

# CSG

CONSEJO DE SALUBRIDAD  
GENERAL



## SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN UNIDADES DE HEMODIÁLISIS

### 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**

Nombre Comercial: \_\_\_\_\_  
 Razón Social: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_  
 Municipio / Delegación : \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

INSTITUCIÓN PÚBLICA						INSTITUCIÓN PRIVADA
IMSS	ISSSTE	SSA	PEMEX	SEMAR	OTRA (Especificar)	

NÚMERO DE MÁQUINAS DE HEMODIÁLISIS		PERTENECE A ALGÚN CORPORATIVO	
NÚMERO DE PACENTES EN EL PROGRAMA DE HEMODIÁLISIS		No	Sí (Número de Unidades)

PROMEDIO DE SESIONES DE HEMODIÁLISIS DIARIAS	
HORARIO DE FUNCIONAMIENTO	
METROS CUADRADOS DE CONSTRUCCIÓN QUE ABARCA LA UNIDAD <i>(Anexar una copia del mapa de la unidad)</i>	

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 auditoría: \_\_\_\_\_  
 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: \_\_\_\_\_

## SERVICIOS RELACIONADOS CON LA ATENCIÓN MÉDICA Y APOYO DIAGNÓSTICO

(Si cuenta con servicios subrogados favor de llenar el anexo correspondiente)

SERVICIOS	UBICACIÓN	PROPIO	SUBROGADO *	NÚMERO DE CAMAS	ADMINISTRA SEDACIÓN	ADMINISTRA ANESTESIA

## SERVICIOS ADMINISTRATIVOS

SERVICIOS	SI	NO	PROPIO	SUBROGADO	SERVICIOS	SI	NO	PROPIO	SUBROGADO
Recursos Humanos					Finanzas				
Mantenimiento					Ingeniería Biomédica				
Seguridad y vigilancia					Trabajo Social				
Cocina					Otros (Especificar)				
Lavandería									
Ambulancias									
Relaciones Públicas									
Admisión									
Limpieza									

## PERSONAL EN FORMACIÓN

Si  SI No  NO

Medicina       Enfermería       Otros profesionales de la salud

## 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? \_\_\_\_\_

## CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

*Existe un plan de Calidad y Seguridad, diseñado de manera multidisciplinaria, que está implementado y que integra a toda la unidad 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. Indicadores de Mejora de la Calidad
3. Sistema de Reporte y Análisis de Eventos Centinela, Eventos Adversos y Cuasifallas
4. Análisis de un proceso de riesgo con una herramienta proactiva

 SI

 NO

## NORMATIVIDAD

*Enviar copia de cada uno de los siguientes documentos*

AVISO DE FUNCIONAMIENTO	NÚMERO DE FOLIO	NA
De la Unidad de Hemodiálisis		
Otras (Especifique)		

RESPONSABLE SANITARIO	NOMBRE	NÚMERO DE FOLIO	NA
De la Unidad de Hemodiálisis			
Otras (Especifique)			

LICENCIA SANITARIA	AUTORIZADA PARA:	NÚMERO DE FOLIO	NA
Especifique			

**¿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:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## SERVICIOS SUBROGADOS

SERVICIO SUBROGADO	UBICACIÓN		LICENCIA SANITARIA / AVISO DE RESPONSABLE
	Dentro del establecimiento	Fuera del establecimiento	

## SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN UNIDADES DE HEMODIÁLISIS

*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 de la Unidad de Hemodiálisis \_\_\_\_\_

Firma del Director de la Unidad de Hemodiálisis \_\_\_\_\_

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

## CARTA COMPROMISO

El que suscribe \_\_\_\_\_, en mi calidad de Director de la Unidad de Hemodiálisis \_\_\_\_\_, 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 Unidades de Hemodiálisis 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 de Seguridad del Paciente del Consejo de Salubridad General**, que se encuentra en los Estándares para la Certificación de Unidades de Hemodiálisis, 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 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 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 Auditoría, 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 auditores, provisto de equipo de cómputo con acceso a internet e impresora; y proporcionaré alimentos a los auditores 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 auditores a la Dirección General Adjunta de Articulación durante la visita de Auditoría 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 auditoría, 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 \_\_\_\_\_