

**CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN
CAUSES-2N-2018**

DATOS GENERALES DEL ESTABLECIMIENTO CÁTALOGO CLUES

Entidad Federativa	JALISCO
Jurisdicción Sanitaria / Delegación / Municipio	IX AMECA
Nombre del Establecimiento	HOSPITAL REGIONAL COCULA
Clave CLUES	JCSSA001401
Institución: SSA= Secretaría de Salud, IMO= IMSS PROSPERA, SMP= Servicios Médicos Privados, O= Otros	SSA
Tipología SINERHIAS : a) Hospital General b) Especializado	HOSPITAL GENERAL
Cédula de evaluación específica con base a los servicios que se otorgan: a) Hospital General, b) Hospital Materno Infantil, c) Hospital Pediátrico	HOSPITAL GENERAL
Horario de atención del establecimiento de atención médica	24 HR
Domicilio	CARR GUADALAJARA BARRA DE NAVIDAD #43
Licencia Sanitaria	
Nombre del Director o Responsable del Establecimiento	DELIA ARACELI DIAZ FLORES
Licencia y Responsable Sanitario Rayos X	14-024-AM-0620
El establecimiento se encuentra en zona indígena	NO
1. Acreditación 2. Supervisión 3. Reacreditación	Acreditación
Nombre del responsable de la evaluación	
Fecha de la visita	5 DE OCTUBRE DE 2021

INFRAESTRUCTURA FÍSICA/ SINERHIAS

Número de Baños para el personal	9
Número de Baños para pacientes	19
Número de Consultorios de Medicina General	3
Número de Consultorios de Estomatología	1
Cuenta con área de Imagenología	1
Cuenta con área de Laboratorio Clínico	1
Cuenta con Central de Esterilización y Equipo	1
Cuenta con Terapia Intensiva	0
Número de camas en Terapia Intensiva	0
Cuenta con Terapia Intensiva Pediátrica	0
Número de camas en Terapia Intensiva Pediátrica	0
Cuenta con Terapia Intensiva Neonatal	0
Número de cunas en Terapia Intensiva Neonatal	0
Número de Quirófanos	2
Unidad Toco Quirúrgica	1
Cuenta con almacén temporal de Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos	1
Cuenta con área de Farmacia	1
Cuenta con área de Dirección	1

RECURSOS HUMANOS EN SALUD/SINERHIAS

Total - Médicos Generales, Odontólogos y Especialistas	42
Total - Pasantes de Medicina	0
Total - Médicos en otras actividades	4
Total - Pasante de Odontología	0
Total - Médicos Odontólogos	1
Total - Personal Técnico en Odontología	0
Total - Enfermeras en contacto con el paciente	85
Total - Enfermeras en otras actividades	6
Total - Pasantes de Enfermería	8
Total - Auxiliares de Enfermería	27
Total - Radiología	3
Total - Químicos	9
Total - Personal de Trabajo Social	5
Total - Personal de Psicología	0

EQUIPAMIENTO / SINERHIAS

Esfigmomanómetro (aneroide o electrónico)	9
Estetoscopio biauricular	3
Estuche de diagnóstico	12
Mesa de exploración general o ginecológica	SI
Unidad dental	SI
Rayos X dental	SI
Autoclave dental de vapor autogenerado	SI
Refrigerador de farmacia	SI

Esterilizador de vapor	1
Detector de latido fetal	15
Cuenta con refrigerador para guarda de biológico	SI
Medidor de glucosa	15
Analizador de tiempos de coagulación en sangre entera	1
Analizador de hematología básico	1
Unidad radiológica para localización anatómica	1
CRITERIOS MAYORES PARA HOSPITAL GENERAL	
Unidad Quirúrgica y Tocoquirúrgica	
Médico Especialista en Gineco-Obstetricia	
Médico Especialista en Cirugía General	
Médico Especialista en Pediatría	
Médico Especialista en Medicina Interna	
Médico Especialista en Anestesiología General Pediátrica o anestesiólogo con adiestramiento en pediatría	
Médico Especialista en Urgencias	
Personal de Enfermería con Licenciatura o Especialista adscrito en las áreas críticas	
Personal Técnico y Profesional en laboratorio clínico	
Personal Técnico o Profesional en Imagenología	
Médico Especialista en Medicina Interna o Medicina del enfermo en estado crítico (UTIA)	
Médico Especialista en Pediatría o Medicina del enfermo pediátrico en estado crítico (UTIP)	
Médico Especialista en Pediatría o Neonatología (Unidad Tocoquirúrgica y en UCIN)	
Circuito eléctrico conectado a planta de emergencia con arranque máximo de 15 segundos	
CRITERIOS MAYORES PARA HOSPITAL MATERNO INFANTIL	
Unidad Quirúrgica o Tocoquirúrgica	
Médico Especialista en Gineco-Obstetricia	
Médico Especialista en Anestesiología	
Personal de Enfermería con Licenciatura o Especialista adscrito en las áreas críticas	
Personal Técnico y Profesional en laboratorio clínico	
Personal Técnico o Profesional en Imagenología	
Médico Especialista en Pediatría o Neonatología (Unidad Tocoquirúrgica y en UCIN)	
Médico Especialista en Medicina Interna o Medicina del enfermo en estado crítico (UTIA)	
Circuito eléctrico conectado a planta de emergencia con arranque máximo de 15 segundos	
CRITERIOS MAYORES PARA HOSPITAL PEDIÁTRICO	
Unidad Quirúrgica	
Médico Especialista en Pediatría	
Médico Especialista en Anestesiología General Pediátrica o anestesiólogo con adiestramiento en pediatría	
Médico Especialista en Cirugía General y/o Cirugía Pediátrica	
Personal de Enfermería con Licenciatura o Especialista adscrito en las áreas críticas	
Personal Técnico y Profesional en laboratorio clínico	
Personal Técnico o Profesional en Imagenología	
Médico Especialista en Pediatría o Medicina del enfermo pediátrico en estado crítico (UTIP)	
Médico Especialista en Pediatría o Neonatología (Unidad Tocoquirúrgica y en UCIN)	
Circuito eléctrico conectado a planta de emergencia con arranque máximo de 15 segundos	
Fuente: Dirección General de Información en Salud- Catálogo CLUES y base de datos SINERHIAS	

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN									
CAUSES-2N-2018									
JCSSA001401 HOSPITAL REGIONAL COCULA									
GOBIERNO HG - HMI - HP									
Normatividad aplicable	Concepto	ESTRUCTURA	Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD
		Evidencia Observacional		Evidencia Observacional	Evidencia Documental				
		El evaluador deberá:					El evaluador deberá:		
1	Articulos 47 y 200 BIS de la LGS y el numeral 5 Generalidades, NOM-016-SSA3-2012, numerales 5.1.1.	Autorizaciones Sanitarias	Verificar: 1. Existencia de señalización. 2. Que cuente con señalamiento de emergencia para protección civil. 3. Que el punto de reunión esté delimitado e identificado.	1	Verificar: 1. Que se encuentre en lugar visible. 2. Que el documento esté vigente y que corresponda al establecimiento.	1	Verificar documento oficial.	1	4.- Planeación. 4.2 Cumplimiento de la Regulación.
2	Articulos 47 y 200 BIS de la LGS y el numeral 5 Generalidades, NOM-016-SSA3-2012, numerales 5.1.1, 5.1.2.		Verificar Responsable Sanitario.	1	Verificar: 1. Que se encuentre en lugar visible. 2. Que el documento esté vigente y que corresponda.	1	verificar documento oficial.	1	4.- Planeación. 4.2 Cumplimiento de la Regulación.
RECURSO HUMANO HOSPITAL GENERAL									
3	Articulo 15-B LFT. Articulos 78, 79, 81, 82, 83, 90, 92 de la LGS. Articulos 21, 22, 24, 25, 27 RLGSMPSAM ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/09/17. AESP 5 B.	Personal Médico de Anestesiología General y pediátrica o anestesiólogo con adiestramiento en pediatría (Criterio mayor)	Verificar la existencia de recurso humano para garantizar la prestación de los servicios de atención médica.	1	Verificar: 1. Que el personal se encuentre en su área de trabajo en el turno correspondiente, portando uniforme y gafete, desarrollando las actividades correspondientes a su formación y perfil. 2. Que corresponda el registro de entrada y salida con el horario en Plantilla de personal. 3. Que cumpla con las capacitaciones de los Programas establecidos y las específicas de acuerdo a su competencia.	1	Verificar: 1. Contar con Plantilla de personal, por área, turno, con las respectivas sumatorias. 2. Registros de asistencia 3. Expediente de personal (contrato laboral vigente, hoja de adscripción u oficio de comisión al servicio, título y cédula profesional de la licenciatura, diploma y cédula de la especialidad y en su caso la certificación vigente de la especialidad). 4. Programa de cobertura de periodos vacacionales. 5. Constancia de capacitación respecto a las Acciones Esenciales para la seguridad del Paciente 6. Constancia de capacitación en Cuidados Paliativos 7. Constancia de capacitación en materia de prevención de incendios y atención de emergencias 8. Constancia de capacitación en interculturalidad.	0	2.- Liderazgo. 4.- Planeación. 6.- Desarrollo y Satisfacción del Personal. 2.3 Metas y objetivos claros. 4.1 Planeación estratégica. 6.1 Evaluación del desempeño. 6.2 Identificación y desarrollo del talento. 6.3 Satisfacción del personal.
4	Articulo 15-B LFT. Articulos 78, 79, 81, 82, 83, 90, 92 y 272 Bis de la LGS. Articulos 21,22, 24, 25, 27 RLGSMPSAM. NOM-027-SSA3-2013. ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/09/17. AESP 5 B.	Personal médico de Urgencias (Criterio Mayor)	Verificar la existencia de recurso humano para garantizar la prestación de los servicios de atención médica.	1	Verificar: 1. Que el personal se encuentre en su área de trabajo en el turno correspondiente, portando uniforme y gafete, desarrollando las actividades correspondientes a su formación y perfil. 2. Que corresponda el registro de entrada y salida con el horario en Plantilla de personal. 3. Cumplir con las capacitaciones de los Programas establecidos y las específicas de acuerdo a su competencia.	1	Verificar: 1. Contar con Plantilla de personal, por área, turno, con las respectivas sumatorias. 2. Registros de asistencia 3. Expediente de personal (contrato laboral vigente, hoja de adscripción u oficio de comisión al servicio, título y cédula profesional de la licenciatura, diploma y cédula de la especialidad, certificación vigente de la especialidad). 4. Programa de cobertura de periodos vacacionales. 5. Constancia de capacitación respecto a las Acciones Esenciales para la seguridad del Paciente 6. Constancia de capacitación en Cuidados Paliativos 7. Constancia de capacitación en materia de prevención de incendios y atención de emergencias 8. Constancia de capacitación en interculturalidad.	0	2.- Liderazgo. 4.- Planeación. 6.- Desarrollo y Satisfacción del Personal. 2.3 Metas y objetivos claros. 4.1 Planeación estratégica. 6.1 Evaluación del desempeño. 6.2 Identificación y desarrollo del talento. 6.3 Satisfacción del personal.
5	Articulo 15-B LFT. Articulos 78, 79, 81, 82, 83, 90, 92 de la LGS. Articulos 21,22, 24, 25, 27 RLGSMPSAM. NOM-027-SSA3-2013. ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/09/17. AESP 5 B.	Personal Médico de Pediatría (Criterio Mayor)	Verificar la existencia de recurso humano para garantizar la prestación de los servicios de atención médica.	1	Verificar: 1. Que el personal se encuentre en su área de trabajo en el turno correspondiente, portando uniforme y gafete, desarrollando las actividades correspondientes a su formación y perfil. 2. Que corresponda el registro de entrada y salida con el horario en Plantilla de personal. 3. Cumplir con las capacitaciones de los Programas establecidos y las específicas de acuerdo a su competencia.	1	Verificar: 1. Contar con Plantilla de personal, por área, turno, con las respectivas sumatorias. 2. Registros de asistencia 3. Expediente de personal (contrato laboral vigente, hoja de adscripción u oficio de comisión al servicio, título y cédula profesional de la licenciatura, diploma y cédula de la especialidad, y en su caso certificación vigente de la especialidad). 4. Cursos de capacitación en medicina del enfermo pediátrico en estado crítico y reanimación neonatal. 5. Programa de cobertura de periodos vacacionales. 6. Constancia de capacitación respecto a las Acciones Esenciales para la seguridad del Paciente 7. Constancia de capacitación en Cuidados Paliativos 8. Constancia de capacitación en materia de prevención de incendios y atención de emergencias 9. Constancia de capacitación en interculturalidad.	1	2.- Liderazgo. 4.- Planeación. 6.- Desarrollo y Satisfacción del Personal. 2.3 Metas y objetivos claros. 4.1 Planeación estratégica. 6.1 Evaluación del desempeño. 6.2 Identificación y desarrollo del talento. 6.3 Satisfacción del personal.

