



**CONSEJO
DE
SALUBRIDAD GENERAL**

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

*La presente solicitud deberá ser llenada a maquina 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 Hospital: _____
 Razón Social: _____
 Domicilio: _____
 Entidad Federativa: _____ Municipio / Delegación : _____

CLASIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

H. GENERAL	H. ESPECIALIDAD/ES	INSTITUTO

INSTITUCIÓN PÚBLICA

IMSS	ISSSTE	SSA	PEMEX	SEMAR	OTRA (Especificar)	INSTITUCIÓN PRIVADA

NÚMERO DE CAMAS CENSABLES

La cama en servicio instalada en el área de hospitalización que produce egresos hospitalarios.

NÚMERO DE CAMAS NO CENSABLES

La cama que se destina a la atención transitoria o provisional. No genera egresos hospitalarios.

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: _____
 Cargo: _____ Tel. directo con clave lada y ext.: _____
 Correo electrónico: _____

Los datos se solicitan de los registros de los últimos 6 meses

PROMEDIO DE DÍAS DE ESTANCIA

_____ DÍAS

PROMEDIO DE OCUPACIÓN HOSPITALARIA AL DÍA

_____ CAMAS

DIAGNÓSTICOS Y PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS

DIAGNÓSTICOS	%
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	

PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS	%
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	

METROS CUADRADOS DE CONSTRUCCIÓN QUE
ABARCA EL HOSPITAL

_____ m²

Favor de anexar una copia del mapa del establecimiento.

Si su hospital cuenta con más de un edificio, favor de llenar el siguiente cuadro

SERVICIO QUE SE BRINDA	UBICACIÓN

SERVICIOS RELACIONADOS CON LA ATENCIÓN MÉDICA

SERVICIOS		UBICACIÓN (edificio y piso)	PROPIO	SUBROGADO	NÚMERO DE CAMAS	ADMINISTRA SEDACIÓN	ADMINISTRA ANESTESIA
HOSPITALIZACIÓN	Gineco- Obstetricia						
	Medicina Interna						
	Pediatría						
	Cirugía						
	Otros (Especifique)						
TERAPIA INTENSIVA	Adultos						
	Pediátrica						
	Neonatal						
	Postquirúrgica						
	Coronaria						
	Otras (Especifique)						
ANESTESIOLOGÍA							
CLÍNICA DEL DOLOR							
URGENCIAS							
ADMISIÓN CONTINUA							
INHALOTERAPIA							
UNIDAD DE QUEMADOS							
QUIMIOTERAPIA							

SERVICIOS		UBICACIÓN (edificio y piso)	PROPIO	SUBROGADO	NÚMERO DE CAMAS	ADMINISTRA SEDACIÓN	ADMINISTRA ANESTESIA	
APOYO DIAGNÓSTICO	Laboratorio(s) de análisis Clínico(s)							
	Patología							
	Diagnóstico por Imagen							
	Servicio de Transfusión							
	Banco de Sangre							
	Endoscopía							
	Hemodinámica							
	Otros (especifique)							
	*HEMODIÁLISIS							
	*REHABILITACIÓN							
*PSIQUIATRÍA								
ONCOLOGÍA								
NUTRICIÓN								
CENTRO DE MEZCLAS								
FARMACIA								
CENTRAL DE EQUIPO Y ESTERILIZACIÓN (CEYE)								
TRANSPLANTES	Córnea							
	Riñón							
	Hígado							
	Hueso							
	Otros (especifique)							

* En caso de contar con Servicios Propios de Hemodiálisis, Rehabilitación y Psiquiatría, deberán de ser llenadas las cédulas de autoevaluación de estructura correspondientes.

SERVICIOS		UBICACIÓN (edificio y piso)	PROPIO	SUBROGADO	NÚMERO DE CAMAS	ADMINISTRA SEDACIÓN	ADMINISTRA ANESTESIA
OTROS (Especificar)							

QUIRÓFANOS

Número Total de Quirófanos

Señale los quirófanos ubicados en el hospital. Incluya todos las áreas en donde se brinda atención.

UBICACIÓN	NÚMERO DE QUIRÓFANOS	TIPO DE SERVICIO QUIRÚRGICO

CONSULTA EXTERNA

Si

No

Número Total de Consultorios

SERVICIO O ESPECIALIDAD	NÚMERO DE CONSULTORIOS	NÚMERO DE CONSULTAS (Últimos 6 meses)	UBICACIÓN (edificio y piso)	SE REALIZAN PROCEDIMIENTOS INVASIVOS	SE ADMINISTRA ANESTESIA / SEDACIÓN

CONSULTA EXTERNA

Si SERVICIO O ESPECIALIDAD	NÚMERO DE CONSULTAS (Últimos 6 meses)	UBICACIÓN (edificio y piso)	Número Total de Consultas SE REALIZAN PROCEDIMIENTOS INVASIVOS	SE ADMINISTRA ANESTESIA / SEDACIÓN
TOTAL DE CONSULTAS				

SERVICIOS DE ATENCIÓN EN EL HOGAR

TIPO DE ATENCIÓN	SI	NO
Servicio médico		
Servicios de enfermería		
Cuidados paliativos		
Farmacia		
Equipo médico		
Otros (Especifique)		

Si No

Promedio de pacientes visitados en su domicilio

Diario: _____

Mensual: _____

SERVICIOS ADMINISTRATIVOS

SERVICIOS	SI	NO	PROPIO	SUBROGADO
Recursos Humanos				
Mantenimiento				
Seguridad y vigilancia				
Cocina				
Lavandería				
Ambulancias				
Relaciones Públicas				
Admisión				
Limpieza				

