

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



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

INSTITUCIÓN	Pública	Privada	Especifique
Pertenece a un Corporativo No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>		Nombre y Número de Unidades	

NÚMERO DE MÁQUINAS DE HEMODIÁLISIS	
NÚMERO DE PACENTES EN EL PROGRAMA DE HEMODIÁLISIS	
PROMEDIO DE SESIONES DE HEMODIÁLISIS DIARIAS	
DÍAS Y HORARIO DE SERVICIO	
DISTRIBUCIÓN DE TURNOS	
REALIZAN PROCEDIMIENTOS INVASIVOS (Colocación/Retiro de accesos vasculares)	

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: 2012 2015

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

Metros cuadrados de construcción que abarca la Unidad	
--	--

¿Cuenta con médicos generales?	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	Número:	Funciones:
				Capacitación:

Ha estado Certificado por el CSG	NO	SI	Vigencia del último Certificado
			Estándares con los que fue Auditado Criterios Unidades de Hemodiálisis (previo a 2012) Estándares UH 2012

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 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 DE APOYO A LA GESTIÓN

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

 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

El contenido del plan se puntualiza en la Sección 3 de Estándares de Apoyo a la Atención, del Estándar EAA.53 al Estándar EAA.60; le solicitamos revise la página número 26 de los Estándares vigentes desde el 1 de julio de 2012, en su edición 2015)

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

¿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 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	
Lavandería (Ejemplo DOS, S.A. de C.V.)	X	