JCSSA001401 HOSPITAL REGIONAL COCULA									
GOBIERNO HG - HMI - HP									
Normatividad aplicable	Concepto	ESTRUCTURA	Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO	Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL	Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional El evaluador deberá:		Evidencia Observacional El evaluador deberá:		Evidencia Documental El evaluador deberá:		Criterios y Subcriterios	
6	Artículo 15-B LFT. Artículos 78, 79, 81, 82, 83, 90, 92 de la LGS. Artículos 21,22, 24, 25, 27 RLGSMPSAM. NOM-027-SSA3-2013. ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/09/17. AESP 5 B.	Médico Especialista en Pediatría o Neonatología adscrito a la Unidad Tocoquirúrgica y en UCIN (Criterio mayor)	1	Verificar: 1. Que el personal se encuentre en su área de trabajo en el turno correspondiente, portando uniforme y gafete, desarrollando las actividades correspondientes a su formación y perfil.2. Que corresponda el registro de entrada y salida con el horario en Plantilla de personal.3. Que cumpla con las capacitaciones de los Programas establecidos y las específicas de acuerdo a su competencia.	1	Verificar: 1. Contar con Plantilla de personal, por área, turno, con las respectivas sumatorias. 2. Registros de asistencia 3. Expediente de personal (contrato laboral vigente, hoja de adscripción u oficio de comisión al servicio, título y cédula profesional de la licenciatura, diploma y cédula de la especialidad, en su caso la certificación vigente de la especialidad). 4. Cursos de capacitación en medicina del enfermo pediátrico en estado crítico y reanimación neonatal, capacitación, Constancia de actualización afines a la atención médica de urgencias (en caso de rotar en el servicio de urgencias). 5. Programa de cobertura de periodos vacacionales. 6. Constancia de capacitación respecto a las Acciones Esenciales para la seguridad del Paciente 7. Constancia de capacitación en Cuidados Paliativos 8. Constancia de capacitación en materia de prevención de incendios y atención de emergencias 9. Constancia de capacitación en interculturalidad.	1	2.- Liderazgo. 4.- Planeación. 6.- Desarrollo y Satisfacción del Personal.	2.3 Metas y objetivos claros. 4.1 Planeación estratégica. 6.1 Evaluación del desempeño. 6.2 Identificación y desarrollo del talento. 6.3 Satisfacción del personal.
7	Artículo 15-B LFT. Artículos 78, 79, 81, 82, 83, 90, 92 y 272 Bis de la LGS. Artículos 21,22, 24, 25, 27 RLGSMPSAM. NOM-027-SSA3-2013. ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/09/17. AESP 5 B.	Personal Médico de Cirugía General (Criterio Mayor)	1	Verificar: 1. Que el personal se encuentre en su área de trabajo en el turno correspondiente, portando uniforme y gafete, desarrollando las actividades correspondientes a su formación y perfil. 2. Que corresponda el registro de entrada y salida con el horario en Plantilla de personal. 3. Cumplir con las capacitaciones de los Programas establecidos y las específicas de acuerdo a su competencia.	1	Verificar: 1. Contar con Plantilla de personal, por área, turno, con las respectivas sumatorias. 2. Registros de asistencia 3. Expediente de personal (contrato laboral vigente, hoja de adscripción u oficio de comisión al servicio, título y cédula profesional de la licenciatura, diploma y cédula de la especialidad, certificación vigente de la especialidad). 4. Constancia de actualización afines a la atención médica de urgencias (en caso de rotar en el servicio de urgencias). 5. Programa de cobertura de periodos vacacionales. 6. Constancia de capacitación respecto a las Acciones Esenciales para la seguridad del Paciente 7. Constancia de capacitación en Cuidados Paliativos 8. Constancia de capacitación en materia de prevención de incendios y atención de emergencias 9. Constancia de capacitación en interculturalidad.	0	2.- Liderazgo. 4.- Planeación. 6.- Desarrollo y Satisfacción del Personal.	2.3 Metas y objetivos claros. 4.1 Planeación estratégica. 6.1 Evaluación del desempeño. 6.2 Identificación y desarrollo del talento. 6.3 Satisfacción del personal.
8	Artículo 15-B LFT. Artículos 78, 79, 81, 82, 83, 90, 92 y 272 Bis de la LGS. Artículos 21,22, 24, 25, 27 RLGSMPSAM. NOM-027-SSA3-2013. ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/09/17. AESP 5 B.	Personal Médico de Especialidades Quirúrgicas	1	Verificar: 1. Que el personal se encuentre en su área de trabajo en el turno correspondiente, portando uniforme y gafete, desarrollando las actividades correspondientes a su formación y perfil. 2. Que corresponda el registro de entrada y salida con el horario en Plantilla de personal. 3. Cumplir con las capacitaciones de los Programas establecidos y las específicas de acuerdo a su competencia.	1	Verificar: 1. Contar con Plantilla de personal, por área, turno, con las respectivas sumatorias. 2. Registros de asistencia 3. Expediente de personal (contrato laboral vigente, hoja de adscripción u oficio de comisión al servicio, título y cédula profesional de la licenciatura, diploma y cédula de la especialidad, certificación vigente de la especialidad). 4. Constancia de actualización afines a la atención médica de urgencias (en caso de rotar en el servicio de urgencias). 5. Programa de cobertura de periodos vacacionales. 6. Constancia de capacitación respecto a las Acciones Esenciales para la seguridad del Paciente 7. Constancia de capacitación en Cuidados Paliativos 8. Constancia de capacitación en materia de prevención de incendios y atención de emergencias 9. Constancia de capacitación en interculturalidad.	0	2.- Liderazgo. 4.- Planeación. 6.- Desarrollo y Satisfacción del Personal.	2.3 Metas y objetivos claros. 4.1 Planeación estratégica. 6.1 Evaluación del desempeño. 6.2 Identificación y desarrollo del talento. 6.3 Satisfacción del personal.

