



SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN PARA CLÍNICAS DE ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA

La presente solicitud deberá ser llenada a máquina o con tinta negra y letra de molde, legible.
Si no cuenta con el servicio o con lo solicitado escriba NA (no aplica)

Nombre Comercial del Establecimiento _____
Razón Social _____
Domicilio _____
_____ C.P.: _____
Entidad Federativa: _____ Municipio / Delegación: _____

INSTITUCIÓN PÚBLICA							INSTITUCIÓN PRIVADA
IMSS	ISSSTE	SSA	SEDENA	SEMAR	PEMEX	OTRA	

Nombre del Director: _____
Teléfono directo con clave lada: _____ Otro tel. con lada y ext.: _____
Correo electrónico: _____

Nombre del responsable sanitario: _____
Teléfono directo con clave lada: _____ Tel. con lada y ext.: _____
Correo electrónico: _____

Nombre del coordinador del proceso de auditoría _____
Tel. directo con clave lada y ext. _____
Correo electrónico _____



Número de consultorios _____

Especialidad	Número de consultorios	Número de consultas (En los últimos 6 meses)	Se realizan procedimientos invasivos	Se administra anestesia / sedación

SERVICIOS ADMINISTRATIVOS

SERVICIOS	SI	NO	PROPIO	SUBROGADO
Recursos humanos				
Mantenimiento				
Seguridad y vigilancia				
Relaciones públicas				
Admisión				
Limpieza				



SERVICIOS DE APOYO

RADIOLOGÍA	PROPIO	SUBROGADO	OBSERVACIONES
OTRO ¿CUÁL?			

COMITÉS

COMITE	SI	NO
Calidad y seguridad del paciente		
Expediente Clínico		
Comisión de Seguridad e Higiene		
Interno de Protección Civil		

NORMATIVIDAD

Enviar copia de cada uno de los siguientes documentos

LISCENCIA SANITARIA	AUTORIZADA PARA	NÚMERO DE FOLIO
AVISO DE FUNCIONAMIENTO	NÚMERO DE FOLIO	NA
RESPONSABLE SANITARIO	NOMBRE	NÚMERO DE FOLIO

¿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?
Especifique la causa _____

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

**SISTEMA NACIONAL DE CERTIFICACIÓN
DE ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN MÉDICA
CARTA COMPROMISO**

El que suscribe _____, en calidad de Director del Establecimiento

de Atención Estomatológica _____, 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 para la Certificación de Clínicas de Atención Estomatológica.
2. Estoy consciente que para aprobar la primera fase del Proceso de Certificación, la Clínica a mi digno cargo 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 los Estándares para la Certificación de Clínicas de Atención Estomatológica y el Manual del Proceso para la Certificación de Clínicas de Atención Estomatológica y que todo el personal a mi cargo, los ha implementado, de acuerdo a su área de competencia.
4. Estoy consciente de que si cancelo la fecha de la visita de auditoría propuesta por la Dirección General Adjunta de Articulación, el establecimiento no podrá volverse a inscribir en, al menos, un plazo mínimo de 6 meses.
5. 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.
6. Por ningún motivo ofreceré obsequios o dádivas de cualquier naturaleza a los Auditores del Consejo de Salubridad General.
7. Aseguraré un espacio físico dentro de la Clínica 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 Líder de Auditoría.
8. Estoy consciente de que si implementamos medidas correctivas inmediatas durante el transcurso de la auditoría, no cambiarán las calificaciones asentadas en los elementos medibles ni las Observaciones de Auditoría.
9. 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.
10. 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)

**SISTEMA NACIONAL DE CERTIFICACIÓN
DE ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN MÉDICA
SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN PARA CLÍNICAS DE MÉDICA**

De conformidad con el Acuerdo número 039 de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica, publicado el 13 de diciembre del 2002, el cual señala que desde el principio del proceso se debe informar a las unidades que en caso de que incurran en falsedad de información, el proceso quedará suspendido.

Autentifico que toda la información presentada en esta Solicitud de Inscripción es verdadera, y en caso de que incurra en falsedad de la misma, el Consejo de Salubridad General podrá suspender, en cualquier momento, el proceso de Certificación del Establecimiento de Atención Estomatológica referido en este documento.

Nombre del Director del Establecimiento _____

Firma del Director del Establecimiento _____

Fecha de solicitud _____

APOYO LOGÍSTICO

INSTRUCCIONES DE TRASLADO DE LOS AUDITORES

TRANSPORTE AÉREO
<p>MENCIONE EL AEROPUERTO MÁS CERCANO A SU ESTABLECIMIENTO</p> <p>INSTRUCCIONES DE TRASLADO DEL AEROPUERTO A LOS HOTELES MENCIONADOS ABAJO</p>

TRANSPORTE TERRESTRE
<p>MENCIONE LA TERMINAL DE AUTOBUSES MÁS CERCANA</p> <p>INSTRUCCIONES DE TRASLADO DE LA TERMINAL DE AUTOBUSES A LOS HOTELES MENCIONADOS ABAJO</p>

HOTELES MÁS CERCANOS AL ESTABLECIMIENTO

NOMBRE DEL HOTEL	TELÉFONO CON LADA	TIEMPO DE TRASLADO AL ESTABLECIMIENTO	No DE ESTRELLAS	TARIFA POR NOCHE CON IVA

Se deberá garantizar que los Auditores cuenten con el servicio Alimentación e Internet durante TODA su estancia.

<p>OBSERVACIONES:</p>
