de falsedad en los datos y/o en la documentación aportados u ocultamiento de información, de la que pueda deducirse intención de engaño en beneficio propio o ajeno, podrá ser excluida de este procedimiento, ser objeto de sanción y, en su caso, los hechos se pondrán en conocimiento del Ministerio Fiscal por si pudieran ser constitutivos de un ilícito penal.

Autorización,

Según el artículo 28 de la Ley 39/2015, la Administración verificará todos estos datos, salvo que usted expresamente no autorice dicha comprobación:

NO: Los acreditativos de identidad.

NO: Los acreditativos de domicilio o residencia

En el caso de no autorizar la comprobación de los datos anteriores, se compromete a aportar la documentación pertinente.

Firma (DNI electrónico o certificado válido):

Organismo destinatario: Ayuntamiento de

Anexo VIII

Nº Procedimiento

040308
Código SIACI

MKOG

COMUNICACIÓN PREVIA DE REAPERTURA DE PISCINAS DE USO PÚBLICO

DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE

Si elige persona física son obligatorios los campos: tipo de documento, nombre y primer apellido

Persona física NIF NIE Número de documento

Nombre: 1º Apellido: 2º Apellido:

Si elige persona jurídica son obligatorios los campos: número de documento y razón social

Persona jurídica Número de documento:

Razón social:

Domicilio:

Provincia: C.P.: Población:

Teléfono: Teléfono móvil: Correo electrónico:

Horario preferente para recibir llamada:

DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE

NIF NIE Número de documento:

Nombre: 1º Apellido: 2º Apellido:

Domicilio:

Provincia: C.P.: Población:

Teléfono: Teléfono móvil: Correo electrónico:

Horario preferente para recibir llamada:

Si existe representante, las comunicaciones que deriven de este escrito se realizarán con el representante designado por el interesado.

Los datos de carácter personal que se faciliten mediante este formulario quedarán registrados en un fichero cuyo responsable es la Dirección General de Salud Pública y Consumo con la finalidad de gestión de las condiciones higiénico-sanitarias de las piscinas de uso público. Por ello pueden ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante dicho responsable o mediante tramitación electrónica. Para cualquier cuestión relacionada con esta materia puede dirigirse a las oficinas de información y registro o al correo electrónico protecciondatos@jccm.es

MEDIO POR EL QUE DESEA RECIBIR LA RESPUESTA
<input type="checkbox"/> Correo postal (De acuerdo con el artículo 14 de la Ley 39/2015, exclusivamente para aquellos que no estén obligados a la notificación electrónica) <input type="checkbox"/> Correo electrónico (Si elige o está obligado a la notificación electrónica compruebe que está usted registrado en la Plataforma https://notifica.jccm.es/notifica y que sus datos son correctos)
Datos de la comunicación previa
Asunto: <i>Presentación de la COMUNICACIÓN PREVIA de la reapertura de una piscina de uso público según Decreto 72/2017, de 10 de octubre de 2017</i>
Expone (<i>detalle el tema que plantea</i>): 1º Que se va a proceder a la REAPERTURA de la piscina señalada: - Fecha de reapertura: 2º Datos de la piscina - Denominación: - Ubicación: - Municipio: - Código Postal: - Provincia: - La piscina es de uso público clasificada según el artículo 2.1.a) del Decreto 72/2017, de 10 de octubre de 2017. como: <input type="checkbox"/> Tipo 1 <input type="checkbox"/> Tipo 2

Acreditación del cumplimiento de los requisitos
La persona abajo firmante, en su propio nombre o en representación de persona interesada o entidad que se indica, manifiesta expresamente que: <input type="checkbox"/> La piscina cumple con los requisitos establecidos por la normativa vigente, y en particular los incluidos en el Decreto 72/2017, de 10 de octubre de 2017 por el que se establecen las condiciones higiénico-sanitarias de las piscinas. <input type="checkbox"/> Son ciertos los datos consignados en la presente solicitud comprometiéndose a probar documentalmente los mismos, cuando se le requiera para ello. Igualmente la persona abajo firmante declara conocer que en el caso de falsedad en los datos y/o en la documentación aportados u ocultamiento de información, de la que pueda deducirse intención de engaño en beneficio propio o ajeno, podrá ser excluida de este procedimiento, ser objeto de sanción y, en su caso, los hechos se pondrán en conocimiento del Ministerio Fiscal por si pudieran ser constitutivos de un ilícito penal.
AUTORIZACIONES Según el artículo 28 de la Ley 39/2015, esta Consejería va a proceder a verificar todos estos datos, salvo que usted expresamente no autorice dicha comprobación. <input type="checkbox"/> NO: Los acreditativos de identidad. <input type="checkbox"/> NO: Los acreditativos de domicilio o residencia a través del Servicio de Verificación de Datos de Residencia (SVDR).
En caso de no autorizar la comprobación de los datos anteriores, se compromete a aportar la documentación pertinente. Además de la información antes descrita, declara aportar los siguientes documentos (liste los documentos electrónicos o en papel a aportar): - - -