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

JCSSA001401		HOSPITAL REGIONAL COCULA		GOBIERNO HG - HMI - HP						
Normatividad aplicable	Concepto	ESTRUCTURA	Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO	Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL	Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD		
		Evidencia Observacional		Evidencia Observacional		Evidencia Documental		Criterios y Subcriterios		
		El evaluador deberá:		El evaluador deberá:		El evaluador deberá:				
9	Artículo 15-B LFT. Artículos 78, 79, 81, 82, 83, 90, 92 y 272 Bis de la LGS. Artículos 21, 22, 24, 25, 27 RLGSMPSAM. NOM-027-SSA3-2013. Lineamiento técnico: Triage obstétrico. Código mater y equipo de respuesta inmediata obstétrica 2016. GPC-IMSS-162-09 Diagnóstico y tratamiento de la hemorragia obstétrica en la segunda mitad del embarazo y puerperio inmediato. Lineamiento técnico: Prevención, diagnóstico y manejo de la hemorragia obstétrica 2009. ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/09/17. AESP 5 B.	Personal Médico de Gineco-Obstetricia (Criterio Mayor)	Verificar la existencia de recurso humano para garantizar la prestación de los servicios de atención médica.	1	Verificar: 1. Que el personal se encuentre en su área de trabajo en el turno correspondiente, portando uniforme y gafete, desarrollando las actividades correspondientes a su formación y perfil. 2. Que corresponda el registro de entrada y salida con el horario en Plantilla de personal. 3. Cumplir con las capacitaciones de los programas establecidos y las especificas de acuerdo a su competencia.	1	Verificar: 1. Contar con Plantilla de personal, por área, turno, con las respectivas sumatorias. 2. Registros de asistencia. 3. Expediente de personal (contrato laboral vigente, hoja de adscripción u oficio de comisión al servicio, título y cédula profesional de la licenciatura, diploma y cédula de la especialidad, certificación vigente de la especialidad). 4. Constancia de actualización afines a la atención médica de urgencias (en caso de rotar en el servicio de urgencias). 5. Programa de cobertura de periodos vacacionales. 6. Constancia de capacitación respecto a las Acciones Esenciales para la seguridad del Paciente 7. Constancia de capacitación en Cuidados Paliativos 8. Constancia de capacitación en materia de prevención de incendios y atención de emergencias 9. Constancia de capacitación en interculturalidad.	0	2.- Liderazgo. 4.- Planeación. 6.- Desarrollo y Satisfacción del Personal.	2.3 Metas y objetivos claros. 4.1 Planeación estratégica. 6.1 Evaluación del desempeño. 6.2 Identificación y desarrollo del talento. 6.3 Satisfacción del personal.
10	Artículo 15-B LFT. Artículos 78, 79, 81, 82, 83, 90, 92 de la LGS. Artículos 21, 22, 24, 25 y 27 RLGSMPSAM. NOM-025-SSA3-2013. NOM-027-SSA3-2013.ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/09/17. AESP 5 B.	Personal Médico de Medicina Interna (Criterio Mayor)	Verificar la existencia de recurso humano para garantizar la prestación de los servicios de atención médica.	1	Verificar: 1. Que el personal se encuentre en su área de trabajo en el turno correspondiente, portando uniforme y gafete, desarrollando las actividades correspondientes a su formación y perfil. 2. Que corresponda el registro de entrada y salida con el horario en Plantilla de personal. 3. Que cumpla con las capacitaciones de los Programas establecidos y las especificas de acuerdo a su competencia.	1	Verificar: 1. Contar con Plantilla de personal, por área, turno, con las respectivas sumatorias. 2. Registros de asistencia. 3. Expediente de personal (contrato laboral vigente, hoja de adscripción u oficio de comisión al servicio, título y cédula profesional de la licenciatura, diploma y cédula de la especialidad, y en su caso la certificación vigente de la especialidad). 4. Constancia de capacitación en medicina del enfermo en estado critico, Constancia de actualización afines a la atención médica de urgencias (en caso de rotar en el servicio de urgencias). 5. Programa de cobertura de periodos vacacionales. 6. Constancia de capacitación respecto a las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. 7. Constancia de capacitación en Cuidados Paliativos 8. Constancia de capacitación en materia de prevención de incendios y atención de emergencias. 9. Constancia de capacitación en interculturalidad.	0	2.- Liderazgo. 4.- Planeación. 6.- Desarrollo y Satisfacción del Personal.	2.3 Metas y objetivos claros. 4.1 Planeación estratégica 6.1 Evaluación del desempeño. 6.2 Identificación y desarrollo del talento. 6.3 Satisfacción del personal.
11	Artículo 15-B LFT. Artículos 78, 79, 81, 82, 83, 90, 92 de la LGS. Artículos 21, 22, 24, 25 y 27 RLGSMPSAM. NOM-025-SSA3-2013. ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/09/17. AESP 5 B.	Personal Médico de Medicina interna o en Medicina del Enfermo en Estado Crítico adscrito a Terapia Intensiva Adultos (Criterio Mayor)	Verificar la existencia de recurso humano para garantizar la prestación de los servicios de atención médica.	1	Verificar: 1. Que el personal se encuentre en su área de trabajo en el turno correspondiente, portando uniforme y gafete, desarrollando las actividades correspondientes a su formación y perfil. 2. Que corresponda el registro de entrada y salida con el horario en Plantilla de personal. 3. Que cumpla con las capacitaciones de los Programas establecidos y las especificas de acuerdo a su competencia.	1	Verificar: 1. Contar con Plantilla de personal, por área, turno, con las respectivas sumatorias. 2. Registros de asistencia. 3. Expediente de personal (contrato laboral vigente, hoja de adscripción u oficio de comisión al servicio, título y cédula profesional de la licenciatura, diploma y cédula de la especialidad, y en su caso la certificación vigente de la especialidad). 4. Constancia de capacitación en medicina del enfermo en estado critico. 5. Programa de cobertura de periodos vacacionales. 6. Constancia de capacitación respecto a las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. 7. Constancia de capacitación en Cuidados Paliativos. 8. Constancia de capacitación en materia de prevención de incendios y atención de emergencias. 9. Constancia de capacitación en interculturalidad.	0	2.- Liderazgo. 4.- Planeación. 6.- Desarrollo y Satisfacción del Personal.	2.3 Metas y objetivos claros. 4.1 Planeación estratégica. 6.1 Evaluación del desempeño. 6.2 Identificación y desarrollo del talento. 6.3 Satisfacción del personal.

JCSSA001401		HOSPITAL REGIONAL COCULA		GOBIERNO HG - HMI - HP					
Normatividad aplicable	Concepto	ESTRUCTURA	Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO	Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL	Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional		Evidencia Observacional		Evidencia Documental		Criterios y Subcriterios	
		El evaluador deberá:		El evaluador deberá:		El evaluador deberá:			
Artículo 15-B LFT. Artículos 78, 79, 81, 82, 83, 90, 92 de la LGS. Artículos 21, 22, 24, 25, 27 RLGSMPSAM. NOM-025-SSA3-2013. ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/09/17. AESP 5 B.	Personal Médico de Medicina del Enfermo Pediátrico en Estado Critico adscrito a la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica (Criterio Mayor)	Verificar la existencia de recurso humano para garantizar la prestación de los servicios de atención médica.	1	Verificar: 1. Que el personal se encuentre en su área de trabajo en el turno correspondiente, portando uniforme y gafete, desarrollando las actividades correspondientes a su formación y perfil. 2. Que corresponda el registro de entrada y salida con el horario en Plantilla de personal. 3. Que cumpla con las capacitaciones de los Programas establecidos y las específicas de acuerdo a su competencia.	1	Verificar: 1. Contar con Plantilla de personal, por área, turno, con las respectivas sumatorias.2. Registros de asistencia 3. Expediente de personal (contrato laboral vigente, hoja de adscripción u oficio de comisión al servicio, título y cédula profesional de la licenciatura, diploma y cédula de la especialidad y subespecialidad, y en su caso certificación vigente de la especialidad y subespecialidad). 4. Programa de cobertura de periodos vacacionales. 5. Capacitación en el Programa Integral de higiene de manos 6. Constancia de capacitación respecto a las Acciones Esenciales para la seguridad del Paciente 7. Constancia de capacitación en Cuidados Paliativos 8. Constancia de capacitación en materia de prevención de incendios y atención de emergencias 9. Constancia de capacitación en	0	2.- Liderazgo. 4.- Planeación. 6.- Desarrollo y Satisfacción del Personal.	2.3 Metas y objetivos claros. 4.1 Planeación estratégica. 6.1 Evaluación del desempeño. 6.2 Identificación y desarrollo del talento. 6.3 Satisfacción del personal.

JCSSA001401 HOSPITAL REGIONAL COCULA											
GOBIERNO HG - HMI - HP											
Normatividad aplicable	Concepto	ESTRUCTURA	Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional		El evaluador deberá:	Evidencia Documental		El evaluador deberá:	Criterios y Subcriterios			
13	Artículo 15-B LFT. Artículos 78, 79, 81, 82, 83, 90, 92 de la LGS. Artículos 21, 22, 24, 25, 27 RLGSMP SAM. NOM-027-SSA3-2013. ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/09/17. AESP 5 B.	Personal Médico General	1	Verificar la existencia de recurso humano para garantizar la prestación de los servicios de atención médica.	1	Verificar: 1. Que el personal se encuentre en su área de trabajo en el turno correspondiente, portando uniforme y gafete, desarrollando las actividades correspondientes a su formación y perfil. 2. Que corresponda el registro de entrada y salida con el horario en Plantilla de personal. 3. Cumplir con las capacitaciones de los Programas establecidos y las específicas de acuerdo a su competencia.	1	Verificar: 1. Contar con Plantilla de personal, por área, turno, con las respectivas sumatorias.2. Registros de asistencia 3. Expediente de personal (contrato laboral vigente, hoja de adscripción u oficio de comisión al servicio, título y cédula profesional de la licenciatura. 4. Programa de cobertura de periodos vacacionales. 5. Constancia de capacitación respecto a las Acciones Esenciales para la seguridad del Paciente 6. Constancia de capacitación en Cuidados Paliativos 7. Constancia de capacitación en materia de prevención de incendios y atención de emergencias 9. Constancia de capacitación en interculturalidad. 10. Constancia de actualización afines a la atención médica de urgencias (en caso de rotar en el servicio de urgencias).	1	2.- Liderazgo. 4.- Planeación. 6.- Desarrollo y Satisfacción del Personal. 2.3 Metas y objetivos claros. 4.1 Planeación estratégica. 6.1 Evaluación del desempeño. 6.2 Identificación y desarrollo del talento. 6.3 Satisfacción del personal.	
14	El artículo 15-B LFT; los artículos 78, 79, 82, 83, 90 y 92 de la LGS, y los artículos 21, 22, 24 y 25 del RLGS MPSAM. GPC-IMSS-162-09 Diagnóstico y tratamiento de la hemorragia obstétrica en la segunda mitad del embarazo y puerperio inmediato. Lineamiento técnico: Prevención, diagnóstico y manejo de la hemorragia obstétrica 2009. NOM-027-SSA3-2013. ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/09/17. AESP 5 B.	Personal de Enfermería Técnica y General	1	Verificar la existencia de recurso humano para garantizar la prestación de los servicios de atención médica.	1	Verificar: 1. Que el personal se encuentre en su área de trabajo en el turno correspondiente, portando uniforme y gafete, desarrollando las actividades correspondientes a su formación y perfil. 2. Que corresponda el registro de entrada y salida con el horario en Plantilla de personal. 3. Cumplir con las capacitaciones de los Programas establecidos y las específicas de acuerdo a su competencia.	1	Verificar: 1. Contar con Plantilla de personal, por área, turno, con las respectivas sumatorias. 2. Registro de asistencia. 3. Expediente de personal: documentación probatoria (carrera técnica). 4. Constancias: el personal de enfermería que labore en el servicio de urgencias (Constancia de cursos afines a la atención médica de urgencias y capacitación en emergencias obstétricas), el personal de enfermería que labore en la UCIA, UCIP y UCIN (Constancia de entrenamiento y capacitación en cuidados del enfermo en estado crítico, cursos de entrenamiento en reanimación pediátrica avanzada y curso taller en reanimación neonatal), El personal de enfermería profesional y técnico que labore en toxicología y tóco cirugía (cursos de entrenamiento y capacitación en reanimación neonatal y emergencia obstétrica). 5. Programa de cobertura de periodos vacacionales. 6. Constancia de capacitación respecto a las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. 7. Constancia de capacitación en Cuidados Paliativos. 8. Constancia de capacitación en materia de prevención de incendios y atención de emergencias. 9. Constancia de capacitación en interculturalidad.	0	2.- Liderazgo. 4.- Planeación. 6.- Desarrollo y Satisfacción del Personal. 2.3 Metas y objetivos claros. 4.1 Planeación estratégica. 6.1 Evaluación del desempeño. 6.2 Identificación y desarrollo del talento. 6.3 Satisfacción del personal.	
15	El artículo 15-B LFT; los artículos 78, 79, 82, 83, 90 y 92 de la LGS, y los artículos 21, 22, 24 y 25 del RLGS MPSAM. GPC-IMSS-162-09 Diagnóstico y tratamiento de la hemorragia obstétrica en la segunda mitad del embarazo y puerperio inmediato. Lineamiento técnico: Prevención, diagnóstico y manejo de la hemorragia obstétrica 2009. NOM-027-SSA3-2013. ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/09/17. AESP 5 B.	Personal de Enfermería con Licenciatura o Especialista adscrito en las áreas críticas (Criterio Mayor)	1	Verificar la existencia de recurso humano para garantizar la prestación de los servicios de atención médica.	1	Verificar: 1. Que el personal se encuentre en su área de trabajo en el turno correspondiente, portando uniforme y gafete, desarrollando las actividades correspondientes a su formación y perfil. 2. Que corresponda el registro de entrada y salida con el horario en Plantilla de personal. 3. Cumplir con las capacitaciones de los Programas establecidos y las específicas de acuerdo a su competencia.	1	Verificar: 1. Contar con Plantilla de personal, por área, turno, con las respectivas sumatorias. 2. Que se encuentren adscritas a los servicios de acuerdo a su especialidad: enfermera en cuidados a paciente crítico (urgencias y Unidades de cuidados Intensivos), quirúrgicas, urgencias y neonatales o pediátricas. 3. Registro de asistencia. 4. Expediente de personal: documentación probatoria (título y cédula profesional de la licenciatura; diploma y cédula profesional de la especialidad). 5. El personal de enfermería que labore como enfermera quirúrgica (Constancia del pos técnico). 6. Programa de cobertura de periodos vacacionales. 7. Constancia de capacitación respecto a las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. 8. Constancia de capacitación en Cuidados Paliativos. 9. Constancia de capacitación en materia de prevención de incendios y atención de emergencias. 10. Constancia de capacitación en interculturalidad.	0	2.- Liderazgo. 4.- Planeación. 6.- Desarrollo y Satisfacción del Personal. 2.3 Metas y objetivos claros. 4.1 Planeación estratégica. 6.1 Evaluación del desempeño. 6.2 Identificación y desarrollo del talento. 6.3 Satisfacción del personal.	

