

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.csq.gob.mx/descargas/pdfs/certificacion/establecimientos/2017/1.SiNaCEAM/EPDC-Julio2017.pdf>



ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN DURANTE LA EVALUACIÓN

CAPCE

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

TIPO DE ESTABLECIMIENTO	CLÍNICA DE ATENCIÓN PRIMARIA / PRIMER NIVEL	CONSULTORIOS DE ESPECIALIDADES	UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR <i>(especificar si cuenta con Admisión continua)</i>	CENTRO DE ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL (sólo consulta)
	CENTRO ONCOLÓGICO (sólo consulta)	CENTRO OFTALMOLÓGICO (sólo consulta)	CENTRO ODONTOLÓGICO (sólo consulta)	UNIDAD DE REHABILITACIÓN (atención ambulatoria)

INSTITUCIÓN	Pública	Privada	Especifique
PERTENECE A UN CORPORATIVO No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	Nombre Y Número de Establecimientos		

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:

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

Días, Horario de Servicio y especificaciones, si corresponde	
---	--

SERVICIO DE ATENCIÓN PRIMARIA	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	PERTENECE A ALGÚN CORPORATIVO
SERVICIO DE CONSULTA DE ESPECIALIDADES	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No Sí (Especifique)

PERSONAL CLÍNICO EN FORMACIÓN	SI	NO	INVESTIGACIÓN CLÍNICA	SI	NO
--------------------------------------	----	----	------------------------------	----	----

PROMEDIO DE CONSULTAS DIARIAS	
NÚMERO TOTAL DE CONSULTORIOS	
METROS CUADRADOS DE CONSTRUCCIÓN QUE ABARCA EL ESTABLECIMIENTO	

Ha estado Certificado por el CSG	NO	SI	Vigencia del último Certificado
			Estándares con los que fue Auditado Criterios Unidades de Atención Ambulatoria <input type="checkbox"/> Estándares CAPCE 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	
--------------------	--

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"

● MEDICINA GENERAL		
● ESTOMATOLOGÍA		
● NUTRICIÓN		
● PSICOLOGÍA		
● MEDICINA DE ESPECIALIDADES		
● QUIMIOTERAPIA		
● RADIOTERAPIA		
● ACUPUNTURA		
● REHABILITACIÓN		
● MEDICINA PREVENTIVA		
● PLANIFICACIÓN FAMILIAR		
● "CURACIONES"		
● ADMISIÓN CONTINUA O URGENCIAS	Adultos	
	Pediatría	
	Obstetricia	

● HEMODIÁLISIS	
● FARMACIA	
● CENTRAL DE EQUIPO Y ESTERILIZACIÓN (CEYE)	
OTROS SERVICIOS (Especifique)	

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

● SERVICIOS DE APOYO	Trabajo Social	
	Relaciones Públicas	
	Limpieza	

● SERVICIOS DE APOYO	Otros (Especifique)	

● 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	
	Flouroscofia	
	Otros (Especifique)	

COMITÉS	SI	NO
Calidad y Seguridad del Paciente		
Expediente Clínico		
Otros (especifique)		

COMITÉS	SI	NO
Seguridad e Higiene		
Protección Civil		
Otros (especifique)		

SI SE REALIZAN PROCEDIMIENTOS INVASIVOS, DE ALTO RIESGO, ADMINISTRACIÓN DE ANESTESIA Y/O SEDACIÓN ESPECIFIQUE EN QUE PROCESOS Y EN QUE ÁREAS DEL ESTABLECIMIENTO

SI SU ORGANIZACIÓN HA IMPLEMENTADO LAS METAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, ESPECIFIQUE CUÁLES Y EN QUÉ PROCESOS O SISTEMAS.

MISP.1		MISP.4	
MISP.2		MISP.5	
MISP.3		MISP.6	

¿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. 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

(El contenido del plan se puntualiza en la sección de Estándares Centrados en la Gestión (ECG) en los estándares ECG.2.2, ECG.3 a ECG.3.7, ECG.5, ECG.7)

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 Aviso (s) de Funcionamiento				
1.2 Aviso de Responsable Sanitario				
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				

AUTORIZACIONES SANITARIAS

AUTORIZACIÓN SANITARIA	AUTORIZADO PARA	FOLIO	VIGENCIA	OBSERVACIONES
1.14 Aviso de Funcionamiento de Ambulancias				
1.15 Aviso de Responsable de Ambulancias				

AUTORIZACIÓN SANITARIA	AUTORIZADO PARA	FOLIO	VIGENCIA	OBSERVACIONES
<i>Otras Autorizaciones Sanitarias acorde al contexto de la organización</i>				

SERVICIOS SUBROGADOS

SERVICIO SUBROGADO SERVICIO QUE SE BRINDA (empresa que lo otorga)	UBICACIÓN	
	Dentro del establecimiento	Fuera del establecimiento
Laboratorio Clínico (Ejemplo UNO, S.A. de C.V.)	X	
Banco de sangre (Ejemplo UNO, S.A. de C.V.)		X
Lavandería (Ejemplo DOS, S.A. de C.V.)	X	