



SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

INSTRUCCIONES DE LLENADO:

- 1. ESTA HOJA DE INSTRUCCIONES NO SE ANEXA AL FORMATO.**
- 2. El formato deberá ser llenado con letra de molde legible y tinta azul, o en su caso convertirlo a formato editable y llenarlo de forma electrónica en letra Arial.*
- 3. Cada hoja deberá ser rubricada por la máxima autoridad del establecimiento.*
- 4. La Razón Social deberá ser transcrita^o exactamente como aparezca en el Acta Constitutiva del Establecimiento o en la Cédula del Registro Federal de Contribuyentes.*
- 5. El domicilio debe ser proporcionado de forma completa, incluyendo número exterior, (Lote y Manzana, en su caso), Colonia y entre calles, así como código postal, para una mejor ubicación del mismo.*
- 6. Si no cuenta con el servicio o con lo solicitado, escriba NA (No Aplica).*
- 7. Los información se solicita actualizada (últimos 4 meses).*
- 8. Los datos escritos en el presente formato, son los que quedarán asentados en la base de datos del SiNaCEAM.*
- 9. Se debe adjuntar un oficio en hoja membretada del establecimiento, en el cual se solicite la inscripción y se enlisten los documentos enviados.*
- 10. Toda documentación deberá ser dirigida al Dr. José Ignacio Santos Preciado, Secretario del Consejo de Salubridad General, con atención al Dr. Francisco Javier Soberanes Velarde, Director General Adjunto de Articulación y Responsable del SiNaCEAM.*

No se aceptarán formatos incompletos.



CARTA COMPROMISO SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN AL SiNaCEAM

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 CCEAM 55/01.12.2017/4SO**, emitido por la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica, el cual señala que **se suspenderán del Proceso de Certificación a los establecimientos de atención médica que incurran en falsedad de información** proporcionada al SiNaCEAM durante cualquiera de las fases del mismo.

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 DEL ESTABLECIMIENTO		
RAZÓN SOCIAL O INSTITUCIÓN		
CORREOS ELECTRÓNICOS PARA ENVÍO DE DOCUMENTACIÓN		CCP:

**Esta información es la que se utilizará para elaborar documentación oficial.*

	NOMBRE COMPLETO	FIRMA
DIRECTOR		
RESPONSABLE SANITARIO		
RESPONSABLE DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO		
COORDINADOR DEL PROCESO DE EVALUACIÓN (CONTACTO CON EL CSG)		

Nombre Comercial: _____

Razón Social o Institución: _____

Domicilio: _____

_____ C.P.: _____

Municipio / Alcaldía : _____ **Entidad Federativa:** _____

TIPO DE ESTABLECIMIENTO	H. GENERAL	H. ESPECIALIDADES	CIRUGÍA DE CORTA ESTANCIA	CIRUGÍA OFTALMOLÓGICA	INSTITUTO
	CENTRO ONCOLÓGICO	CENTRO DE CIRUGÍA DE OBESIDAD	HOSPITAL PSIQUIÁTRICO	OTRO (Especificar)	

INSTITUCIÓN PÚBLICA						INSTITUCIÓN PRIVADA
IMSS	ISSSTE	SSA	PEMEX	FUERZAS ARMADAS	OTRA (Especificar)	

Título y 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: _____

Título y 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: _____

Título y 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: _____

Título y Nombre Completo del Coordinador del Proceso de Evaluación (Contacto con el SiNaCEAM)

Nombre del Cargo (Acorde al organigrama): _____

Teléfono directo con clave lada: (____) _____ **Tel. con lada y ext.:** (____) _____

Teléfono Celular: (____) _____

Correo electrónico: _____

SÓLO PARA ESTABLECIMIENTOS EN PROCESO DE RECERTIFICACIÓN	CAMBIOS O MODIFICACIONES EN EL ESTABLECIMIENTO <i>(*Si se han llevado a cabo anexar la descripción en un comunicado oficial al CSG firmado por la máxima autoridad responsable de la organización)</i> [Política 1 del Proceso de Certificación -Notificación de Cambios-]					<input type="checkbox"/> SI
						<input type="checkbox"/> 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:

**INSTITUCIONES
PRIVADAS**

Pertenece a un corporativo o grupo de hospitales: Sí No
 Número de Establecimientos:

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

Ha estado Certificado por el CSG

NO

SÍ

Vigencia del último Certificado

Estándares con los que fue Evaluado:

Criterios previos a 2009 2009

2011 2012

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.

Promedio de días de estancia

Porcentaje de ocupación hospitalaria

Metros cuadrados de construcción que abarca el hospital

Número de Quirófanos

Número de Unidades de Cuidados Intensivos

Personal Clínico en formación

SÍ

NO

Investigación Clínica

SÍ

NO

Días, Horario de Servicio y especificaciones, si corresponde

TURNOS DEL PERSONAL ENFERMERÍA
(Escribir nombre del turno y horario de cada uno)

Personal de la organización ha participado en algún curso o taller organizado por el CSG

NO

SÍ (Especificar en cuál, fecha y sede)

SITIO WEB

COMENTARIOS

DIAGNÓSTICOS Y PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS MÁS FRECUENTES

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

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

CONSULTORIOS

Número Total de Consultorios que funcionan bajo la Licencia Sanitaria del Establecimiento