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN CAUSES-2N-2018

JCSSA001401 HOSPITAL REGIONAL COCULA										
GOBIERNO HG - HMI - HP										
Normatividad aplicable	Concepto	ESTRUCTURA	Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD
		Evidencia Observacional		El evaluador deberá:	Evidencia Documental		El evaluador deberá:	Criterios y Subcriterios		
		RECURSO HUMANO HOSPITAL MATERNO INFANTIL								
16	Artículo 15-B LFT. Artículos 78, 79, 81, 82, 83, 90, 92 de la LGS. Artículos 21, 22, 24, 25, 27 RLGSMPSAM ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/09/17. AESP 5 B.	Personal Médico de Anestesiología (Criterio Mayor)	Verificar la existencia de recurso humano para garantizar la prestación de los servicios de atención médica.	1	Verificar: 1. Que el personal se encuentre en su área de trabajo en el turno correspondiente, portando uniforme y gafete, desarrollando las actividades correspondientes a su formación y perfil. 2. Que corresponda el registro de entrada y salida con el horario en Plantilla de personal. 3. Cumplir con las capacitaciones de los Programas establecidos y las específicas de acuerdo a su competencia.	1	Verificar: Verificar: 1. Contar con Plantilla de personal, por área, turno, con las respectivas sumatorias. 2. Registros de asistencia 3. Expediente de personal (contrato laboral vigente, hoja de adscripción u oficio de comisión al servicio, título y cédula profesional de la licenciatura, diploma y cédula de la especialidad, y en su caso la certificación vigente de la especialidad). 4. Programa de cobertura de periodos vacacionales. 5. Constancia de capacitación respecto a las Acciones Esenciales para la seguridad del Paciente 6. Constancia de capacitación en Cuidados Paliativos 7. Constancia de capacitación en materia de prevención de incendios y atención de emergencias 8. Constancia de capacitación en interculturalidad.	1	2.- Liderazgo 4.- Planeación 6.- Desarrollo y Satisfacción del Personal 2.3 Metas y objetivos claros. 4.1 Planeación estratégica 6.1 Evaluación del desempeño. 6.2 Identificación y desarrollo del talento. 6.3 Satisfacción del personal.	
17	Artículo 15-B LFT. Artículos 78, 79, 81, 82, 83, 90, 92 y 272 Bis de la LGS. Artículos 21, 22, 24, 25, 27 RLGSMPSAM. NOM-027-SSA3-2013. Lineamiento técnico: Triage obstétrico. Código mater y equipo de respuesta inmediata obstétrica 2016. GPC-IMSS-162-09 Diagnóstico y tratamiento de la hemorragia obstétrica en la segunda mitad del embarazo y puerperio inmediato. Lineamiento técnico: Prevención, diagnóstico y manejo de la hemorragia obstétrica 2009. ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/09/17. AESP 5 B.	Personal médico de Gineco-obstetricia (Criterio Mayor)	Verificar la existencia de recurso humano para garantizar la prestación de los servicios de atención médica.	1	Verificar: 1. Que el personal se encuentre en su área de trabajo en el turno correspondiente, portando uniforme y gafete, desarrollando las actividades correspondientes a su formación y perfil. 2. Que corresponda el registro de entrada y salida con el horario en Plantilla de personal. 3. Cumplir con las capacitaciones de los Programas establecidos y las específicas de acuerdo a su competencia	1	Verificar: 1. Contar con Plantilla de personal, por área, turno, con las respectivas sumatorias.2. Registros de asistencia 3. Expediente de personal (contrato laboral vigente, hoja de adscripción u oficio de comisión al servicio, título y cédula profesional de la licenciatura, diploma y cédula de la especialidad, certificación vigente de la especialidad). 4. Constancia de actualización afines a la atención médica de urgencias (en caso de rotar en el servicio de urgencias), capacitación en emergencia obstétrica, curso de adiestramiento en ligadura de arterias hipogástricas. 5. Programa de cobertura de periodos vacacionales. 6. Constancia de capacitación respecto a las Acciones Esenciales para la seguridad del Paciente 7. Constancia de capacitación en Cuidados Paliativos 8. Constancia de capacitación en materia de prevención de incendios y atención de emergencias 9. Constancia de capacitación en interculturalidad.	1	2.- Liderazgo. 4.- Planeación. 6.- Desarrollo y Satisfacción del Personal. 2.3 Metas y objetivos claros. 4.1 Planeación estratégica. 6.1 Evaluación del desempeño. 6.2 Identificación y desarrollo del talento. 6.3 Satisfacción del personal.	
18	Artículo 15-B LFT. Artículos 78, 79, 81, 82, 83, 90, 92 de la LGS. Artículos 21, 22, 24, 25, 27 RLGSMPSAM. NOM-025-SSA3-2013. ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/09/17. AESP 5 B.	Personal Médico de Medicina interna o Medicina del Enfermo en Estado Critico adscrito a la UTIA (Criterio Mayor)	Verificar la existencia de recurso humano para garantizar la prestación de los servicios de atención médica.	1	Verificar: 1. Que el personal se encuentre en su área de trabajo en el turno correspondiente, portando uniforme y gafete, desarrollando las actividades correspondientes a su formación y perfil. 2. Que corresponda el registro de entrada y salida con el horario en Plantilla de personal. 3. Cumplir con las capacitaciones de los Programas establecidos y las específicas de acuerdo a su competencia.	1	Verificar: 1. Contar con Plantilla de personal, por área, turno, con las respectivas sumatorias.2. Registros de asistencia 3. Expediente de personal (contrato laboral vigente, hoja de adscripción u oficio de comisión al servicio, título y cédula profesional de la licenciatura, diploma y cédula de la especialidad, certificación vigente de la especialidad). 4. Constancia de capacitación en medicina del enfermo en estado critico. 5. Programa de cobertura de periodos vacacionales. 6. Constancia de capacitación respecto a las Acciones Esenciales para la seguridad del Paciente 7. Constancia de capacitación en Cuidados Paliativos 8. Constancia de capacitación en materia de prevención de incendios y atención de emergencias 9. Constancia de capacitación en interculturalidad.	1	2.- Liderazgo. 4.- Planeación. 6.- Desarrollo y Satisfacción del Personal. 2.3 Metas y objetivos claros. 4.1 Planeación estratégica. 6.1 Evaluación del desempeño. 6.2 Identificación y desarrollo del talento. 6.3 Satisfacción del personal.	

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN									
CAUSES-2N-2018									
JCSSA001401 HOSPITAL REGIONAL COCULA									
GOBIERNO HG - HMI - HP									
Normatividad aplicable	Concepto	ESTRUCTURA	Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO	Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL	Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional		Evidencia Observacional		Evidencia Documental		Criterios y Subcriterios	
		El evaluador deberá:		El evaluador deberá:		El evaluador deberá:			
19	Artículo 15-B LFT. Artículos 78, 79, 81, 82, 83, 90, 92 de la LGS. Artículos 21,22, 24, 25, 27 RLGSMPSAM. NOM-027-SSA3-2013. ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/09/17. AESP 5 B.	Médico Especialista en Pediatría o Neonatología adscrito a la Unidad Tocoquirúrgica y a la UCIN (Criterio Mayor)	1	Verificar: 1. Que el personal se encuentre en su área de trabajo en el turno correspondiente, portando uniforme y gafete, desarrollando las actividades correspondientes a su formación y perfil. 2. Que corresponda el registro de entrada y salida con el horario en Plantilla de personal. 3. Cumplir con las capacitaciones de los Programas establecidos y las específicas de acuerdo a su competencia.	1	Verificar: 1. Contar con Plantilla de personal, por área, turno, con las respectivas sumatorias.2. Registros de asistencia 3. Expediente de personal (contrato laboral vigente, hoja de adscripción u oficio de comisión al servicio, título y cédula profesional de la licenciatura, diploma y cédula de la especialidad y subespecialidad, y en su caso la certificación vigente de la especialidad y subespecialidad). 4. Programa de cobertura de periodos vacacionales. 5. Constancia de capacitación respecto a las Acciones Esenciales para la seguridad del Paciente 6. Constancia de capacitación en Cuidados Paliativos 7. Constancia de capacitación en materia de prevención de incendios y atención de emergencias 8. Constancia de capacitación en interculturalidad.	1	2.- Liderazgo. 4.- Planeación. 6.- Desarrollo y Satisfacción del Personal.	2.3 Metas y objetivos claros. 4.1 Planeación estratégica. 6.1 Evaluación del desempeño. 6.2 Identificación y desarrollo del talento. 6.3 Satisfacción del personal.
20	Artículo 15-B LFT. Artículo 15-B LFT. Artículos 78, 79, 81, 82, 83, 90, 92 de la LGS. Artículos 21, 22, 24, 25, 27 RLGSMPSAM. NOM-027-SSA3-2013. ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/09/17. AESP 5 B.	Personal Médico General	1	Verificar la existencia de recurso humano para garantizar la prestación de los servicios de atención médica.	1	Verificar: 1. Contar con Plantilla de personal, por área, turno, con las respectivas sumatorias.2. Registros de asistencia 3. Expediente de personal (contrato laboral vigente, hoja de adscripción u oficio de comisión al servicio, título y cédula profesional de la licenciatura. 4. Programa de cobertura de periodos vacacionales. 5. Constancia de capacitación respecto a las Acciones Esenciales para la seguridad del Paciente 6. Constancia de capacitación en Cuidados Paliativos 7. Constancia de capacitación en materia de prevención de incendios y atención de emergencias 9. Constancia de capacitación en interculturalidad. 10. Constancia de actualización afines a la atención médica de urgencias (en caso de rotar en el servicio de urgencias).	1	2.- Liderazgo. 4.- Planeación. 6.- Desarrollo y Satisfacción del Personal.	2.3 Metas y objetivos claros. 4.1 Planeación estratégica 6.1 Evaluación del desempeño. 6.2 Identificación y desarrollo del talento. 6.3 Satisfacción del personal.
21	El artículo 15-B LFT; los artículos 78, 79, 82, 83, 90 y 92 de la LGS, y los artículos 21, 22, 24 y 25 del RLGSMPSAM. GPC-IMSS-162-09 Diagnóstico y tratamiento de la hemorragia obstétrica en la segunda mitad del embarazo y puerperio inmediato. Lineamiento técnico: Prevención, diagnóstico y manejo de la hemorragia obstétrica 2009. NOM-027-SSA3-2013. ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/09/17. AESP 5 B.	Personal de Enfermería con Licenciatura o Especialista adscrito en las áreas críticas (Criterio Mayor)	1	Verificar la existencia de recurso humano para garantizar la prestación de los servicios de atención médica.	1	Verificar: 1. Contar con Plantilla de personal, por área, turno, con las respectivas sumatorias. 2. Que se encuentren adscritas a los servicios de acuerdo a su especialidad: enfermera en cuidados a paciente crítico (Unidades de cuidados Intensivos), quirúrgicas y neonatales o pediátricas 3. Registro de asistencia. 4. Expediente de personal: documentación probatoria (título y cédula profesional de licenciatura; diploma y cédula profesional de la especialidad. 5. El personal de enfermería que labore como enfermera quirúrgica (Constancia del pos técnico), 6. Programa de cobertura de periodos vacacionales. 7. Constancia de capacitación respecto a las Acciones Esenciales para la seguridad del Paciente 8. Constancia de capacitación en Cuidados Paliativos 9. Constancia de capacitación en materia de prevención de incendios y atención de emergencias 10. Constancia de capacitación en interculturalidad.	1	2.- Liderazgo. 4.- Planeación. 6.- Desarrollo y Satisfacción del Personal.	2.3 Metas y objetivos claros. 4.1 Planeación estratégica. 6.1 Evaluación del desempeño. 6.2 Identificación y desarrollo del talento. 6.3 Satisfacción del personal.

