

Postulación de Hospital Privado al Convenio de colaboración para emergencia COVID-19

Para iniciar el proceso de alta de un hospital privado al convenio, tendrás que acceder a la siguiente dirección WEB:

www.hospitalesxmexico.com

Ingresa en la sección POSTULAR en la parte superior.

[INICIO](#)

[POSTULAR](#)

[CONTACTO](#)

HOSPITALES X MÉXICO

Juntos, Gobierno y Hospitales Privados x un México saludable

Debido a la situación que atraviesa el país por la epidemia de enfermedad por el virus SARS-CoV2 (COVID-19), conocido como coronavirus, es necesaria la correcta planeación para la atención de los casos que se presenten y aquellos que necesiten hospitalización.

A continuación te presentamos el cuestionario para que puedas ir adelantando la recopilación de información y de documentos.

Todos los documentos se deben de cargar en formato PDF.

Todos Juntos Contra el COVID-19

Sección 1 - Datos Generales

Clave CLUES *

[Consulta Clave CLUES Y Unidad de Salud](#)

Nombre Hospital Privado *

Nombre Completo del Responsable del Hospital *

Nombre

Segundo Nombre

Apellidos

Teléfono fijo de Contacto Responsable del Hospital Privado *

 -

Teléfono celular de Contacto Responsable del Hospital Privado

 -

Email contacto Hospital *

Este correo será utilizado para enviar información relevante del programa

Dirección Hospital Privado

Número y Calle	<input type="text"/>
Colonia	<input type="text"/>
Municipio	<input type="text"/>
Estado	<input type="text"/>
Código Postal	<input type="text"/>

Sección 2 - Contrato de Adhesión

[Descarga del Contrato de Adhesión](#)

[Descarga del Convenio Marco Subrogación](#)

Deberá leer y firmar los términos Generales del "Convenio Marco Subrogación" y "Contrato de Adhesión" para participar en el Programa.

Carga de Contrato de Adhesión *

No se eligió archivo

Este documento debe contener Firmas autógrafa del Representante Legal

Carga de Contrato Marco *

No se eligió archivo

Este documento debe contener Firmas autógrafa del Representante Legal

Sección 3 - Solicitud de Inscripción al Programa

Descarga Cuestionario de Inscripción

Deberá leer y firmar los términos Generales del "Contrato Marco" y "Contrato de Adhesión" para participar en el Programa.

Carga de Cuestionario de Inscripción CSG firmado *

No se eligió archivo

Solo documentos PDF

Sección 4 - Carga de Documentos

4.1 Carga de Identificación Oficial Vigente del Representante Legal *

Seleccionar archivo No se eligió archivo

4.2 Carga de comprobante de domicilio del Hospital *

Seleccionar archivo No se eligió archivo

La vigencia deberá ser menor a 3 meses

4.3 Captura el Nombre de Documento y Fecha de Emisión *

Nombre Documento	Fecha de Emisión
<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input data-bbox="386 745 431 774" type="button" value="+"/>	

Para cada documento cargado, realizar la captura del nombre de documento y fecha de emisión en el orden previamente capturado

4.4 Carga de Licencias, permisos y otra documentación relevante *

Cargar Documentos

Sección 5 - Carga de Información y Capacidad Hospitalaria

5.1 Capacidades por procedimientos

¿Se tiene capacidad para realizar los siguientes procedimientos en el Hospital?

	SI	NO
Partos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cesáreas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Apendicectomía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reparación de Hernias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Litiasis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Úlcera Gástrica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5.2 Inventario Hospitalario

	Programa Subrogación	Uso Interno	Pacientes COVID-19
Número total de camas de hospitalización INSTALADAS	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Número total de camas de hospitalización por EXPANSIÓN HOSPITALARIA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Número total de camas de cuidados intensivos INSTALADAS	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Número total de camas de cuidados intensivos POR EXPANSIÓN	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Número TOTAL de Ventiladores	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dispone del equipo de protección personal suficiente para la atención de los pacientes considerados en su expansión hospitalaria	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cuentan con insumos necesarios para atender a los pacientes considerados en su expansión hospitalaria	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

5.3 Asignación de Personal Médico

	Programa Subrogación	Uso Interno	Pacientes COVID-19
Número TOTAL de médicos intensivistas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Número TOTAL de enfermeras	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

5.4 Consulta Externa y Cirugías

	SI
¿Cuenta con el servicio de consulta externa?	<input type="radio"/>
¿Puede suspender el servicio de consulta externa?	<input type="radio"/>
¿Puede suspender el servicio de cirugías programadas?	<input type="radio"/>
¿Número total de cirugías programadas que puede realizar diariamente?	<input type="radio"/>
¿Número total de cirugías programadas que podría suspender diariamente?	<input type="radio"/>

¿Número total de cirugías programadas que puede realizar diariamente?	<input type="text"/>
¿Número total de cirugías programadas que podría suspender diariamente?	<input type="text"/>

5.5 Atención IRAG

¿El espacio físico que habilitará como recepción de pacientes cuenta con las medidas de aislamiento por gotas o contacto?	<input type="checkbox"/>
¿Número de espacios físicos para instalar las medidas de aislamiento por gotas o contacto?	<input type="checkbox"/>
¿Habilitará un espacio físico para la recepción de pacientes con síntomas respiratorios?	<input type="checkbox"/>
¿Número de pacientes que podrían ser valorados en la recepción de pacientes con síntomas respiratorios en 24 horas?	<input type="checkbox"/>
¿Cuenta con espacio físico para realizar la atención INICIAL de pacientes graves?	<input type="checkbox"/>
¿Cuenta con personal capacitado para la atención de pacientes COVID 19?	<input type="checkbox"/>
¿Cuenta con el Comité Hospitalario de Seguridad y Atención Médica en caso de Desastres?	<input type="checkbox"/>
¿El personal cuenta con acceso al lineamiento para la atención de pacientes COVID 19 emitido por el Gobierno Federal?	<input type="checkbox"/>
¿Cuenta con aprobación para la realización de pruebas de laboratorio para COVID 19?	<input type="checkbox"/>
¿Número TOTAL de pruebas para COVID 19 que puede realizar diariamente?	<input type="checkbox"/>

Términos y Condiciones

“Manifiesto que la información y documentos en esta solicitud son veraces y contienen la toda la información requerida y afirmo que soy legalmente responsable de la autenticidad y veracidad de las mismas, asumiendo asimismo, todo tipo de responsabilidad derivada de cualquier declaración en falso sobre las mismas.” *

Estoy de acuerdo con los Términos y Condiciones. *