No Aplica

● SERVICIOS QUE SE BRINDAN EN LOS CONSULTORIOS QUE FUNCIONAN BAJO LA LICENCIA SANITARIA DEL ESTABLECIMIENTO	SE REALIZAN PROCEDIMIENTOS INVASIVOS	ADMINISTRA SEDACIÓN	ADMINISTRA ANESTESIA
Consulta de Medicina General			
Consulta de Especialidades			
Consulta de Urgencias			
Consulta de Odontología			
Otros (<i>Especifique</i>)			

TURISMO MÉDICO

Si

No

MARQUE CON UNA "X" LOS SERVICIOS DE TURISMO MÉDICO QUE SE BRINDAN

Cirugía Bariátrica	Estomatología
Cirugía Ortopédica	Atención de Urgencia a Turistas (mediante convenio)
Cirugía Oftalmológica	Otros (<i>Especifique</i>)
Cirugía Estética	

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? _____

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"

● HOSPITALIZACIÓN		
● CUIDADOS INTENSIVOS	Adultos	
	Pediátrica	
	Neonatal	
	Postquirúrgica	
	Coronaria	
	Otras (Especifique)	
● CUIDADOS INTERMEDIOS		
● SERVICIOS QUIRÚRGICOS	Cirugía Mayor	
	Cirugía Menor	
	Cirugía Laparoscópica	
	Cirugía de Corta Estancia	
	Cirugía Robótica	
	Tococirugía	
	Quirófano en Servicio de Urgencias	
	Otros (Especifique)	
● ADMISIÓN CONTINUA O URGENCIAS	Adultos	
	Pediatría	
	Obstetricia	
● PSQUIATRÍA		
● HEMODIÁLISIS		
● ONCOLOGÍA		
● QUIMIOTERAPIA		
● RADIOTERAPIA		
● REHABILITACIÓN		
● CIRUGÍA BARIÁTRICA		
● INHALOTERAPIA		
● ACUPUNTURA		
● SERVICIOS ESPECIALIZADOS (Ver estándar ACC.1.5)	Atención a pacientes Quemados	
	Otras (Especifique)	
● PROCURACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS		
● TRASPLANTE	Cornea	
	Riñón	
	Hígado	
	Médula Ósea	
	Otras (Especifique)	
● FARMACIA (Especifique Servicios)		
● CENTRAL DE EQUIPO Y ESTERILIZACIÓN (CEYE)		
OTROS SERVICIOS (Especifique)		

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"

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	
	Fluoroscopia	
	Otros (Especifique)	

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

SERVICIOS DE APOYO	Trabajo Social	
	Relaciones Públicas	
	Limpieza	
	Otros (Especifique)	

PERSONAL CLÍNICO EN FORMACIÓN

Si

No

Marque con una "X" si cuenta con el personal o "NA" si no cuenta con el

MEDICINA	
Estudiantes	
Internos de Pregrado	
Residencias Médicas	
Subespecialidad	

ENFERMERÍA	
Estudiantes	
Pasantes	
Prácticas profesionales	
Postécnico	

OTRO PERSONAL CLÍNICO	
Nutrición	
Lic. Farmacia	
Inhaloterapia	
Ing. Biomédica	

Su Entidad Federativa tiene algún marco legal para regular la voluntad de las personas en caso de negarse a tratamientos o medios para prolongar su vida, por ejemplo, "Ley de Voluntad Anticipada"

Sí

No

(Especificar el marco normativo)

COMITÉS

COMITÉS	REGISTRO		NA
Comité Hospitalario de Bioética		Comisión Nacional de Bioética	
Comité de Ética en Investigación			
Comité Hospitalario de Bioseguridad		Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios	
Comité de Investigación			

COMITÉS	SI	NO	COMITÉS	SI	NO
Calidad y Seguridad del Paciente			Trasplantes		
Farmacia y Terapéutica			Investigación		
Farmacovigilancia			Seguridad e Higiene		
Para la Detección y Control de Infecciones Nosocomiales			Protección Civil		
Expediente Clínico			Seguridad y Atención Médica en caso de Desastres (Comisión)		
Mortalidad Materna y Perinatal					
Morbi-mortalidad					

¿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?

Sí

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. *Medición del Apego a una Guía Clínica o un Protocolo de Atención*
3. *Veinticinco Indicadores de Mejora de la Calidad*
4. *Sistema de Reporte y Análisis de Eventos Centinela, Eventos Adversos y Cuasifallas*
5. *Análisis de un proceso de riesgo con una herramienta proactiva*

SÍ

NO

(El contenido del plan se puntualiza en el apartado de Mejora de la Calidad y la Seguridad del Paciente (QPS) en los estándares QPS.1.2, QPS.2.1, QPS.3 – QPS.3.22, QPS.5, QPS.6, QPS.7 y QPS.10)

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	NA	AUTORIZADO PARA	FOLIO	VIGENCIA	OBSERVACIONES
1.1 Licencia Sanitaria del establecimiento					
1.2 Aviso de Responsable Sanitario del establecimiento					
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 Licencia Sanitaria de Centro de Mezclas				
1.15 Aviso de Responsable de Centro de Mezclas				
1.16 Licencia Sanitaria para Trasplante, Donación y/o Procuración de Órganos y Tejidos				
1.17 Responsable Sanitario de Trasplante, Donación y/o Procuración de Órganos y Tejidos				
1.18 Aviso de Funcionamiento de Ambulancias				
1.19 Aviso de Responsable de Ambulancias				

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