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN										
CAUSES-2N-2018										
JCSSA001401 HOSPITAL REGIONAL COCULA										
GOBIERNO HG - HMI - HP										
Normatividad aplicable	Concepto	ESTRUCTURA	Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO	Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL	Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD		
		Evidencia Observacional		Evidencia Observacional		Evidencia Documental		Criterios y Subcriterios		
		El evaluador deberá:		El evaluador deberá:		El evaluador deberá:				
22	El artículo 15-B LFT; los artículos 78, 79, 82, 83, 90 y 92 de la LGS, y los artículos 21, 22, 24 y 25 del RLGS MPSAM. GPC-IMSS-162-09 Diagnóstico y tratamiento de la hemorragia obstétrica en la segunda mitad del embarazo y puerperio inmediato. Lineamiento técnico: Prevención, diagnóstico y manejo de la hemorragia obstétrica 2009. NOM-027-SSA3-2013. ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/09/17. AESP 5 B.	Personal de Enfermería Técnico y General	Verificar la existencia de recurso humano para garantizar la prestación de los servicios de atención médica.	1	Verificar: 1. Que el personal se encuentre en su área de trabajo en el turno correspondiente, portando uniforme y gafete, desarrollando las actividades correspondientes a su formación y perfil. 2. Que corresponda el registro de entrada y salida con el horario en Plantilla de personal. 3. Cumplir con las capacitaciones de los Programas establecidos y las específicas de acuerdo a su competencia.	1	Verificar: 1. Contar con Plantilla de personal, por área, turno, con las respectivas sumatorias. 2. Registro de asistencia. 3. Expediente de personal: documentación probatoria (título y cédula profesional de licenciatura y/o carrera técnica). 4. Constancias: el personal de enfermería que labore en el servicio de urgencias (Constancia de cursos afines a la atención médica de urgencias y capacitación en emergencias obstétricas), el personal de enfermería que labore en la UCIP y UCIN (Constancia de entrenamiento y capacitación en cuidados del enfermo en estado crítico, cursos de entrenamiento en reanimación pediátrica avanzada y curso taller en reanimación neonatal),El personal de enfermería profesional y técnico que labore en tocoología y toco cirugía (cursos de entrenamiento y capacitación en reanimación neonatal y emergencia obstétrica). 5. Programa de cobertura de periodos vacacionales. 6. Constancia de capacitación respecto a las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. 7. Constancia de capacitación en Cuidados Paliativos. 8. Constancia de capacitación en materia de prevención de incendios y atención de emergencias. 9. Constancia de capacitación en interculturalidad.	1	2.- Liderazgo. 4.- Planeación. 6.- Desarrollo y Satisfacción del Personal.	2.3 Metas y objetivos claros. 4.1 Planeación estratégica. 6.1 Evaluación del desempeño. 6.2 Identificación y desarrollo del talento. 6.3 Satisfacción del personal.
RECURSO HUMANO HOSPITAL PEDIÁTRICO										
23	Artículo 15-B LFT. Artículos 78, 79, 81, 82, 83, 90, 92 de la LGS. Artículos 21, 22, 24, 25, 27 RLGSMPSAM ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/09/17. AESP 5 B.	Personal Médico de Anestesiología General o Anestesiólogo con adiestramiento en Pediatría (Criterio Mayor)	Verificar la existencia de recurso humano para garantizar la prestación de los servicios de atención médica.	1	Verificar: 1. Que el personal se encuentre en su área de trabajo en el turno correspondiente, portando uniforme y gafete, desarrollando las actividades correspondientes a su formación y perfil. 2. Que corresponda el registro de entrada y salida con el horario en Plantilla de personal. 3. Cumplir con las capacitaciones de los Programas establecidos y las específicas de acuerdo a su competencia.	1	Verificar: 1. Contar con Plantilla de personal, por área, turno, con las respectivas sumatorias. 2. Registros de asistencia 3. Expediente de personal (contrato laboral vigente, hoja de adscripción u oficio de comisión al servicio, título y cédula profesional de la licenciatura, diploma y cédula de la especialidad, y en su caso la certificación vigente de la especialidad). 4. Programa de cobertura de periodos vacacionales. 5. Constancia de capacitación respecto a las Acciones Esenciales para la seguridad del Paciente 6. Constancia de capacitación en Cuidados Paliativos 7. Constancia de capacitación en materia de prevención de incendios y atención de emergencias 8. Constancia de capacitación en interculturalidad.	1	2.- Liderazgo 4.- Planeación 6.- Desarrollo y Satisfacción del Personal	2.3 Metas y objetivos claros. 4.1 Planeación estratégica. 6.1 Evaluación del desempeño. 6.2 Identificación y desarrollo del talento. 6.3 Satisfacción del personal.
24	Artículo 15-B LFT. Artículos 78, 79, 81, 82, 83, 90, 92 de la LGS. Artículos 21,22, 24, 25, 27 RLGSMPSAM. NOM-027-SSA3-2013. ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/09/17. AESP 5 B.	Personal Médico de Pediatría (Criterio Mayor)	Verificar la existencia de recurso humano para garantizar la prestación de los servicios de atención médica.	1	Verificar: 1. Que el personal se encuentre en su área de trabajo en el turno correspondiente, portando uniforme y gafete, desarrollando las actividades correspondientes a su formación y perfil. 2. Que corresponda el registro de entrada y salida con el horario en Plantilla de personal. 3. Cumplir con las capacitaciones de los Programas establecidos y las específicas de acuerdo a su competencia.	1	Verificar: 1. Contar con Plantilla de personal, por área, turno, con las respectivas sumatorias. 2. Registros de asistencia 3. Expediente de personal (contrato laboral vigente, hoja de adscripción u oficio de comisión al servicio, título y cédula profesional de la licenciatura, diploma y cédula de la especialidad, y en su caso la certificación vigente de la especialidad). 4. Cursos de capacitación en medicina del enfermo pediátrico en estado crítico y reanimación neonatal, capacitación, Constancia de actualización afines a la atención médica de urgencias (en caso de rotar en el servicio de urgencias). 5. Programa de cobertura de periodos vacacionales. 6. Constancia de capacitación respecto a las Acciones Esenciales para la seguridad del Paciente 7. Constancia de capacitación en Cuidados Paliativos 8. Constancia de capacitación en materia de prevención de incendios y atención de emergencias 9. Constancia de capacitación en interculturalidad.	1	2.- Liderazgo. 4.- Planeación. 6.- Desarrollo y Satisfacción del Personal.	2.3 Metas y objetivos claros. 4.1 Planeación estratégica. 6.1 Evaluación del desempeño. 6.2 Identificación y desarrollo del talento. 6.3 Satisfacción del personal.

