

ANEXO I. MODELO ORIENTATIVO DE EXPEDIENTE DE PERSONAL SANITARIO

**(Artículo 7.2 del Real Decreto 1277/2003, en la redacción dada por el Real Decreto 239/2026,
de 25 de marzo)**

PORTADA DEL EXPEDIENTE

Centro / Consulta: _____

Número de autorización sanitaria: _____

Comunidad Autónoma: _____

Fecha de apertura del expediente: _____

Fecha de última actualización: _____

Responsable del expediente: _____

FICHA INDIVIDUAL DEL PROFESIONAL SANITARIO

Este formulario debe cumplimentarse por separado para cada profesional que preste servicios en el centro bajo cualquier modalidad o vinculación.

BLOQUE 1 — IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

Campo	Datos
Nombre y apellidos	
DNI / NIE / Pasaporte	
Fecha de nacimiento	
Correo electrónico de contacto profesional	
Teléfono de contacto profesional	

BLOQUE 2 – TITULACIÓN OFICIAL HABILITANTE

Marcar la casilla correspondiente e indicar los datos del título.

Titulación	Marcar	Universidad/Centro	Año de obtención	Nº de título/ resguardo
Licenciado/a en Psicología				
Graduado/a en Psicología				
Máster Univ. Oficial en Psicología General Sanitaria (RD 967/2014)				
Especialista en Psicología Clínica (PIR)				
Otros títulos de ciencias de la salud relevantes (indicar)				

BLOQUE 3 – COLEGIACIÓN

Campo	Datos
Colegio Oficial de Psicólogos al que pertenece	
Número de colegiado/a	
Situación colegial (activo/a / suspensión / baja)	
Fecha del certificado de colegiación aportado	

BLOQUE 4 — REGISTRO ESTATAL DE PROFESIONALES SANITARIOS

Campo	Datos
¿Figura en el Registro Estatal de Profesionales Sanitarios?	Sí / No
Fecha de última actualización de los datos en el Registro	
Datos actualizados incluyen titulación habilitante	Sí / No
Observaciones	

BLOQUE 5 — VINCULACIÓN CON EL CENTRO

Campo	Datos
Tipo de vinculación jurídica	Contrato laboral / Contrato mercantil (autónomo/a) / Contrato de colaboración / Otra (indicar)
Modalidad de prestación	Presencial / Telemática / Mixta
Jornada o dedicación	Completa / Parcial (indicar horas o porcentaje) / Ocasional / Guardias / Otra
Lugar habitual de prestación (si es distinto del centro)	
Fecha de inicio de la relación con el centro	
Fecha de cese (si procede)	
Referencia del contrato o acuerdo (número, fecha)	

BLOQUE 6 — DOCUMENTACIÓN INCORPORADA AL EXPEDIENTE

Documento	Incorporado	Fecha	Observaciones
Copia del DNI / NIE / Pasaporte en vigor	Sí / No		
Copia compulsada del Grado o Licenciatura en Psicología	Sí / No		
Copia compulsada del Máster habilitante (PGS)	Sí / No		
Copia compulsada del título de Especialista en Psicología Clínica	Sí / No		
Certificado de colegiación vigente (no más de 3 meses)	Sí / No		

Justificante del Registro Estatal de Profesionales Sanitarios	Sí / No		
Copia del contrato o acuerdo de vinculación con el centro	Sí / No		
Documento de acogida y prácticas seguras firmado (art. 7.3)	Sí / No		
Copia de la póliza de responsabilidad civil profesional (recomendado)	Sí / No		
Justificante de formación continuada (recomendado)	Sí / No		

BLOQUE 7 — DOCUMENTO DE ACOGIDA Y PRÁCTICAS SEGURAS

(Artículo 7.3 del Real Decreto 1277/2003, en la redacción del Real Decreto 239/2026)

Este bloque debe cumplimentarse para todos los profesionales de nueva incorporación al centro a partir del 1 de julio de 2026.

El/la profesional que suscribe declara haber recibido información, por parte del centro, sobre las siguientes actividades y/o prácticas seguras implantadas en el mismo para garantizar la seguridad del paciente:

(El centro deberá completar aquí la relación de prácticas seguras aplicables a la actividad de psicología. A modo orientativo, pueden incluirse, entre otras: protocolo de gestión de situaciones de riesgo para el paciente o para terceros; protocolo de derivación urgente a servicios de salud mental o de urgencias; procedimiento de obtención y archivo del consentimiento informado; protocolo de gestión de incidentes y eventos adversos; medidas de confidencialidad y seguridad de la información clínica; procedimiento de comunicación con el paciente en modalidad telemática; protocolo de actuación ante quejas y reclamaciones.)

Fecha de entrega de la información	
Nombre y apellidos del profesional	
Firma del profesional	
Nombre y apellidos del responsable del centro que entrega la información	
Firma del responsable del centro	

BLOQUE 8 — CONTROL DE ACTUALIZACIONES DEL EXPEDIENTE

Registro de las modificaciones realizadas en el expediente con posterioridad a su apertura.

Fecha	Motivo de la actualización	Documento actualizado / añadido	Responsable

BLOQUE 9 — DECLARACIÓN DEL RESPONSABLE DEL CENTRO

D./Dña. _____, en calidad de titular / director/a técnico/a del centro _____, con número de autorización sanitaria _____, declara que los datos y documentos contenidos en el presente expediente son verídicos, que han sido verificados por el centro con carácter previo a su incorporación, y que el expediente se mantendrá actualizado de forma permanente conforme a lo establecido en el artículo 7.2 del Real Decreto 1277/2003, en la redacción dada por el Real Decreto 239/2026, de 25 de marzo.

En _____, a ____ de _____ de _____

Firma: _____