

ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN

Con fundamento en el artículo 73, fracción XVI, base 1ª. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, los artículos 9 fracciones II y XII, y 11 fracciones XI y XVIII, del Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General, publicado en el Diario Oficial de la Federación, el 11 de diciembre de 2009; en los artículos 2, segundo y cuarto párrafo, 3 inciso g), h) y n), 4 incisos f), i) y k), 6, inciso h), i), j) y l) del Reglamento Interior de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica, publicado en dicho medio de difusión oficial el 19 de mayo de 2009; los artículos 4 incisos a) y e), 5, 6, 7 incisos g), i), n), 14, 16, 17 y 35 del Reglamento Interno del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica, publicado en dicho medio de difusión oficial el pasado 19 de mayo de 2009; fracciones IV, V y VII del numeral QUINTO y fracciones I y V del numeral SÉPTIMO del Acuerdo para el desarrollo y funcionamiento del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica, y el **Acuerdo 039 (13.12.02)**, emitido por la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica, el cual señala que desde el principio del proceso se debe informar a los establecimientos que **en caso de que incurran en falsedad de información, el proceso quedará suspendido**.

Se declara, bajo protesta de decir verdad, que toda la información presentada al Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica (SiNaCEAM) durante las cuatro fases del Proceso de Certificación* es verdadera y puede ser comprobada en cualquier momento; en caso de que incurra en falsedad de la misma, el Consejo de Salubridad General podrá suspender, en cualquier momento, el Proceso de Certificación o, en su caso, la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica podrá dictaminar a mi establecimiento como “No Certificado”, además notificar a las autoridades competentes por incurrir en responsabilidades penales y se procederá según lo establecido en los artículos 247 y 248 Bis del Código Penal Federal.

FECHA		
NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN		
RAZÓN SOCIAL O INSTITUCIÓN		
CORREO ELECTRÓNICO PARA ENVÍO DE DOCUMENTACIÓN		CCP:
**Esta información se utilizará en los documentos que se generan en la Fase de Dictamen, FAVOR DE ESCRIBIRLO CORRECTAMENTE		

	NOMBRE COMPLETO	FIRMA
DIRECTOR		
RESPONSABLE SANITARIO		
RESPONSABLE DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO		
COORDINADOR DEL PROCESO DE EVALUACIÓN (VÍNCULO CON SiNaCEAM)		
EVALUADOR LÍDER <i>(Valida información actualizada durante el proceso de Evaluación)</i>		

*El Documento titulado “El Proceso de Certificación”, edición Julio 2017, lo puede encontrar en la página de internet del Consejo de Salubridad General, en la siguiente dirección: <http://www.csg.gob.mx/descargas/pdfs/certificacion/establecimientos/2017/1.SiNaCEAM/EPDC-Julio2017.pdf>



Nombre Comercial: _____
Razón Social: _____
Domicilio: _____
 _____ C.P.: _____
Municipio / Delegación : _____ **Estado:** _____

TIPO DE ESTABLECIMIENTO	H. GENERAL	H. ESPECIALIDADES	CIRUGÍA DE CORTA ESTANCIA	CIRUGÍA OFTALMOLÓGICA	INSTITUTO
	CENTRO ONCOLÓGICO	CENTRO DE CIRUGÍA DE OBESIDAD	HOSPITAL PSIQUIÁTRICO	OTRO (Especificar)	

INSTITUCIÓN PÚBLICA					INSTITUCIÓN PRIVADA
IMSS	ISSSTE	SSA	PEMEX	FUERZAS ARMADAS	

Nombre Completo del Director: _____
Nombre del Cargo (Acorde al organigrama): _____
Teléfono directo con clave lada: (_____) _____ **Otro tel. con lada y ext.:** (_____) _____
Teléfono Celular: (_____) _____
Correo electrónico: _____

Nombre Completo del Responsable Sanitario: _____
Nombre del Cargo (Acorde al organigrama): _____
Teléfono directo con clave lada: (_____) _____ **Tel. con lada y ext.:** (_____) _____
Teléfono Celular: (_____) _____
Correo electrónico: _____

Nombre Completo del Responsable de la Implementación del Modelo del CSG: _____
Nombre del Cargo (Acorde al organigrama): _____
Teléfono directo con clave lada: (_____) _____ **Tel. con lada y ext.:** (_____) _____
Teléfono Celular: (_____) _____
Correo electrónico: _____

Nombre Completo del Coordinador del Proceso de Evaluación: _____
Nombre del Cargo (Acorde al organigrama): _____
Teléfono directo con clave lada: (_____) _____ **Tel. con lada y ext.:** (_____) _____
Teléfono Celular: (_____) _____
Correo electrónico: _____

