



SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

PARA ESTABLECIMIENTOS EN PROCESO DE CERTIFICACIÓN QUE SE EVALÚAN CON LOS ESTÁNDARES PARA CERTIFICAR HOSPITALES

(Hospitales, Unidades de cirugía ambulatoria (corta estancia, cirugía oftalmológica), hospitales psiquiátricos, unidades de oncología donde se lleven a cabo procesos invasivos y de alto riesgo)

INSTRUCCIONES DE LLENADO:

- 1. Esta hoja de instrucciones NO se anexa al Documento que enviará al CSG.**
- 2. La Solicitud deberá ser llenada con tinta azul y letra de molde, legible.**
- 3. La Razón Social deberá ser transcrita exactamente como aparezca en el Acta Constitutiva del Establecimiento o en la Cédula del Registro Federal de Contribuyentes, debiendo anexar una copia simple del documento.**
- 4. El domicilio debe ser proporcionado de forma completa, incluyendo número exterior, (Lote y Manzana, en su caso), Colonia y entre calles, para una mejor ubicación del mismo.**
- 5. Si no brinda el servicio o no se cuenta con lo solicitado, escriba NA (No Aplica).**
- 6. Los datos se solicitan de los registros de los últimos 6 meses.**
- 7. Los datos escritos en el presente formato, son los que quedarán asentados en nuestra bases de datos, por lo que es importante que revise bien la información vertida, para evitar errores en la documentación emitida.**
- 8. Toda la documentación deberá ser dirigida al Dr. Jesús Ancer Rodríguez, Secretario del Consejo de Salubridad General, con atención a la Dra. Sara Fonseca Castañol, Directora General Adjunta de Articulación.**



SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN
PARA ESTABLECIMIENTOS EN PROCESO DE
CERTIFICACIÓN QUE SE EVALÚAN CON LOS ESTÁNDARES
PARA CERTIFICAR HOSPITALES

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	SEDENA	SEMAR	OTRA (Especificar)	

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

SOLO PARA ESTABLECIMIENTOS EN PROCESO DE RECERTIFICACIÓN		CAMBIOS O MODIFICACIONES EN EL ESTABECIMIENTO [*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)		

Fecha de inicio de funcionamiento del establecimiento	_____ / _____ / _____ DÍA MES AÑO
---	--------------------------------------

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				

INSTITUCIONES PRIVADAS	Pertenece a un corporativo o grupo de hospitales:	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	Número de Unidades:		

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

Ha estado Certificado por el CSG	NO	SI	Vigencia del último Certificado			
			Estándares con los que fue Auditado 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	
-------------	--

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:

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"

● HOSPITALIZACIÓN		
● CUIDADOS INTENSIVOS	Adultos	
	Pediátrica	
	Neonatal	
	Postquirúrgica	
	Coronaria	
	Otras (Especifique)	
● CUIDADOS INTERMEDIOS		
● SERVICIOS QUIRÚRGICOS	Cirugía Mayor	
	Cirugía Menor	
	Cirugía Laparoscópica	
	Cirugía de Corta Estancia	
	Cirugía Robótica	
	Tococirugía	
	Quirófano en Servicio de Urgencias	
	Otros (Especifique)	
● ADMISIÓN CONTINUA O URGENCIAS	Adultos	
	Pediatria	
	Obstetricia	
● PSIQUIATRÍA		
● HEMODIÁLISIS		
● ONCOLOGÍA		
● QUIMIOTERAPIA		
● RADIOTERAPIA		
● REHABILITACIÓN		
● CIRUGÍA BARIÁTRICA		
● INHALOTERAPIA		
● ACUPUNTURA		
● SERVICIOS ESPECIALIZADOS (Ver estándar ACC.1.5)		
● PROCURACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS		
● TRASPLANTE	Atención a pacientes Quemados	
	Otras (Especifique)	
● CENTRO DE MEZCLAS		
● FARMACIA		
● FARMACIA HOSPITALARIA		
● CENTRAL DE EQUIPO Y ESTERILIZACIÓN (CEYE)		
OTROS SERVICIOS (Especifique)		

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	
	Endoscopia	
	Hemodinamia	
	Medicina Nuclear	
	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 nombre del 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
Calidad y Seguridad del Paciente		
Farmacia y Terapéutica		
Farmacovigilancia		
Para la Detección y Control de Infecciones Nosocomiales		
Expediente Clínico		
Mortalidad Materna y Perinatal		
Morbi-mortalidad		

COMITÉS	SI	NO
Trasplantes		
Investigación		
Seguridad e Higiene		
Protección Civil		
Seguridad y Atención Médica en caso de Desastres (Comisión)		

¿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. *Evaluación Integral de Riesgos y Problemas*
2. *Sistema de Notificación y Análisis de Eventos Centinela, Eventos Adversos y Cuasifallas*
3. *Implementación de Protocolos de Atención*
4. *Implementación de Barreras de Seguridad y sus Mediciones*
5. *Rediseño de un proceso de riesgo con un Análisis de Modo y Efecto de Fallo*

SI

NO

(El contenido del plan se puntualiza en el apartado de Mejora de la Calidad y la Seguridad del Paciente (QPS))

SERVICIOS SUBROGADOS

Enliste todos los Servicios que subroga su organización en los cuales ha implementado el Estándar GLD.3.3 (evaluación a través de especificaciones de calidad)