SERVICIOS	SI	NO	PROPIO	SUBROGADO
Finanzas				
Ingeniería Biomédica				
Trabajo Social				
Otros (Especificar)				

ENSEÑANZA

Si

No

ENFERMERÍA

Si

No

NÚMERO DE PLAZAS

Grado	
Grado	
Grado	

MEDICINA

INTERNOS DE PREGRADO

Si

No

Número Total de Plazas

RESIDENCIAS MÉDICAS

Si

No

Número Total de Plazas

SUBESPECIALIDAD

Si

No

Número Total de Plazas

RESIDENCIAS MÉDICAS	NÚMERO DE PLAZAS
Ginecología y Obstetricia	
Pediatría	
Cirugía	
Medicina Interna	
Otras	

INVESTIGACIÓN

Si

No

Investigación Básica

Si _____

No _____

Investigación Clínica

Si _____

No _____

Otra _____

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? _____

Solo para los
Hospitales que
realizan Investigación

AVISO DE REGISTRO DE COMISIONES	NÚMERO DE FOLIO	NA
Comisión de Investigación		
Comisión de Ética		
Comisión de Bioseguridad		

COMITÉS HOSPITALARIOS

COMITÉS	SI	NO
Infecciones Nosocomiales		
Farmacovigilancia		
Calidad y Seguridad del Paciente		
Expediente Clínico		
Mortalidad Materna Y Perinatal		
Morbi-mortalidad		
Bioética		
Transplantes		

COMITÉS	SI	NO
Investigación		
Seguridad e Higiene		
Protección Civil		
Seguridad y Atención Médica en caso de Desastres		
Otros		

NORMATIVIDAD

Enviar copia de cada uno de los siguientes documentos

LICENCIA SANITARIA	AUTORIZADA PARA:	NÚMERO DE FOLIO	NA
Del Establecimiento	Donde se practican actos quirúrgicos u obstétricos		
Radiología e Imagen			
Farmacia			
Servicio de Transfusión			
Banco de Sangre y Hemoderivados			
Extracción y/o Transplantes de Órganos, Tejidos y Células			
Banco de Órganos, Tejidos y Células			
Transplante de Células Progenitoras Hematopoyéticas			
Otras (Especifique)			

NORMATIVIDAD

AVISO DE FUNCIONAMIENTO		NÚMERO DE FOLIO	NA
Del Establecimiento			
Laboratorio de Análisis Clínico			
Clínicas Dentales			
Ambulancias			
Otras (Especifique)			

RESPONSABLE SANITARIO	NOMBRE	NÚMERO DE FOLIO	NA
Del Establecimiento			
Laboratorio de Análisis Clínico			
Radiología e Imagen			
Banco de Sangre			
Otras (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: _____

Exclusivo para hospitales de la Secretaría de Salud y de los Servicios Estatales de Salud

NÚMERO DE CLUE

PERIODO DE VIGENCIA DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN

¿CUENTA CON LA CONSTANCIA DE ACREDITACIÓN*?

**Enviar una copia de la Constancia de Acreditación*



**CONSEJO
DE
SALUBRIDAD GENERAL**

SISTEMA NACIONAL DE CERTIFICACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN MÉDICA

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN PARA HOSPITALES

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 hospitalarias 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 Médica referido en este documento.

Nombre del Director del Establecimiento _____

Firma del Director del Establecimiento _____

Fecha de solicitud _____



SISTEMA NACIONAL DE CERTIFICACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN MÉDICA

CARTA COMPROMISO

El que suscribe _____, en calidad de Director del Hospital
_____, declaro que:

1. Conozco las tres fases del Proceso de Certificación: Inscripción y Autoevaluación, Auditoría y Dictamen, descritas en las Políticas de Certificación del Consejo de Salubridad General (ver Manual del Proceso para la Certificación de Hospitales).
2. Estoy consciente que para aprobar la primera fase del Proceso de Certificación, el Hospital 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 los Estándares para la Certificación de Hospitales y el Manual del Proceso para la Certificación de Hospitales vigente a partir del 1º de Enero de 2009.
4. Todo el personal del Hospital a mi cargo ha implementado, de acuerdo a su competencia, el Capítulo I: Estándares Internacionales, el Capítulo II: Estándares Nacionales de la Cédula para Certificar Hospitales, las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente y los Sistemas de Información.
5. Brindaré el apoyo logístico solicitado por la Dirección General Adjunta de Articulación para la realización de la Auditoría que podrá consistir en transportación aérea y/o terrestre, hospedaje, 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 del hospital 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 señalados en el Plan Específico de Auditoría.
8. Estoy consiente de que si se 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 de los auditores a la Dirección General Adjunta de Articulación durante la visita de Auditoría o en los días inmediatos de terminada la misma y no esperaré a que se emita el dictamen 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)

APOYO LOGÍSTICO

INSTRUCCIONES DE TRASLADO DE LOS AUDITORES

TRANSPORTE AÉREO

Mencione el aeropuerto más cercano a su hospital

Instrucciones de traslado del aeropuerto a los hoteles mencionados abajo

TRANSPORTE TERRESTRE

Mencione la terminal de autobuses más cercana

Instrucciones de traslado de la terminal de autobuses a los hoteles mencionados abajo

HOTELES MÁS CERCANOS DEL ESTABLECIMIENTO

NOMBRE DEL HOTEL	TELÉFONO CON CLAVE LADA	TIEMPO DE TRASLADO AL HOSPITAL	CUENTA CON INTERNET GRATUITO	ESTRELLAS		TARIFA POR NOCHE CON I.V.A.	INCLUYE DESAYUNO	
				4	5		SI	NO

OBSERVACIONES