



CSG

CONSEJO DE SALUBRIDAD
GENERAL

MODELO ÚNICO DE EVALUACIÓN DE CALIDAD (MUEC) SOLICITUD DE REGISTRO INSTRUCCIONES DE LLENADO:

1. **ESTA HOJA DE INSTRUCCIONES NO SE ANEXA A LA SOLICITUD**
2. **Toda documentación deberá ser dirigida al Secretario del Consejo de Salubridad General (CSG)** de la administración en turno. Para tener los datos de a quien se dirigen los documentos se requiere verificar en la página web del Consejo de Salubridad General. (<http://www.csq.gob.mx/>)
3. **El establecimiento de atención médica (EAM) deberá presentar por escrito, en la oficialía de partes del CSG, original o copia certificada** del documento con el que el solicitante acredite su personalidad (**representante o apoderado legal**), así como los datos y correo electrónico de la persona autorizada para **recibir en medios físicos y electrónicos** notificaciones, documentos y resoluciones administrativas.
4. Se debe **adjuntar el oficio o escrito libre de solicitud de registro** en hoja membretada del EAM, en el cual se especifique el motivo de la solicitud y se enlisten los documentos enviados, debiendo ser firmado por el representante o apoderado legal.
5. **El EAM deberá contar con todas las autorizaciones sanitarias vigentes**, que correspondan a los servicios propios y subrogados que otorga. **No podrán aceptarse si se encuentran en trámite.** Así mismo se tienen que entregar en forma digitalizada o en copia simple legible. **Importante que el EAM** no debe contar con sanciones administrativas o previsiones abiertas.
6. El formato de solicitud de registro 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) número 10, respetando el formato, los colores, paginado y logotipos.**
7. Cada hoja del formato de solicitud de registro deberá ser **rubricada por el representante legal del EAM.**
8. **La razón social deberá ser transcrita exactamente como aparezca en el Acta Constitutiva de la persona moral del EAM o en la Cédula del Registro Federal de Contribuyentes.**
9. **El domicilio debe ser escrito de forma completa**, incluyendo calle/avenida número exterior, (lote y manzana, en su caso), colonia/fraccionamiento y entre que calles se ubica, así como código postal, municipio/alcaldía y entidad para una mejor ubicación de este.
10. **Si no cuenta o aplica con algo de lo que pide esta solicitud de registro, escriba NA (No Aplica).**
11. La información se solicita **actualizada (últimos 4 meses).**
12. **Los datos escritos en el presente formato físico, deberán ser los mismos asentados en la base de datos de la AppMUEC.**



SOLICITUD PARA EL REGISTRO

La Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica (CCEAM), con fundamento en los artículos: 4o., párrafo cuarto, 73, fracción XVI, bases 1a. y 3a. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 4o, fracción II, 15 y 17, fracción VI de la Ley General de Salud, 1, 9, fracción XII, 15, fracción III, 18 y 22 del Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General. (<http://www.csg.gob.mx/contenidos/normatividad/REGLAMENTOS.html>)

Se declara, bajo protesta de decir verdad, que toda la información presentada al Consejo de Salubridad General y a la Dirección de General de Calidad y Educación en Salud, durante las cinco fases de implementación del MUEC, es verdadera y puede ser comprobada en cualquier momento;¹ en caso de que incurra en falsedad de la misma, el CSG o la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES) podrán suspender, en cualquier momento, el Proceso de Certificación o, en su caso, la CCEAM podrá dictaminar al establecimiento como “No Certificado”, además de notificar a las autoridades competentes por incurrir en responsabilidades penales y se procederá según lo establecido en los artículos 247 del Código Penal Federal. (<https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPF.pdf>)

Importante: al requisitar esta solicitud, tiene que colocar cuando proceda una “X” o colocando de manera completa y clara la información solicitada.

Establecimiento de Atención Médica (EAM)

Nombre EAM: _____
Clave Única de Establecimiento de Salud (CLUES): _____
Razón Social o Institución: _____
Domicilio: _____
Código Postal: _____
Municipio /Alcaldía: _____
Entidad Federativa _____

¹ Esta información es la que se utilizará para elaborar documentación oficial.



SOLICITUD PARA EL REGISTRO

TIPO DE ESTABLECIMIENTO	
HOSPITAL	AMBULATORIO

FASE Y ETAPA MUEC EN LA QUE PARTICIPA	
FASE	ETAPA

INSTITUCIÓN							
IMSS	OPD IMSS BIENESTAR	ISSSTE	SSA	PEMEX	SEDENA	SEMAR	OTROS (Especificar)

Título y Nombre Completo del Representante o Apoderado legal: _____
 Nombre del Cargo (Acorde al Organigrama): _____
 Teléfono directo con clave lada: (____) _____ ext.: (____) _____
 Teléfono Celular: (____) _____
 Correo electrónico: _____
 Rúbrica _____