Consejería de Sanidad
Dirección General de salud Pública y Consumo

PAGO DE TASAS

Este procedimiento no conlleva tasa.

Firma (DNI electrónico o certificado válido):

En , a de de 20

Organismo destinatario:

SR/A DIRECTOR/A PROVINCIAL DE LA CONSEJERÍA DE SANIDAD EN ALBACETE

Código DIR3:A08014322

SR/A DIRECTOR/A PROVINCIAL DE LA CONSEJERÍA DE SANIDAD EN CIUDAD REAL

Código DIR3:A08014323

SR/A DIRECTOR/A PROVINCIAL DE LA CONSEJERÍA DE SANIDAD EN CUENCA

Código DIR3:A08014324

SR/A DIRECTOR/A PROVINCIAL DE LA CONSEJERÍA DE SANIDAD EN GUADALAJARA

Código DIR3:A08014325

SR/A DIRECTOR/A PROVINCIAL DE LA CONSEJERÍA DE SANIDAD EN TOLEDO

Código DIR3:A08014326

Anexo IX

Comunicación previa de reapertura de piscinas de uso privado

TITULAR

Si elige persona física son obligatorios los campos: tipo y número de documento, nombre y primer apellido

Persona física NIF NIE Número de documento

Nombre: 1º Apellido: 2º Apellido:

Si elige persona jurídica son obligatorios los campos: número de documento y razón social

Persona jurídica Número de documento:

Razón social:

Domicilio:

Provincia: C.P.: Población:

Teléfono: Teléfono móvil: Correo electrónico:

Horario preferente para recibir llamada:

DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE

NIF NIE Número de documento:

Nombre: 1º Apellido: 2º Apellido:

Domicilio:

Provincia: C.P.: Población:

Teléfono: Teléfono móvil: Correo electrónico:

Horario preferente para recibir llamada:

Si existe representante, las comunicaciones que deriven de este escrito se realizarán con el representante designado por el interesado.

Datos de la comunicación previa

Asunto: Presentación de la COMUNICACIÓN PREVIA de la reapertura de una piscina según Decreto 72/2017, de 10 de octubre de 2017

Expone:

1º Que se va a proceder a la REAPERTURA de la piscina señalada:

- Fecha de reapertura:

2º Datos de la piscina:

- Denominación:
- Ubicación:
- Municipio:
- Código postal:
- Provincia:

— La piscina será de uso privado Tipo 3A (Según Decreto 72/2017, de 10 de octubre de 2017)

Firma (DNI electrónico o certificado válido):

Organismo destinatario:
Ayuntamiento de

Anexo X

Nº Procedimiento

040308

Código SIACI

DKOH

DECLARACIÓN RESPONSABLE DE QUE LA PISCINA PÚBLICA NO CUENTA CON PERSONAL SOCORRISTA

DATOS DE LA PERSONA DECLARANTE

Si elige persona física son obligatorios los campos: tipo de documento, nombre y primer apellido

Persona física NIF NIE Número de documento

Nombre: 1º Apellido: 2º Apellido:

Si elige persona jurídica son obligatorios los campos: número de documento y razón social

Persona jurídica Número de documento:

Razón social:

Domicilio:

Provincia: C.P.: Población:

Teléfono: Teléfono móvil: Correo electrónico:

Horario preferente para recibir llamada:

DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE

NIF NIE Número de documento:

Nombre: 1º Apellido: 2º Apellido:

Domicilio:

Provincia: C.P.: Población:

Teléfono: Teléfono móvil: Correo electrónico:

Horario preferente para recibir llamada:

Si existe representante, las comunicaciones que deriven de este escrito se realizarán con el representante designado por el interesado.