GOBIERNO HG - HMI - HP											
Normatividad aplicable	Concepto	ESTRUCTURA	Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO	Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL	Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD			
		Evidencia Observacional El evaluador deberá:		Evidencia Observacional El evaluador deberá:		Evidencia Documental El evaluador deberá:		Criterios y Subcriterios			
25	Artículo 15-B LFT. Artículos 78, 79, 81, 82, 83, 90, 92 de la LGS.Artículos 21,22, 24, 25, 27 RLGSMPSAM. NOM-025-SSA3-2013. ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/09/17. AESP 5 B.	Personal Médico de Pediatría y/o Neonatología adscrito a la UCIN (Criterio Mayor)	1	Verificar: 1. Que el personal se encuentre en su área de trabajo en el turno correspondiente, portando uniforme y gafete, desarrollando las actividades correspondientes a su formación y perfil. 2. Que corresponda el registro de entrada y salida con el horario en Plantilla de personal. 3. Cumplir con las capacitaciones de los Programas establecidos y las específicas de acuerdo a su competencia.	1	Verificar: 1. Contar con Plantilla de personal, por área, turno, con las respectivas sumatorias. 2. Registros de asistencia 3. Expediente de personal (contrato laboral vigente, hoja de adscripción u oficio de comisión al servicio, título y cédula profesional de la licenciatura, diploma y cédula de la especialidad y subespecialidad, y en su caso la certificación vigente de la especialidad y subespecialidad). 4. Programa de cobertura de periodos vacacionales. 5. Constancia de capacitación respecto a las Acciones Esenciales para la seguridad del Paciente 6. Constancia de capacitación en Cuidados Paliativos 7. Constancia de capacitación en materia de prevención de incendios y atención de emergencias 8. Constancia de capacitación en interculturalidad.	1	2.- Liderazgo. 4.- Planeación. 6.- Desarrollo y Satisfacción del Personal.	2.3 Metas y objetivos claros. 4.1 Planeación estratégica. 6.1 Evaluación del desempeño. 6.2 Identificación y desarrollo del talento. 6.3 Satisfacción del personal.		
26	Artículo 15-B LFT. Artículos 78, 79, 81, 82, 83, 90, 92 y 272 Bis de la LGS. Artículos 21,22, 24, 25, 27 RLGSMPSAM. NOM-027-SSA3-2013. ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/09/17. AESP 5 B.	Personal Médico de Cirugía General y/o Cirugía Pediátrica (Criterio Mayor)	1	Verificar: 1. Que el personal se encuentre en su área de trabajo en el turno correspondiente, portando uniforme y gafete, desarrollando las actividades correspondientes a su formación y perfil. 2. Que corresponda el registro de entrada y salida con el horario en Plantilla de personal. 3. Cumplir con las capacitaciones de los Programas establecidos y las específicas de acuerdo a su competencia.	1	Verificar: 1. Contar con Plantilla de personal, por área, turno, con las respectivas sumatorias. 2. Registros de asistencia 3. Expediente de personal (contrato laboral vigente, hoja de adscripción u oficio de comisión al servicio, título y cédula profesional de la licenciatura, diploma y cédula de la especialidad y subespecialidad, certificación vigente de la especialidad y subespecialidad). 4. Constancia de actualización afines a la atención médica de urgencias (en caso de rotar en el servicio de urgencias). 5. Programa de cobertura de periodos vacacionales. 6. Constancia de capacitación respecto a las Acciones Esenciales para la seguridad del Paciente 7. Constancia de capacitación en Cuidados Paliativos 8. Constancia de capacitación en materia de prevención de incendios y atención de emergencias 9. Constancia de capacitación en interculturalidad.	1	2.- Liderazgo. 4.- Planeación. 6.- Desarrollo y Satisfacción del Personal.	2.3 Metas y objetivos claros. 4.1 Planeación estratégica. 6.1 Evaluación del desempeño. 6.2 Identificación y desarrollo del talento. 6.3 Satisfacción del personal.		
27	Artículo 15-B LFT. Artículos 78, 79, 81, 82, 83, 90, 92 y 272 Bis de la LGS. Artículos 21,22, 24, 25, 27 RLGSMPSAM. NOM-027-SSA3-2013. ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/09/17. AESP 5 B.	Personal Médico de Especialidades Quirúrgicas	1	Verificar: 1. Que el personal se encuentre en su área de trabajo en el turno correspondiente, portando uniforme y gafete, desarrollando las actividades correspondientes a su formación y perfil. 2. Que corresponda el registro de entrada y salida con el horario en Plantilla de personal. 3. Cumplir con las capacitaciones de los Programas establecidos y las específicas de acuerdo a su competencia.	1	Verificar: 1. Contar con Plantilla de personal, por área, turno, con las respectivas sumatorias. 2. Registros de asistencia 3. Expediente de personal (contrato laboral vigente, hoja de adscripción u oficio de comisión al servicio, título y cédula profesional de la licenciatura, diploma y cédula de la especialidad y subespecialidad, certificación vigente de la especialidad y subespecialidad). 4. Constancia de actualización afines a la atención médica de urgencias (en caso de rotar en el servicio de urgencias). 5. Programa de cobertura de periodos vacacionales. 6. Constancia de capacitación respecto a las Acciones Esenciales para la seguridad del Paciente 7. Constancia de capacitación en Cuidados Paliativos 8. Constancia de capacitación en materia de prevención de incendios y atención de emergencias 9. Constancia de capacitación en interculturalidad.	1	2.- Liderazgo. 4.- Planeación. 6.- Desarrollo y Satisfacción del Personal.	2.3 Metas y objetivos claros. 4.1 Planeación estratégica. 6.1 Evaluación del desempeño. 6.2 Identificación y desarrollo del talento. 6.3 Satisfacción del personal.		
28	Artículo 15-B LFT. Artículos 78, 79, 81, 82, 83, 90, 92 de la LGS.Artículos 21,22, 24, 25, 27 RLGSMPSAM. NOM-025-SSA3-2013. ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/09/17. AESP 5 B.	Personal Médico de Pediatría o Medicina del Enfermo Pediátrico en Estado Crítico adscrito a la UTPP (Criterio Mayor)	1	Verificar: 1. Que el personal se encuentre en su área de trabajo en el turno correspondiente, portando uniforme y gafete, desarrollando las actividades correspondientes a su formación y perfil. 2. Que corresponda el registro de entrada y salida con el horario en Plantilla de personal. 3. Cumplir con las capacitaciones de los Programas establecidos y las específicas de acuerdo a su competencia.	1	Verificar: 1. Contar con Plantilla de personal, por área, turno, con las respectivas sumatorias. 2. Registros de asistencia 3. Expediente de personal (contrato laboral vigente, hoja de adscripción u oficio de comisión al servicio, título y cédula profesional de la licenciatura, diploma y cédula de la especialidad y subespecialidad, y en su caso la certificación vigente de la especialidad y subespecialidad). 4. Programa de cobertura de periodos vacacionales.5. Constancia de capacitación respecto a las Acciones Esenciales para la seguridad del Paciente 6. Constancia de capacitación en Cuidados Paliativos 7. Constancia de capacitación en materia de prevención de incendios y atención de emergencias 8. Constancia de capacitación en interculturalidad.	1	2.- Liderazgo. 4.- Planeación. 6.- Desarrollo y Satisfacción del Personal.	2.3 Metas y objetivos claros. 4.1 Planeación estratégica. 6.1 Evaluación del desempeño. 6.2 Identificación y desarrollo del talento. 6.3 Satisfacción del personal.		

acreditación de establecimientos y servicios de atención médica

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

CAUSES-2N-2018

JCSSA001401 HOSPITAL REGIONAL COCULA									
GOBIERNO HG - HMI - HP									
Normatividad aplicable	Concepto	ESTRUCTURA	Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD
		Evidencia Observacional El evaluador deberá:		Evidencia Observacional El evaluador deberá:	Evidencia Documental El evaluador deberá:		Criterios y Subcriterios		
29	Artículo 15-B LFT. Artículos 78, 79, 81, 82, 83, 90, 92 de la LGS. Artículos 21, 22, 24, 25, 27 RLGSMPSAM. NOM-027-SSA3-2013. ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/09/17. AESP 5 B.	Personal Médico General	Verificar la existencia de recurso humano para garantizar la prestación de los servicios de atención médica.	1	Verificar: 1. Que el personal se encuentre en su área de trabajo en el turno correspondiente, portando uniforme y gafete, desarrollando las actividades correspondientes a su formación y perfil. 2. Que corresponda el registro de entrada y salida con el horario en Plantilla de personal. 3. Cumplir con las capacitaciones de los Programas establecidos y las específicas de acuerdo a su competencia.	1	Verificar: 1. Contar con Plantilla de personal, por área, turno, con las respectivas sumatorias. 2. Registros de asistencia. 3. Expediente de personal (contrato laboral vigente, hoja de adscripción u oficio de comisión al servicio, título y cédula profesional de la licenciatura. 4. Programa de cobertura de periodos vacacionales. 5. Constancia de capacitación respecto a las Acciones Esenciales para la seguridad del Paciente 6. Constancia de capacitación en Cuidados Paliativos 7. Constancia de capacitación en materia de prevención de incendios y atención de emergencias 9. Constancia de capacitación en interculturalidad. 10. Constancia de actualización afines a la atención médica de urgencias (en caso de rotar en el servicio de urgencias).	1	2.- Liderazgo. 4.- Planeación. 6.- Desarrollo y Satisfacción del Personal. 2.3 Metas y objetivos claros. 4.1 Planeación estratégica. 6.1 Evaluación del desempeño. 6.2 Identificación y desarrollo del talento. 6.3 Satisfacción del personal.
30	El artículo 15-B LFT; los artículos 78, 79, 82, 83, 90 y 92 de la LGS, y los artículos 21, 22, 24 y 25 del RLGSMPSAM. GPC-IMSS-162-09 Diagnóstico y tratamiento de la hemorragia obstétrica en la segunda mitad del embarazo y puerperio inmediato. Lineamiento técnico: Prevención, diagnóstico y manejo de la hemorragia obstétrica 2009. NOM-027-SSA3-2013. ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/09/17. AESP 5 B.	Personal de Enfermería con Licenciatura o Especialista adscrito en las áreas críticas (Criterio Mayor)	Verificar la existencia de recurso humano para garantizar la prestación de los servicios de atención médica.	1	Verificar: 1. Que el personal se encuentre en su área de trabajo en el turno correspondiente, portando uniforme y gafete, desarrollando las actividades correspondientes a su formación y perfil. 2. Que corresponda el registro de entrada y salida con el horario en Plantilla de personal. 3. Cumplir con las capacitaciones de los Programas establecidos y las específicas de acuerdo a su competencia.	1	Verificar: 1. Contar con Plantilla de personal, por área, turno, con las respectivas sumatorias. 2. Que se encuentren adscritas a los servicios de acuerdo a su especialidad: quirúrgicas y neonatales o pediátricas 3. Registro de asistencia. 4. Expediente de personal: documentación probatoria (título y cédula profesional de licenciatura; diploma y cédula profesional de la especialidad. 5. El personal de enfermería que labore como enfermera quirúrgica (Constancia del pos técnico), 6. Programa de cobertura de periodos vacacionales. 7. Constancia de capacitación respecto a las Acciones Esenciales para la seguridad del Paciente 8. Constancia de capacitación en Cuidados Paliativos 9. Constancia de capacitación en materia de prevención de incendios y atención de emergencias 9. Constancia de capacitación en interculturalidad.	1	2.- Liderazgo. 4.- Planeación. 6.- Desarrollo y Satisfacción del Personal. 2.3 Metas y objetivos claros. 4.1 Planeación estratégica. 6.1 Evaluación del desempeño. 6.2 Identificación y desarrollo del talento. 6.3 Satisfacción del personal.
31	El artículo 15-B LFT; los artículos 78, 79, 82, 83, 90 y 92 de la LGS, y los artículos 21, 22, 24 y 25 del RLGSMPSAM. GPC-IMSS-162-09 Diagnóstico y tratamiento de la hemorragia obstétrica en la segunda mitad del embarazo y puerperio inmediato. Lineamiento técnico: Prevención, diagnóstico y manejo de la hemorragia obstétrica 2009. NOM-027-SSA3-2013. ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/09/17. AESP 5 B.	Personal de Enfermería Técnico y General	Verificar la existencia de recurso humano para garantizar la prestación de los servicios de atención médica.	1	Verificar: 1. Que el personal se encuentre en su área de trabajo en el turno correspondiente, portando uniforme y gafete, desarrollando las actividades correspondientes a su formación y perfil. 2. Que corresponda el registro de entrada y salida con el horario en Plantilla de personal. 3. Cumplir con las capacitaciones de los Programas establecidos y las específicas de acuerdo a su competencia.	1	Verificar: 1. Contar con Plantilla de personal, por área, turno, con las respectivas sumatorias. 2. registro de asistencia. 3. Expediente de personal: contrato laboral vigente, hoja de adscripción u oficio de comisión al servicio, documentación probatoria (título y cédula profesional de licenciatura y/o carrera técnica). 4. Constancias: el personal de enfermería que labore en el servicio de urgencias (Constancia de cursos afines a la atención médica de urgencias), el personal de enfermería que labore en la UCIP y UCIN (Constancia de entrenamiento y capacitación en cuidados del enfermo en estado crítico y curso taller en reanimación neonatal), el personal de enfermería que labore como enfermera quirúrgica (Constancia del pos técnico). 5. Programa de cobertura de periodos vacacionales. 6. Constancia de capacitación respecto a las Acciones Esenciales para la seguridad del Paciente 7. Constancia de capacitación en Cuidados Paliativos 8. Constancia de capacitación en materia de prevención de incendios y atención de emergencias 9. Constancia de capacitación en interculturalidad.	1	2.- Liderazgo. 4.- Planeación. 6.- Desarrollo y Satisfacción del Personal. 2.3 Metas y objetivos claros. 4.1 Planeación estratégica. 6.1 Evaluación del desempeño. 6.2 Identificación y desarrollo del talento. 6.3 Satisfacción del personal.
RECURSO HUMANO COMPLEMENTARIO SEGUNDO NIVEL									
32	Artículo 15-B LFT. Artículos 78, 79, 81, 82, 83, 90, 92 de la LGS. Artículos 21, 22, 24, 25, 27 RLGSMPSAM. ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/09/17. AESP 5 B.	Personal de Anatomía Patológica	Verificar la existencia de recurso humano para garantizar la prestación de los servicios de atención médica.	1	Verificar: 1. Que el personal se encuentre en su área de trabajo en el turno correspondiente, portando uniforme y gafete, desarrollando las actividades correspondientes a su formación y perfil. 2. Que corresponda el registro de entrada y salida con el horario en Plantilla de personal. 3. Cumplir con las capacitaciones de los Programas establecidos.	1	Verificar: 1. Plantilla de personal. 2. Registros de asistencia. 3. Expediente de personal (contrato laboral vigente, hoja de adscripción u oficio de comisión al servicio, título y cédula profesional de la licenciatura y/o carrera técnica, diploma y cédula de la especialidad). 4. Programa de cobertura de periodos vacacionales. 5. Constancia de capacitación respecto a las Acciones Esenciales para la seguridad del Paciente 6. Constancia de capacitación en Cuidados Paliativos 7. Constancia de capacitación en materia de prevención de incendios y atención de emergencias 8. Constancia de capacitación en interculturalidad.	1	2.- Liderazgo. 4.- Planeación. 6.- Desarrollo y Satisfacción del Personal. 2.3 Metas y objetivos claros. 4.1 Planeación estratégica. 6.1 Evaluación del desempeño. 6.2 Identificación y desarrollo del talento. 6.3 Satisfacción del personal.