Título y Nombre Completo del Director del EAM: _____
 Nombre del Cargo (Acorde al Organigrama): _____
 Teléfono directo con clave lada: (____) _____ ext.: (____) _____
 Teléfono Celular: (____) _____
 Correo electrónico: _____

Título y Nombre Completo del Responsable Sanitario: _____
 Nombre del Cargo (Acorde al Organigrama): _____
 Teléfono directo con clave lada: (____) _____ ext.: (____) _____
 Teléfono Celular: (____) _____
 Correo electrónico: _____

Título y Nombre Completo del Coordinador o Responsable de la Implementación del Modelo Único de Evaluación de Calidad MUEC o Responsable de Calidad: _____
 Nombre del Cargo (Acorde al Organigrama): _____
 Teléfono directo con clave lada: (____) _____ ext.: (____) _____
 Teléfono Celular: (____) _____
 Correo electrónico: _____

INSTITUCIONES PRIVADAS	Pertenece a un Corporativo o grupo de hospitales: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Nombre Corporativo o Grupo de Hospitales:	Número de Establecimientos: <input type="text"/>

Fecha de inicio de funcionamiento del establecimiento.	DD/MM/AAAA
---	-------------------



SOLICITUD PARA EL REGISTRO

Ha estado Acreditado por la **DGCES** en procesos de acreditación. **SI** **NO**

Ha estado Certificado por el **CSG** en procesos de seguridad del paciente. **SI** **NO**

Vigencia de su último certificado de Acreditación

Vigencia de su último certificado de Certificación

Días, Horario de Servicio y especificaciones, si corresponde.

Número de camas censables		Personal Clínico en Formación	SI	NO
Número de camas no censables		Investigación clínica	SI	NO

Personal de la organización ha participado en algún curso o taller organizado por la DGCES o por el CSG	NO	Sí (Especifique en cuál, fecha y sede)
--	-----------	---

SITIO WEB de su organización. (Si corresponde)	
---	--

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	



CSG

CONSEJO DE SALUBRIDAD
GENERAL

SOLICITUD PARA EL REGISTRO

CONSULTORIOS

Número Total de Consultorios que funcionan bajo Licencia Sanitaria del EAM.

Servicios que se brindan en los consultorios que funcionan bajo la Licencia Sanitaria Vigente ²	Se realizan Procedimientos Invasivos	Administra Sedación	Administra Anestesia
Consulta de Medicina General			
Consulta de Medicina interna			
Consulta de Cirugía General			
Consulta Urgencias			
Consulta de Anestesiología			
Consulta de Ginecología			
Consulta de Atención Obstétrica			
Consulta de Pediatría			
Consulta Odontológica			
Consulta Maxilofacial			
Clínica de Dolor y Cuidados Paliativos.			
Consulta de oftalmología			
Consulta de otorrinolaringología			
Consulta de dermatología			
Consulta de Traumatología / Ortopedia			
Consulta de Nutrición			
Consulta de Geriatria			
Otros (Especificar)			

² En caso de contar con algún Procedimiento Administrativo Abierto por parte de la Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios o áreas de Regulación Sanitaria de su Entidad Federativa la solicitud de inscripción no procederá.



SOLICITUD PARA EL REGISTRO

SERVICIOS QUE BRINDA LA ORGANIZACIÓN

- Marcar con una "X" los servicios que brinda su organización especificando si son propios o subrogados.
En caso de no contar con servicios subrogados escribir "NA" (No aplica)
En caso de que el servicio sea subrogado escribir una "S"

Table with columns for Hospitalización, Cuidados Intensivos, Cuidados Intermedios, Servicios Quirúrgicos, and Admisión Continua o Urgencias.

Table listing other services such as Psychiatry, Hemodialysis, Oncology, Chemotherapy, Radiotherapy, Rehabilitation, Bariatric Surgery, Inhalation Therapy, Acupuncture, Pain Management, Pharmacovigilance, and Epidemiology.

Table for Specialized Services (Ver ACC 1.6) including patient care for burns, intensive care, transplant units, and other specific services.

Table for Organ and Tissue Procurement and Transplantation (Ver COP .9) including Cornea, Kidney, Liver, Bone Marrow, and other specific transplants.

Table for Pharmacy (Specify Services), Central Equipment and Sterilization (CEYE), and Other Services (Specify).