CAMBIOS O MODIFICACIONES EN EL ESTABLECIMIENTO A PARTIR DEL INGRESO AL PROCESO DE CERTIFICACIÓN
 (*Si se han llevado a cabo anexar la descripción en un comunicado oficial al CSG firmado por la máxima autoridad responsable de la organización) **[Política 1 del Proceso de Certificación -Notificación de Cambios-]**

SI
 NO

ESTRUCTURA	DENOMINACIÓN	DIRECTIVOS	UBICACIÓN	NUEVOS SERVICIOS	OTRA (Especificar)

De conformidad con el artículo 35 fracción II de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, acepto expresamente que las notificaciones, documentos y resoluciones administrativas por parte del Consejo de Salubridad General se realicen al siguiente correo electrónico:

Señale a que tipo de Evaluación está programado	Evaluación Inicial	Evaluación Complementaria	Evaluación de Seguimiento	Evaluación de Seguimiento Complementaria	Evaluación Intencionada / Aleatoria
--	--------------------	---------------------------	---------------------------	--	-------------------------------------

Fecha de Solicitud de Inscripción:	Sesión de la Comisión en la que fue Dictaminado: (Esta información se encuentra en la portada del Informe del Dictamen):
Fecha de Evaluación:	Estándares con los que será Evaluado: 2012 <input type="checkbox"/> 2015 <input type="checkbox"/>

Fecha de inicio de funcionamiento del establecimiento	(DD/MM/AAA)
--	-------------

Número de camas censables	La cama en servicio instalada en el área de hospitalización que produce egresos hospitalarios.	
Número de camas no censables	La cama que se destina a la atención transitoria o provisional. No genera egresos hospitalarios.	

Promedio de días de estancia		Personal Clínico en formación	SI	NO
Porcentaje de ocupación hospitalaria		Investigación Clínica	SI	NO
Metros cuadrados de construcción que abarca el hospital		Días, Horario de Servicio y especificaciones, si corresponde		
Número de Quirófanos				
Número de Unidades de Cuidados Intensivos				

TURNOS DEL PERSONAL ENFERMERÍA (Escribir nombre del turno y horario de cada uno)	
--	--

Ha estado Certificado por el CSG	NO	SI	Vigencia del último Certificado
			Estándares con los que fue Evaluado: Criterios previos a 2009 <input type="checkbox"/> 2009 <input type="checkbox"/> 2011 <input type="checkbox"/> 2012 <input type="checkbox"/>

Personal de la organización ha participado en algún curso o taller organizado por el CSG	NO	SI (Especificar en cuál, fecha y sede)
---	-----------	---

SITIO WEB	
------------------	--

COMENTARIOS	
--------------------	--

DIAGNÓSTICOS Y PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS MÁS FRECUENTES

DIAGNÓSTICOS	%
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	

PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS	%
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	

CONSULTORIOS

Número Total de Consultorios que funcionan bajo la Licencia Sanitaria del Establecimiento

No Aplica

● SERVICIOS QUE SE BRINDAN EN LOS CONSULTORIOS QUE FUNCIONAN BAJO LA LICENCIA SANITARIA DEL ESTABLECIMIENTO	SE REALIZAN PROCEDIMIENTOS INVASIVOS	ADMINISTRA SEDACIÓN	ADMINISTRA ANESTESIA
Consulta de Medicina General			
Consulta de Especialidades			
Consulta de Urgencias			
Consulta de Odontología			
Otros (<i>Especifique</i>)			

TURISMO MÉDICO

Si

No

MARQUE CON UNA "X" LOS SERVICIOS DE TURISMO MÉDICO QUE SE BRINDAN

Cirugía Bariátrica	Estomatología
Cirugía Ortopédica	Atención de Urgencia a Turistas (mediante convenio)
Cirugía Oftalmológica	Otros (<i>Especifique</i>)
Cirugía Estética	

INVESTIGACIÓN

¿Se realiza investigación dentro del establecimiento?

Si

No

¿Actualmente realizan alguna(s) investigación que requiera permiso de COFEPRIS?

Si _____

No _____

¿Cuántas? _____

¿Para alguna de sus investigaciones es necesario solicitar un consentimiento informado?

Si _____

No _____

¿Cuántas? _____

SERVICIOS QUE BRINDA LA ORGANIZACIÓN

Instrucciones de llenado

Marque con una "X" los servicios que brinda su organización y son propios
 Marque con una "S" los servicios que son brindados a través de subrogación
 *Si cuenta con servicios subrogados favor de llenar el anexo correspondiente
 Si no brinda ese servicio escribir "NA"

SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO	Laboratorio clínico	
	Patología	
	Banco de sangre	
	Microbiología	
	Genética	
	Inmunohistoquímica	
	Toxicología	
	Otras (Especifique)	

SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO	Radiología y Diagnóstico por Imagen	
	Endoscopía	
	Hemodinamia	
	Medicina Nuclear	
	Fluoroscopia	
	Otros (Especifique)	

