



# Formulario de adhesión de hospitales que se encuentran fuera del proceso de certificación

## (Continuidad Anexo 3)

	TÍTULO Y NOMBRE COMPLETO	FIRMA
DIRECTOR GENERAL O REPRESENTANTE LEGAL		
RESPONSABLE SANITARIO		
COORDINADOR DEL PROCESO (ENLACE CON EL CSG)		

Nombre comercial: \_\_\_\_\_  
 Razón Social: \_\_\_\_\_  
 ¿Registrado en el Si  No   
 SiNaCEAM? Exp. \_\_\_\_\_ Certificado \_\_\_\_\_ C. vencido \_\_\_\_\_ En Proceso \_\_\_\_\_ Solicitud \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

Municipio/Alcaldía: \_\_\_\_\_ Entidad federativa: \_\_\_\_\_  
 Coordenadas geográficas  
 Grados decimales. Ej. Lat. 19.4356715 Long. -99.1867758 Latitud \_\_\_\_\_ Longitud \_\_\_\_\_

**Título y Nombre Completo del Director**  
 General o representante legal: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Cargo (Acorde al organigrama): \_\_\_\_\_  
 Teléfono directo con clave lada: \_\_\_\_\_ Otro teléfono, incluir extensión si aplica: \_\_\_\_\_  
 Teléfono móvil: \_\_\_\_\_ Correos electrónicos: \_\_\_\_\_

**Título y Nombre Completo del Responsable Sanitario:** \_\_\_\_\_  
 Nombre del Cargo (Acorde al organigrama): \_\_\_\_\_  
 Teléfono directo con clave lada: \_\_\_\_\_ Otro teléfono, incluir extensión si aplica: \_\_\_\_\_  
 Teléfono móvil: \_\_\_\_\_ Correos electrónicos: \_\_\_\_\_

**Título y Nombre Completo del Coordinador del Proceso:** \_\_\_\_\_  
 Nombre del Cargo (Acorde al organigrama): \_\_\_\_\_  
 Teléfono directo con clave lada: \_\_\_\_\_ Otro teléfono, incluir extensión si aplica: \_\_\_\_\_  
 Teléfono móvil: \_\_\_\_\_ Correos electrónicos: \_\_\_\_\_





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

Instituciones privadas					
¿Pertenece a un corporativo o grupo de hospitales?	Si		¿Cuál?		No
¿Es miembro de una asociación o consorcio?	Si		¿Cuál?		No

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		Días, Horario de Servicio y especificaciones, si corresponde
Porcentaje de ocupación hospitalaria		
Metros cuadrados de construcción que abarca el hospital		
Número de Quirófanos		
Número de Unidades de Cuidados Intensivos		

SITIO WEB	
-----------	--

COMENTARIOS	
-------------	--

### DIAGNÓSTICOS MÁS FRECUENTES

DIAGNÓSTICOS	%
1 Atención de parto, embarazo y puerperio.	
2 Cesáreas.	
3 Enfermedades del apéndice.	
4 Hernias complicadas.	
5 Úlceras gástricas y duodenal complicadas.	
6 Endoscopias.	
7 Colectomías.	

DIAGNÓSTICOS	%
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	

### 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	¿Cuántos?
Consulta de Medicina General	
Consulta de Especialidades	
Consulta de Urgencias	







## SERVICIOS QUE BRINDA LA ORGANIZACIÓN

*Instrucciones de llenado*  
*Marque con X sí cuenta con los servicios*  
*Escriba NA si no cuenta con el servicio*  
*Contabilice la totalidad de unidades de atención para cada servicio*

### DIAGNÓSTICO

<b>SERVICIOS AUXILIARES</b>	Laboratorio clínico	
	Patología	
	Banco de sangre	
	Toxicología	
	Otras (especifique)	

<b>SERVICIOS AUXILIARES</b>	Radiología y Diagnóstico por Imagen	
	Endoscopía	
	Hemodinamia	
	Flouroscopía	
	Otras (especifique)	

<b>SERVICIOS DE APOYO</b>	Ingeniería Biomédica	
	Mantenimiento	
	Seguridad y/o Vigilancia	
	Alimentación	
	Lavandería	
	Ambulancias	
	Limpieza	
	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"

SÍ

NO





## COMITÉS

COMITÉS	SÍ	NO
Comité Hospitalario de Bioética		
Comité Hospitalario de Bioseguridad		
Farmacovigilancia		
Para la Detección y Control de Infecciones Nosocomiales		
Expediente Clínico		
Mortalidad Materna y Perinatal		
Morbi-mortalidad		
Protección contra Riesgos Sanitarios		
Seguridad y Atención Médica en caso de Desastres (Comisión)		
Protección Civil		
Seguridad e Higiene		

¿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 <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<b>Especifique la causa</b>		

¿Tiene sanciones de inhabilitación, relacionadas con la prestación de los servicios ante instancias de regulación sanitaria estatales o federales u otras autoridades?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<b>Especifique la causa</b>		

<b>CUENTA CON CLAVE ÚNICA DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD (CLUES) POR LA DGIS</b>





## AUTORIZACIONES SANITARIAS

Los 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					
1.14 Licencia Sanitaria de Centro de Mezclas					





AUTORIZACIÓN SANITARIA	NA	AUTORIZADO PARA	FOLIO	VIGENCIA	OBSERVACIONES
1.15 Aviso de Responsable de Centro de Mezclas					
1.16 Aviso de Funcionamiento de Ambulancias					
1.17 Aviso de Responsable de Ambulancias					
1.18 Nombre y cédula profesional del principal responsable de la atención de partos, embarazos, puerperios y cesáreas (Ginecoobstetra)					
1.19 Nombre y cédula profesional del principal responsable de la atención de enfermedades del apéndice (Cirujano General)					
1.20 Nombre y cédula profesional del principal responsable de la atención de Hernias Complicadas (Cirujano General)					
1.21 Nombre y cédula profesional del principal responsable de la atención de úlceras gástricas y duodenales (Cirujano General)					
1.22 Nombre y cédula profesional del principal responsable de la atención de Endoscopias (Cédula de endoscopista)					





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