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN									
JCSSA001401 HOSPITAL REGIONAL COCULA									
GOBIERNO HG - HMI - HP									
Normatividad aplicable	Concepto	ESTRUCTURA	Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO	Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL	Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional El evaluador deberá:		Evidencia Observacional El evaluador deberá:		Evidencia Documental El evaluador deberá:		Criterios y Subcriterios	
33	Artículo 15-B LFT. Artículos 78, 79, 81, 82, 83, 90, 92 de la LGS. Artículos 21, 22, 24, 25, 27 RLGSMPSAM ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/09/17. AESP 5 B.	Personal de Imagenología (Criterio Mayor)	1	Verificar la existencia de recurso humano para garantizar la prestación de los servicios de atención médica.	1	Verificar: 1. Que el personal se encuentre en su área de trabajo en el turno correspondiente, portando uniforme y gafete, desarrollando las actividades correspondientes a su formación y perfil. 2. Que corresponda el registro de entrada y salida con el horario en Plantilla de personal. 3. Cumplir con las capacitaciones de los Programas establecidos.	1	2.- Liderazgo. 4.- Planeación. 6.- Desarrollo y Satisfacción del Personal.	2.3 Metas y objetivos claros. 4.1 Planeación estratégica. 6.1 Evaluación del desempeño. 6.2 Identificación y desarrollo del talento. 6.3 Satisfacción del personal.
34	Artículo 15-B LFT. Artículos 79, 83 de la LGS. Artículos 21, 22, 24, 25, 27 RLGSMPSAM. ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/09/17. AESP 5 B.	Personal de Trabajo Social	1	Verificar la existencia de recurso humano para garantizar la prestación de los servicios de atención médica.	1	Verificar: 1. Que el personal se encuentre en su área de trabajo en el turno correspondiente, portando uniforme y gafete, desarrollando las actividades correspondientes a su formación y perfil. 2. Que corresponda el registro de entrada y salida con el horario en Plantilla de personal. 3. Cumplir con las capacitaciones de los Programas establecidos.	1	2.- Liderazgo. 4.- Planeación. 6.- Desarrollo y Satisfacción del Personal.	2.3 Metas y objetivos claros. 4.1 Planeación estratégica. 6.1 Evaluación del desempeño. 6.2 Identificación y desarrollo del talento. 6.3 Satisfacción del personal.
35	Artículo 15-B LFT. Artículos 79, 83 de la LGS. Artículos 21, 22, 24, 25, 27 RLGSMPSAM. ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/09/17. AESP 5 B.	Personal de Psicología	1	Verificar la existencia de recurso humano para garantizar la prestación de los servicios de atención médica.	1	Verificar: 1. Que el personal se encuentre en su área de trabajo en el turno correspondiente, portando uniforme y gafete, desarrollando las actividades correspondientes a su formación y perfil. 2. Que corresponda el registro de entrada y salida con el horario en Plantilla de personal. 3. Cumplir con las capacitaciones de los Programas establecidos.	1	2.- Liderazgo. 4.- Planeación. 6.- Desarrollo y Satisfacción del Personal.	2.3 Metas y objetivos claros. 4.1 Planeación estratégica. 6.1 Evaluación del desempeño. 6.2 Identificación y desarrollo del talento. 6.3 Satisfacción del personal.
36	Artículo 15-B LFT. Artículos 79, 83 de la LGS. Artículos 21, 22, 24, 25, 27 RLGSMPSAM. NOM-013-SSA2-2015.	Personal de Estomatología	1	Verificar la existencia de recurso humano para garantizar la prestación de los servicios de atención médica.	1	Verificar: 1. Que el personal se encuentre en su área de trabajo en el turno correspondiente, portando uniforme y gafete, desarrollando las actividades correspondientes a su formación y perfil. 2. Que corresponda el registro de entrada y salida con el horario en Plantilla de personal. 3. Cumplir con las capacitaciones de los Programas establecidos.	1	2.- Liderazgo. 4.- Planeación. 6.- Desarrollo y Satisfacción del Personal.	2.3 Metas y objetivos claros. 4.1 Planeación estratégica. 6.1 Evaluación del desempeño. 6.2 Identificación y desarrollo del talento. 6.3 Satisfacción del personal.

JCSSA001401 HOSPITAL REGIONAL COCULA									
GOBIERNO HG - HMI - HP									
Normatividad aplicable	Concepto	ESTRUCTURA	Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO	Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL	Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional El evaluador deberá:		Evidencia Observacional El evaluador deberá:		Evidencia Documental El evaluador deberá:		Criterios y Subcriterios	
Artículo 15-B LFT. Artículos 79, 83 de la ley LGS. Artículos 21, 22, 24, 25, 27 RIGSMPSAM. ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/09/17. AESP 5 B.	Personal de Laboratorio (Criterio Mayor)	Verificar la existencia de recurso humano para garantizar la prestación de los servicios de atención médica.	1	Verificar: 1. Que el personal se encuentre en su área de trabajo en el turno correspondiente, portando uniforme y gafete, desarrollando las actividades correspondientes a su formación y perfil. 2. Que corresponda el registro de entrada y salida con el horario en Plantilla de personal. 3. Cumplir con las capacitaciones de los Programas establecidos.	1	Verificar: 1. Plantilla de personal. 2. Registros de asistencia 3. Expediente de personal (contrato laboral vigente, hoja de adscripción u oficio de comisión al servicio, título y cédula profesional de la licenciatura y/o carrera técnica). 4. Constancia de capacitación: Programa Integral de higiene de manos. 5. Programa de cobertura de periodos vacacionales. 6. Constancia de capacitación respecto a las Acciones Esenciales para la seguridad del Paciente 7. Constancia de capacitación en Cuidados Paliativos 8. Constancia de capacitación en materia de prevención de incendios y atención de emergencias 9. Constancia de capacitación en interculturalidad.	0	2.- Liderazgo. 3.- Información, Conocimiento, Innovación y Tecnología. 4.- Planeación.	1.1 Conocimiento profundo de las personas, comunidad y población; diagnóstico situacional y de salud. 3.1 Alineación de la información estratégica. 3.2 Análisis e interpretación de la información. 3.3 Protección de la información. 3.4 Información en salud de referencia.
Artículo 15-B LFT. Artículos 79, 83 de la ley LGS. Artículos 21, 22, 24, 25, 27 RIGSMPSAM. ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/09/17. AESP 5 B.	Personal de inhaloterapia	Verificar la existencia de recurso humano para garantizar la prestación de los servicios de atención médica.	1	Verificar: 1. Que el personal se encuentre en su área de trabajo en el turno correspondiente, portando uniforme y gafete, desarrollando las actividades correspondientes a su formación y perfil. 2. Que corresponda el registro de entrada y salida con el horario en Plantilla de personal. 3. Cumplir con las capacitaciones de los Programas establecidos.	1	Verificar: 1. Plantilla de personal. 2. Registros de asistencia 3. Expediente de personal (contrato laboral vigente, hoja de adscripción u oficio de comisión al servicio, título profesional y cédula profesional de la licenciatura y/o carrera técnica). 4. Programa de cobertura de periodos vacacionales. 5. Constancia de capacitación respecto a las Acciones Esenciales para la seguridad del Paciente 6. Constancia de capacitación en Cuidados Paliativos 7. Constancia de capacitación en materia de prevención de incendios y atención de emergencias 8. Constancia de capacitación en interculturalidad.	1	2.- Liderazgo. 3.- Información, Conocimiento, Innovación y Tecnología. 4.- Planeación.	1.1 Conocimiento profundo de las personas, comunidad y población; diagnóstico situacional y de salud. 3.1 Alineación de la información estratégica. 3.2 Análisis e interpretación de la información. 3.3 Protección de la información. 3.4 Información en salud de referencia. 3.5 Metas y objetivos sectoriales. 3.6 Ganancia en salud.
Lineamientos para la elaboración de un diagnóstico situacional	Diagnóstico Situacional	Verificar existencia del diagnóstico situacional.	1	Verificar: 1. Que se analice la información contenida en el diagnóstico, que contengan mejoras planteadas y que estas se estén llevando a cabo y sean acorde a la información contenida.	1	Verificar: Verificar diagnóstico actualizado.	1	4.- Planeación 5 Responsabilidad Social	4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.1 Responsabilidad pública.
Numeral 6. Manejo de Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos, 6.7 Programa de Contingencias de la NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, Artículo 8 del Reglamento en materia de RPBI de la Ley General del Equilibrio Ecológico y la Protección al Ambiente. Guía de cumplimiento de la norma oficial mexicana. Apartado 5, 5.1, (NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002).	Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos	Verificar la documentación de las acciones administrativas.	1	Verificar: 1. Que el establecimiento cuente con: el registro y la autorización de la SEMARNAT, responsable, Programa de capacitación a todo el personal generador y recolector de RPBI, la elaboración del Programa de contingencias, Bitácoras de recolección, contrato de prestación del servicio, Registros de la calibración de la báscula.	0	Verificar: 1. Formatos siguientes: SEMARNAT-07-001 Autorización para la recolección y transporte de RPBI, SEMARNAT-07-04 Aviso de inscripción como empresa generadora de RPBI, SEMARNAT-07-005 Reporte anual de RPBI, SEMARNAT-07-009, manifiesto de entrega transporte y recepción, SEMARNAT-07-10 Autorización para el almacenamiento. 2. Bitácora de recolección. 3. Bitácora de mantenimiento para almacén temporal y registro de calibración de la báscula.	1	6.-Desarrollo Satisfacción del Personal.	6.1 Evaluación del desempeño.
Lineamientos Interculturales para el personal de los Servicios de Salud DGPLADES 2015.		Verificar que Existan recursos humanos con competencia de Interculturalidad y Equidad de Género.	1	Verificar: 1. Existencia de al menos una persona del equipo de salud con conocimiento bilingüe si más del 40% de la población local habla alguna lengua diferente al Español, pudiendo ser que no se encuentre de planta, siendo apoyo por parte de la jurisdicción, en tal caso contar con directorio de intérpretes, intra o extra institucionales. 2. Difusión del directorio.	1	Verificar que cuente con Constancia de capacitación, integrada al Expediente laboral, en temas de Interculturalidad y/o Equidad de género de mínimo 8 hrs. Presencial y/o vía internet expedido por alguna dependencia competente.	1	6.-Desarrollo y Satisfacción del Personal.	6.1 Evaluación del desempeño. 6.2 Identificación y desarrollo del talento.