SERVICIOS DE APOYO	Ingeniería Biomédica	
	Recursos Humanos	
	Mantenimiento	
	Seguridad y/o Vigilancia	
	Alimentación	
	Lavandería	
	Ambulancias	

SERVICIOS DE APOYO	Trabajo Social	
	Relaciones Públicas	
	Limpieza	
	Otros (Especifique)	

PERSONAL CLÍNICO EN FORMACIÓN

Si

No

Marque con una "X" si cuenta con el personal o "NA" si no cuenta con el

MEDICINA	
Estudiantes	
Internos de Pregrado	
Residencias Médicas	
Subespecialidad	

ENFERMERÍA	
Estudiantes	
Pasantes	
Prácticas profesionales	
Postécnico	

OTRO PERSONAL CLÍNICO	
Nutrición	
Lic. Farmacia	
Inhaloterapia	
Ing. Biomédica	

Su Entidad Federativa tiene algún marco legal para regular la voluntad de las personas en caso de negarse a tratamientos o medios para prolongar su vida, por ejemplo, "Ley de Voluntad Anticipada"

Sí

No

(Especificar el marco normativo)

COMITÉS

COMITÉS	REGISTRO	NA
Comité Hospitalario de Bioética	Comisión Nacional de Bioética	
Comité de Ética en Investigación		
Comité Hospitalario de Bioseguridad	Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios	
Comité de Investigación		

COMITÉS	SI	NO	COMITÉS	SI	NO
Calidad y Seguridad del Paciente			Trasplantes		
Farmacia y Terapéutica			Investigación		
Farmacovigilancia			Seguridad e Higiene		
Para la Detección y Control de Infecciones Nosocomiales			Protección Civil		
Expediente Clínico			Seguridad y Atención Médica en caso de Desastres (Comisión)		
Mortalidad Materna y Perinatal					
Morbi-mortalidad					

¿Cuenta con algún Procedimiento Administrativo Abierto por parte de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios o área de Regulación Sanitaria de su Entidad Federativa?

Si

No

Especifique la Causa:

CUENTA CON CLAVE ÚNICA DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD (CLUES) POR LA DGIS

CUENTA CON ACREDITACIONES POR LA DGCES (especifique)

CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

Existe un plan de Calidad y Seguridad del Paciente aprobado por el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente, diseñado de manera multidisciplinaria, que está implementado y que abarca todo el establecimiento con un enfoque sistémico y proactivo.

El Plan de Calidad y Seguridad del Paciente, incluye al menos los siguientes puntos:

1. Identificación y Priorización de Riesgos y Problemas
2. Medición del Apego a una Guía Clínica o un Protocolo de Atención
3. Veinticinco Indicadores de Mejora de la Calidad
4. Sistema de Reporte y Análisis de Eventos Centinela, Eventos Adversos y Cuasifallas
5. Análisis de un proceso de riesgo con una herramienta proactiva

SI

NO

(El contenido del plan se puntualiza en el apartado de Mejora de la Calidad y la Seguridad del Paciente (QPS) en los estándares QPS.1.2, QPS.2.1, QPS.3 – QPS.3.22, QPS.5, QPS.6, QPS.7 y QPS.10)

SEÑALE ESPECÍFICAMENTE CUÁL ES EL PERÍODO DE 12 MESES CON EL CUAL TRABAJA LA ORGANIZACIÓN PARA EL DESARROLLO DEL PLAN DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE: (Por ejemplo: Enero a diciembre o mayo a abril.) _____

AUTORIZACIONES SANITARIAS

Las hospitales deben de cumplir con los requisitos indispensables establecidos por la Comisión Federal y/o Estatal para la Protección contra Riesgos Sanitarios de cada una de las actividades o servicios que oferte, en los que sea necesario su estricto cumplimiento.

AUTORIZACIÓN SANITARIA	AUTORIZADO PARA	FOLIO	VIGENCIA	OBSERVACIONES
1.1 Licencia Sanitaria del establecimiento				
1.2 Aviso de Responsable Sanitario del establecimiento				
1.3 Aviso de Funcionamiento del Laboratorio Clínico				
1.4 Aviso de Responsable del Laboratorio Clínico				
1.5 Licencia sanitaria del Servicio de Rayos X e Imagen				
1.6 Permiso de Responsable de la Operación y Funcionamiento de establecimientos de diagnóstico Médico con rayos X				
1.7 Licencia Sanitaria del Banco de Sangre				
1.8 Aviso de Responsable del Banco de Sangre				
1.9 Licencia Sanitaria del Servicio de Transfusión				
1.10 Aviso de Responsable del Servicio de Transfusión				
1.11 Licencia Sanitaria de Farmacia				
1.12 Aviso de Funcionamiento de Farmacia				
1.13 Aviso de Responsable de Farmacia				