SOLICITUD PARA EL REGISTRO

SERVICIOS QUE BRINDA LA ORGANIZACIÓN

- Marcar con una "X" los servicios que brinda su organización
- Marcar con una "S" en caso de que el servicio sea subrogado
- Marcar con "NA" si no se brinda ese servicio

SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNOSTICO	Laboratorio Clínico	
	Patología	
	Banco de Sangre	
	Microbiología	
	Genética	
	Inmunohistoquímica	
	Toxicología	
	Otras (Especifique)	

SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNOSTICO	Radiología y Diagnóstico por Imagen	
	Endoscopia	
	Hemodinámica	
	Medicina Nuclear	
	Fluoroscopio	
	Otras (Especifique)	

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

SERVICIOS DE APOYO	Banco de Sangre	
	Microbiología	
	Genética	
	Inmunohistoquímica	
	Toxicología	
	Otras (Especifique)	

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"

SI

NO

Especificar el marco normativo



SOLICITUD PARA EL REGISTRO

COMITÉS

COMITÉS	REGISTRO (Fecha) DD/MM/AAAA
Comité Hospitalario de Bioética	
Comité de ética e Investigación	
Comité de Bioseguridad	
Comité de Investigación	
Comité de Trasplante interno de Coordinación para la donación de órganos y tejidos	

COMITÉ	SI	NO
1. Subcomité del Expediente Clínico		
2. Comité para la Detección y Control de Infecciones Nosocomiales (CODECIN/CODECIAAS)		
3. Comité de Mortalidad Hospitalaria, Materna y Perinatal.		
4. Comité de Seguridad y Atención Médica en Casos de Desastre.		
5. Comité de Insumos		
6. Comité de Enseñanza, Investigación y Capacitación.		
7. Comité de Farmacovigilancia y Tecnovigilancia.		
8. Comité de Trasplante interno de Coordinación para la donación de órganos y tejidos (Trasplantes)		
9. Comité de Seguridad e Higiene de los Trabajadores.		
10. Comité de Medicina Transfusional.		
11. Comité de Calidad y Seguridad del Paciente COCASEP o equivalente		
12. Comité Hospitalario de Bioética		
13. Comité de Ética en Investigación		
14. Comité de Bioseguridad		

SOLO PARA EAM EN PROCESO DE RECERTIFICACIÓN EN EL MUEC

Cambios o modificaciones en el EAM : si se han llevado a cabo, anexar la descripción en un comunicado oficial al CSG firmado por la máxima autoridad responsable de la organización.					SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
ESTRUCTURA	DEMONINACIÓN	DIRECTIVOS	UBICACIÓN	SERVICIOS NUEVOS	OTRA (Especificar)	



CSG

CONSEJO DE SALUBRIDAD
GENERAL

SOLICITUD PARA EL REGISTRO

SERVICIOS SUBROGADOS

Enliste todos los Servicios que subroga su organización en los cuales ha implementado el Estándar GLD.5.5

Servicio Subrogado		Ubicación (Marcar con una "X")	
Servicio que brinda	Nombre y datos de la empresa	Dentro del Establecimiento	Fuera del establecimiento

**SOLICITUD PARA EL REGISTRO****AUTORIZACIONES SANITARIAS**

Los hospitales deben cumplir con los requisitos indispensables establecidos por la Comisión Federal y/o Estatales para la Protección contra Riesgos Sanitarios de cada una de las actividades o servicios que oferte, en los que sea necesario su escrito cumplimiento.

AUTORIZACIONES SANITARIAS	No aplica NA	AUTORIZADO PARA	FOLIO	VIGENCIA	OBSERVACIONES
Licencia Sanitaria del establecimiento					
Aviso de Responsable Sanitario del establecimiento					
Aviso de Funcionamiento del Laboratorio Clínico					
Aviso de Responsable del Laboratorio Clínico					
Licencias Sanitaria del Servicio de Rayos X e Imagen					
Permiso de Responsable de la Operación y Funcionamiento de establecimientos de diagnóstico Médico con rayos X					
Licencia Sanitaria del Banco de Sangre					
Aviso de responsable de Banco de Sangre					
Licencia Sanitaria del Servicio de Transfusión					
Aviso de Responsable del servicio de Transfusión					
Licencia Sanitaria de Farmacia					
Aviso de Funcionamiento de Farmacia					
Aviso de Responsable de Farmacia					
Licencia Sanitaria de Centro de Mezclas					
Aviso de Responsable de Centro de Mezclas					
Licencia Sanitaria para Trasplante, Donación y/o Procuración de Órganos y Tejidos					
Responsable Sanitario de Trasplante, Donación y/o Procuración de Órganos y Tejidos					
Aviso de Funcionamiento de Ambulancias					
Aviso de Responsable de Ambulancias					



CSG

CONSEJO DE SALUBRIDAD
GENERAL

SOLICITUD PARA EL REGISTRO

Otros Acorde al Contexto del Establecimiento de Atención Médica				
Autorización Sanitaria	Autorizado Para	Folio	Vigencia	Observaciones

El EAM solicitante deberá crear un espacio de alojamiento de archivos en los que dispondrá para la consulta de la información correspondiente a la Etapa 1 y para la Definición de Procesos, en Formato PDF, así como la Autoevaluación en formato Excel.

Colocar en este recuadro la liga de acceso para consulta de información:

--

<p>Si hay algo que registrar, que no se encuentre referido en esta solicitud, colocar en este recuadro</p>	
---	--