Los datos de carácter personal que se faciliten mediante este formulario quedarán registrados en un fichero cuyo responsable es la Dirección General de Salud Pública y Consumo con la finalidad de gestión de las condiciones higiénico-sanitarias de las piscinas de uso público. Por ello pueden ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante dicho responsable o mediante tramitación electrónica. Para cualquier cuestión relacionada con esta materia puede dirigirse a las oficinas de información y registro o al correo electrónico protecciondatos@jccm.es

MEDIO POR EL QUE DESEA RECIBIR LA NOTIFICACIÓN

- Correo postal (*De acuerdo con el artículo 14 de la Ley 39/2015, exclusivamente para aquellos que no estén obligados a la notificación electrónica*)
- Notificación electrónica (*Si elige o está obligado a la notificación electrónica compruebe que está usted registrado en la Plataforma <https://notifica.jccm.es/notifica> y que sus datos son correctos*)

DATOS DE LA DECLARACIÓN

Asunto: *Presentación de la DECLARACIÓN RESPONSABLE de que la piscina pública no cuenta con personal socorrista*

DATOS DE LA PISCINA

- Denominación:
- Ubicación:
- Municipio:
- Código Postal:
- Provincia:

DECLARACIÓN RESPONSABLE:

La persona abajo firmante, en su propio nombre o en representación de persona interesada o entidad que se indica, declara expresamente que:

- La piscina no contará con personal socorrista y asume la responsabilidad en el cumplimiento de las medidas de seguridad derivadas del estudio de riesgos de su piscina. Dichas medidas se incluirán dentro del reglamento de las normas de uso interno de la piscina.
- La piscina es de uso público, siendo una piscina que actúa como servicio suplementario al objeto principal, como en el caso de las piscinas de hoteles, alojamientos turísticos, camping, albergues y campamentos o terapéuticas en centros sanitarios, entre otras, y dispone de una lámina de agua inferior o igual a 100 m².
- En la piscina existirá un cartel con la siguiente leyenda: "Esta piscina no dispone de servicio de salvamento y socorrista acuático".
- La piscina dispone de barrera de protección de los vasos, con sistemas de cierre y bloqueo que impide la caída al vaso de personas de forma fortuita.

Son ciertos los datos consignados en la presente solicitud comprometiéndose a probar documentalmente los mismos cuando se le requiera para ello.

Igualmente la persona abajo firmante declara conocer que en el caso de falsedad en los datos y/o en la documentación aportados u ocultamiento de información, de la que pueda deducirse intención de engaño en beneficio propio o ajeno, podrá ser excluida de este procedimiento, ser objeto de sanción y, en su caso, los hechos se pondrán en conocimiento del Ministerio Fiscal por si pudieran ser constitutivos de un ilícito penal.

AUTORIZACIONES

Según el artículo 28 de la Ley 39/2015, esta Consejería va a proceder a verificar todos estos datos, salvo que usted expresamente no autorice dicha comprobación:

- NO: Los acreditativos de identidad
- NO: Los acreditativos de domicilio o residencia a través del Servicio de Verificación de Datos de Residencia (SVDR)

En el caso de no autorizar la comprobación de los datos anteriores, se compromete a aportar la documentación pertinente.



Consejería de Sanidad
Dirección General de salud Pública y Consumo

PAGO DE TASAS

Este procedimiento no conlleva tasa.

Firma (DNI electrónico o certificado válido):

En _____, a _____ de _____ de 20_____

Organismo destinatario:

- SR/A DIRECTOR/A PROVINCIAL DE LA CONSEJERÍA DE SANIDAD EN ALBACETE
Código DIR3: A08014322
- SR/A DIRECTOR/A PROVINCIAL DE LA CONSEJERÍA DE SANIDAD EN CIUDAD REAL
Código DIR3: A08014323
- SR/A DIRECTOR/A PROVINCIAL DE LA CONSEJERÍA DE SANIDAD EN CUENCA
Código DIR3: A08014324
- SR/A DIRECTOR/A PROVINCIAL DE LA CONSEJERÍA DE SANIDAD EN GUADALAJARA
Código DIR3: A08014325
- SR/A DIRECTOR/A PROVINCIAL DE LA CONSEJERÍA DE SANIDAD EN TOLEDO
Código DIR3: A08014326