

Consejo de Salubridad General
Comisión para la Certificación de Establecimientos de Servicios de Salud

Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica
Solicitud de Inscripción para Establecimientos de Atención Médica Ambulatoria

Llenar todos los conceptos

FREM-0102

Nombre o razón social del establecimiento	<input type="text"/>		
Domicilio (Calle y Número)	<input type="text"/>	Colonia	<input type="text"/>
Localidad	<input type="text"/>	C. P.	<input type="text"/>
Municipio o Delegación	<input type="text"/>		
Entidad Federativa	<input type="text"/>		

Tipo de Unidad:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	UMF	CMF	C de Salud	Otro (Especificar)
Institución:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	IMSS	ISSSTE	SSA	PEMEX
				SEDENA
				SEMAR
				PRIVADA
	<input type="text"/>			
	OTRA (Especificar nombre de la Institución)			
Número de consultorios:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	De medicina general o familiar	De especialidad	Odontológicos	

Nombre del Director:	<input type="text"/>		
Teléfono (LADA)	<input type="text"/>	Fax	<input type="text"/>
e mail	<input type="text"/>		
Nº de Aviso de Funcionamiento	<input type="text"/>	Nº de Aviso de Responsable Sanitario	<input type="text"/>
Fecha de inicio de actividades	<input type="text"/>		
¿Actualmente el área física de algún servicio clínico se encuentra en ampliación, remodelación o adaptación?			
	SÍ	<input type="text"/>	NO <input type="text"/>

Fecha de la solicitud

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 Médica referido en este documento.

Nombre y firma del solicitante

SERVICIOS

Marque con una X la celda correspondiente para especificar que se cuenta con el servicio; las aclaraciones que procedan, anotarlas en la columna de observaciones

SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA			
SERVICIO	SÍ	NO	OBSERVACIONES
Consulta externa de medicina general o familiar			
Consulta estomatológica			
Yesos, curaciones y materiales sustitutivos			

SERVICIOS DE APOYO				
SERVICIO	SÍ		NO	OBSERVACIONES
	PROPIO	SUBROGADO		
Radiodiagnóstico				Anotar si son automatizados
Ultrasonido				
Laboratorio	Hematología			Anotar si son automatizados
	Química sanguínea			Anotar si son automatizados
	Parasitología			
	Bacteriología			
Farmacia				
Otros (especifique)				

OTRO TIPO DE ATENCIÓN QUE SE OTORQUE, PORQUE ASÍ ESTÉ DETERMINADO INSTITUCIONALMENTE, AÚN CUANDO NO SE TENGA EL SERVICIO CON UN ÁREA FÍSICA DELIMITADA			
TIPO DE ATENCIÓN QUE OTORGA	SÍ	NO	OBSERVACIONES
Atención de urgencias			
Atención de partos			

SERVICIOS ADMINISTRATIVOS				
SERVICIO	SÍ		NO	OBSERVACIONES
	PROPIO	SUBROGADO		
Administración				
Conservación y mantenimiento				
Limpieza				
Seguridad y vigilancia				
Recolección y disposición de RPBI				