

# CSG

CONSEJO DE SALUBRIDAD  
GENERAL



## SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN PARA CLÍNICAS DE ATENCIÓN PRIMARIA Y CONSULTA DE ESPECIALIDADES

### INSTRUCCIONES DE LLENADO:

- 1.- La presente solicitud deberá ser llenada a maquina o letra de molde legible, con tinta negra.
- 2.- 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.
- 3.- El domicilio debe ser proporcionado de forma completa, incluyendo numero exterior, (Lote y Manzana, en su caso), Colonia y entre calles, para una mejor ubicación del mismo.
- 3.- Si no cuenta con el servicio o con lo solicitado, escriba NA (No Aplica).
- 4.- Los datos se solicitan de los registros de los últimos 6 meses.
- 5.- Los datos escritos en la presente solicitud, son los que quedarán asentados en nuestras bases de datos, por lo que es importante que revise bien la información vertida, para evitar errores en la documentación emitida.
- 6.- La presente Solicitud de Inscripción, así como la Cédula de Autoevaluación, deberán estar requisitadas de forma completa y presentarlas o enviarlas a la Oficialía de Partes del Consejo de Salubridad General, ubicada en: Lieja No. 7, Piso 2, Col. Juárez, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06600, Ciudad de México.
- 7.- 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.

CENTENARIO DEL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL **1979 - 2017**



## SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN PARA CLÍNICAS DE ATENCIÓN PRIMARIA Y CONSULTA DE ESPECIALIDADES

Nombre Comercial del Establecimiento: \_\_\_\_\_

Razón Social: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

C.P.: \_\_\_\_\_

Municipio / Delegación : \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

SERVICIO QUE PROPORCIONA	ATENCIÓN PRIMARIA	CONSULTA DE ESPECIALIDADES	OTRA (especificar)

  

INSTITUCIÓN PÚBLICA						INSTITUCIÓN PRIVADA
IMSS	ISSSTE	SSA	PEMEX	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 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: \_\_\_\_\_

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

Ha estado Certificado por el CSG	NO	SI (Especificar vigencia del último Certificado)
----------------------------------	----	--

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:

\_\_\_\_\_

# CONSULTA

Número Total de Consultorios

SERVICIO O ESPECIALIDAD	NÚMERO DE CONSULTORIOS	NÚMERO DE CONSULTAS (Últimos 6 meses)	SE REALIZAN PROCEDIMIENTOS INVASIVOS	SE ADMINISTRA ANESTESIA / SEDACIÓN
<b>TOTAL DE CONSULTAS</b>				

## SERVICIOS DE ATENCIÓN EN EL HOGAR

TIPO DE ATENCIÓN	SI	NO
Servicio médico		
Servicios de enfermería		
Cuidados paliativos		
Otros (Especifique)		

Si  No

Promedio de pacientes visitados en su domicilio

Diario: \_\_\_\_\_

Mensual: \_\_\_\_\_

## SERVICIOS ADMINISTRATIVOS

SERVICIOS	SI	NO	PROPIO	SUBROGADO
Recursos Humanos				
Mantenimiento				
Seguridad y vigilancia				
Relaciones Públicas				
Admisión				
Limpieza				
Otros (Especifique)				

## SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO Y OTROS SERVICIOS

SERVICIOS		PROPIO	SUBROGADO	OBSERVACIONES
<b>Laboratorio</b>	<b>Hematología</b>			
	Química Sanguínea			
	<b>Parasitología</b>			
	<b>Bacteriología</b>			
<b>Radiodiagnóstico</b>				
<b>Ultrasonido</b>				
<b>Farmacia</b>				
<b>Otros (Especificar)</b>				
<b>OTRO TIPO DE ATENCIÓN</b>	<b>Atención de Urgencias</b>			
	<b>Atención de Partos</b>			
	<b>Otros (especifique)</b>			

## COMITÉS

COMITÉS		SI	NO
Calidad y Seguridad del Paciente			
Expediente Clínico			
Comisión de Seguridad e Higiene			
Interno de Protección Civil			
Otros			

## NORMATIVIDAD

*Enviar copia de cada uno de los siguientes documentos*

LICENCIA SANITARIA		AUTORIZADA PARA:	NÚMERO DE FOLIO	NA
Del Establecimiento				
Radiología e Imagen				
Farmacia				
Otras <i>(Especifique )</i>				

AVISO DE FUNCIONAMIENTO		NÚMERO DE FOLIO	NA
Del Establecimiento			
Laboratorio de Análisis Clínico			
Clínicas Dentales			
Otras <i>(Especifique)</i>			

# NORMATIVIDAD

RESPONSABLE SANITARIO	NOMBRE	NÚMERO DE FOLIO	NA
Del Establecimiento			
Laboratorio de Análisis Clínico			
Radiología e Imagen			
Otras (Especifique)			

**METROS CUADRADOS DE CONSTRUCCIÓN QUE  
ABARCA EL ESTABLECIMIENTO**

\_\_\_\_\_m2

*Favor de **anexar una copia del mapa** del establecimiento.*

**¿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 alguna sanción de inhabilitación relacionada con la prestación de servicios de atención médica, impuesta por autoridad administrativa?**

Si

No

Especifique la Causa: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN PARA CLÍNICAS DE ATENCIÓN PRIMARIA Y CONSULTA DE ESPECIALIDADES

*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 esta Solicitud de Inscripción 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.*

**Nombre del Director del Establecimiento** \_\_\_\_\_

**Firma del Director del Establecimiento** \_\_\_\_\_

**Fecha de solicitud** \_\_\_\_\_

## CARTA COMPROMISO

El que suscribe \_\_\_\_\_, en mi calidad de Director de \_\_\_\_\_, 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; descritas en el Manual del Proceso de Certificación de Clínicas de Atención Primaria y Consulta de Especialidades del Consejo de Salubridad General.*
2. *Estoy consciente que para aprobar la primera fase del Proceso de Certificación, el establecimiento deberá cumplir el 100% de los estándares ponderados como indispensables, el 80% o más de los necesarios y el 50% o más de los convenientes.*
3. *Conozco y he difundido en el establecimiento bajo mi dirección, el Modelo Seguridad del Paciente del Consejo de Salubridad General, que se encuentra en los Estándares para la Certificación de Clínicas de Atención Primaria y Consulta de Especialidades, vigentes a partir del primero de julio de 2012.*
4. *El personal a mi cargo ha implementado, de acuerdo a su área de competencia, el Modelo de Seguridad del Paciente del Consejo de Salubridad General. La implementación tiene a la fecha como mínimo 4 meses.*
5. *Estoy consciente de que si cancelo la fecha de la visita de 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 tres semanas previas a la evaluación, 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, con la finalidad de obtener una evaluación favorable.*
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 Evaluación, no cambiarán las Observaciones de Evaluación 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)

FECHA \_\_\_\_\_

VER: DGAA.17.01.31