SERVICIO SUBROGADO		UBICACIÓN	
SERVICIO QUE OTORGA	NOMBRE DE LA EMPRESA	Dentro del establecimiento	Fuera del establecimiento
Banco de sangre	Empresa 1	X	
Lavandería	Empresa 1		X
Laboratorio Clínico	Empresa 2	X	

Acorde al Modelo del CSG, es importante que, al menos, la organización defina especificaciones de calidad para los siguientes servicios subrogados:

- Alimentación Parenteral (MMU.7.2)
- Limpieza y Esterilización de equipo (PCI.6)
- Lavandería (PCI.7)
- Manejo de RPBI (PCI.8)
- Mantenimiento de equipo biomédico y controles de ingeniería (PCI.9)
- Alimentación (PCI.10)
- Limpieza de las Instalaciones (PCI.13)
- Hemodiálisis (PCI.14, COP.11)
- Ingeniería Biomédica (FMS.6)
- Servicios Prioritarios para la operación (FMS.7)
- Ambulancias (ACC.6.1)
- Anestesiología (ASC.1)
- Servicios de laboratorio (Apartado SAD)
- Servicios de Radiología y Diagnóstico por imagen (Apartado SAD)

IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DEL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL PARA LA ATENCIÓN EN SALUD CON CALIDAD Y SEGURIDAD

Señale en cuál de estas etapas se encuentra la organización en cada uno de los cinco bloques de estándares que conforman la versión 2015



BLOQUE	ETAPA
ACCIONES BÁSICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	
SISTEMAS CRÍTICOS	
LA BASE DEL MODELO	
ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE	
GESTIÓN DE LA ORGANIZACIÓN	

CARTA COMPROMISO

El que suscribe _____, en mi calidad de Director del
Establecimiento _____, declaro que:

1. Conozco, respetaré y cumpliré en todo momento las políticas, reglas y requerimientos de las tres fases del Proceso de Certificación: Inscripción y Autoevaluación, Auditoría y Dictamen.
2. Estoy consciente que para aprobar la primera fase del Proceso de Certificación, el establecimiento deberá cumplir el 100% de los **REQUISITOS** ponderados como indispensables, el 80% o más de los necesarios y el 50% o más de los convenientes. (**AUTOEVALUACIÓN**)
3. Conozco y he difundido en el establecimiento bajo mi dirección, el **Modelo de Seguridad del Paciente del Consejo de Salubridad General**, que se encuentra en los **Estándares para Certificar Hospitales Versión 2015 | Tercera Edición**, vigentes a partir del 1 de agosto de 2015.
4. La implementación del Modelo tiene a la fecha como **mínimo 4 meses**.
5. Estoy consciente de que si cancelo la fecha de la visita de la Evaluación propuesta por la Dirección General Adjunta de Articulación, el establecimiento no podrá volver a inscribirse en un plazo de seis meses contados a partir de la fecha de cancelación. Si la cancelación o solicitud de diferimiento se realiza dos semanas previas a la auditoría, se considerará como agravante, por lo que no podrá volver a inscribirse hasta haber transcurrido un año a partir de la fecha de cancelación o solicitud.
6. Brindaré el apoyo logístico solicitado por la Dirección General Adjunta de Articulación para la realización de la Evaluación, que podrá consistir en garantizar la transportación aérea y/o terrestre, hospedaje y alimentación, entre otros.
7. No ofreceré obsequios o dádivas, ya sea en efectivo o en especie, a los Evaluadores del Consejo de Salubridad General.
8. Aseguraré un espacio físico dentro del establecimiento, exclusivo para el uso de los evaluadores, provisto de equipo de cómputo con acceso a internet e impresora; y proporcionaré alimentos a los evaluadores en los horarios requeridos por el Evaluador Líder.
9. Estoy consciente de que si implementamos medidas correctivas inmediatas durante el transcurso de la auditoría, no cambiarán las Observaciones de Auditoría ni calificaciones asentadas en los elementos medibles.
10. Comunicaré cualquier queja relacionada con el desempeño de los evaluadores a la Dirección General Adjunta de Articulación durante la visita de Evaluación o en los días inmediatos de haber terminado la misma y no esperaré a presentar dicha queja en forma posterior a la emisión del dictamen de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica.
11. Estoy enterado de que una vez finalizada la evaluación, es necesario esperar a que la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica, en sesión colegiada, revise y dictamine mi Establecimiento como certificado o no certificado.

ATENTAMENTE

(FIRMA)

VER: DGAA.17.01.31

FECHA _____

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

De conformidad con el Acuerdo número 039 de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica, publicado el 13 de diciembre de 2002, 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.**

Declaro, bajo protesta de decir verdad, que toda la información presentada en este formato de **Actualización de Información** 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 COMERCIAL	
RAZÓN SOCIAL	

NOMBRE COMPLETO DEL DIRECTOR		FIRMA	
NOMBRE COMPLETO DEL RESPONSABLE SANITARIO		FIRMA	
NOMBRE COMPLETO DEL RESPONSABLE DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DEL CSG		FIRMA	
NOMBRE COMPLETO DEL COORDINADOR DEL PROCESO DE AUDITORÍA		FIRMA	