JCSSA001401 HOSPITAL REGIONAL COCULA									
GOBIERNO HG - HMI - HP									
Normatividad aplicable	Concepto	ESTRUCTURA	Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Criterios a evaluar DOCUMENTAL		MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional		Evidencia Observacional		Evidencia Documental		Criterios y Subcriterios	
		El evaluador deberá:		El evaluador deberá:		El evaluador deberá:			
42	Lineamientos Interculturales para el personal de los Servicios de Salud DGPLADES 2015.	Verificar la existencia de los lineamientos Interculturales para el personal de los Servicios de Salud.	1	Verificar presencia de cartel con los lineamientos de interculturalidad.	1	Verificar evidencia de los mecanismos de difusión y conocimiento al personal de salud de la unidad de los lineamientos Interculturales para el personal de los Servicios de Salud.	1	3 Información, Conocimiento, Innovación y Tecnología.	3.1 Alineación de la información estratégica.
43	NORMA Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en salud.	Verificar que el establecimiento este dado de alta en: SINAIS, Padrón de profesionales y SINERHIAS.	1	Verificar: 1. Que el establecimiento cuenta con el registro de datos ante los sistemas oficiales de Información: SINAIS, Padrón de profesionales y SINERHIAS.	1	Verificar reporte de la información con el corte al semestre en: 1. Padrón General de Salud(PGS), 2. Subsistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (SAEH), 3. Subsistema Automatizado de Urgencias Médicas (URGENCIAS), 4. Subsistema de Lesiones y Causas de Violencia (LESIONES y VIOLENCIA), 5. Subsistema de Información de Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la Salud (SINERHIAS) 6. Subsistema de Prestación de Servicios (SIS), 7. Subsistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones (SEED) y 8. Subsistema de Información sobre Nacimientos (SINAC).	1	1.- Atención Centrada en la Persona, comunidades, población.	1.3 Experiencia de la persona en la Organización. 1.4 Oferta de servicios.
44	Manual de Procedimientos para la referencia y contrarreferencia de pacientes 2000. (ver primer nivel)	Sistema de Referencia y Contrarreferencia	1	Verificar: 1. Existencia, conocimiento y aplicación, correlacionar referencias con diagnósticos a los hospitales señalados en su directorio de acuerdo a la patología, así como la complejidad que el caso lo requiera, analizar motivo y diagnóstico de referencia. 2. El personal utiliza la técnica Situación, Antecedentes, Evaluación y Recomendaciones (SAER) durante la transferencia de pacientes.	1	Verificar: 1. Manual de procedimientos para la referencia y contrarreferencia de pacientes 2000. 2. Directorio actualizado 3. Registros de referencia y contrarreferencia de pacientes. 4. Referencia y contrarreferencia de conformidad con las disposiciones normativas.	1	1.- Atención Centrada en la Persona, comunidades, población.	1.3 Experiencia de la persona en la Organización. 1.4 Oferta de servicios.
45	ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/09/17. AESP 2C.		1	Verificar el 85% de cumplimiento de la contrarreferencia.	1	Verificar sistema de registro y control. 2. Documento de Reporte oficial.	1	1.- Atención Centrada en la Persona, comunidades, población.	1.3 Experiencia de la persona en la Organización. 1.4 Oferta de servicios.
46			1	Verificar el 100 % de cumplimiento de seguimiento.	1	Verificar sistema de registro y control. 2. Documento de Reporte oficial.	1	1.- Atención Centrada en la Persona, comunidades, población.	1.2 Comunicación con las personas, comunidad y población.
47		Verificar la existencia de al menos un buzón de atención del SUG en el área de mayor circulación de usuarios de la unidad de salud, con imagen institucional acorde al lineamiento vigente.	1	Verificar el buzón de atención del SUG deberá contar con los insumos necesarios: Formatos unificados de solicitud de atención (FUSA) y pluma o lápiz para su llenado.	1	Verificar 1. Cronograma de aperturas de buzón del SUG y notificación correspondiente a los participantes. 2. Minutas de apertura del buzón del SUG, con apego a las fechas establecidas en el cronograma y firma de todos los actores.	1	1.- Atención Centrada en la Persona, comunidades, población.	1.2 Comunicación con las personas, comunidad y población.
48	Lineamiento para el uso de la	Verificar que se difunda entre los usuarios los elementos del SUG disponibles para presentar quejas, sugerencias, felicitaciones y solicitudes de Gestión: módulo, buzónes, 01 800 y otros medios implementados dependiendo de la entidad.	1	Verificar evidencia de la implementación de estrategias de difusión al interior del establecimiento de salud para promover el SUG.	1	Verificar evidencia de estrategias de difusión al interior del establecimiento de salud para promover el Sistema Unificado de Gestión (SUG): cartel, volante, etc.	1	1.- Atención Centrada en la Persona, comunidades, población. 3.- Información conocimiento de innovación y tecnología.	1.2 Comunicación con las personas, comunidad y población. 3.2 Análisis e interpretación de la información. 3.3 Protección de la información.

JCSSA001401		HOSPITAL REGIONAL COCULA									
GOBIERNO HG - HMI - HP											
Normatividad aplicable	Concepto	ESTRUCTURA	Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional		El evaluador deberá:	Evidencia Documental		El evaluador deberá:	Criterios y Subcriterios			
49	herramienta Sistema Unificado de Gestión (SUG) Atención y Orientación al Usuario de los Servicios de Salud.	SUG	1	Verificar registro y seguimiento de las solicitudes de atención del SUG, mediante el uso de la herramienta en línea del SUG.	1	Verificar la generación de Reportes de seguimiento y resolución de solicitudes, a través del uso de la herramienta en línea del SUG o en papel.	1	1.- Atención Centrada en la Persona, comunidades, población. 3.- Información conocimiento innovación y tecnología.	1.2 Comunicación con las personas, comunidad y población. 3.2 Análisis e interpretación de la información. 3.3 Protección de la información.		
		Verificar el seguimiento, resolución y notificación al usuario de las quejas, sugerencias, felicitaciones y solicitudes de Gestión.		Verificar evidencia de notificación de solicitudes de atención de los usuarios de forma personalizada y mediante la publicación mensual del tablero SUG en salas de espera.	1	Verificar registro histórico de tableros SUG y evidencia de Formatos de notificación personal a los usuarios si es el caso.	1.- Atención Centrada en la Persona, comunidades, población. 3.- Información conocimiento innovación y tecnología.	1.2 Comunicación con las personas, comunidad y población. 3.2 Análisis e interpretación de la información. 3.3 Protección de la información.			
51	Guía Operativa de Aval Ciudadano 2016.	Aval ciudadano	1	Verificar contar con cartas compromiso firmadas con el aval ciudadano.	1	Verificar: 1. Publicación cuatrimestral de la información de Trato Digno del Aval Ciudadano, 2. Publicación interna de los resultados de la Gestión de las quejas, sugerencias y felicitaciones, así como evidencia del seguimiento de compromisos.	1	2.- Liderazgo.	2.3 Metas y objetivos claros.		
52	ACUERDO por el que se establecen las acciones que deberán cumplirse para acreditar el fomento a la lactancia materna en los establecimientos de atención médica que se sujeten al procedimiento de Certificación del Consejo de Salubridad General. 22/10/2012. ACUERDO por el que se establecen las directrices para fortalecer la política pública en lactancia materna. 22/06/2012. ACUERDO por el que el Consejo de Salubridad General emite disposiciones para fortalecer la política pública en lactancia materna en materia de sucedáneos de la leche materna o humana. 14/03/2013.	Hospital Amigo del Niño y la Niña	1	Verificar existencia de estrategias para fomentar la práctica de la lactancia materna.	1	Verificar que se encuentren difundidas entre el personal, y que este las conozcas.	1	Verificar el material de difusión para la población general.	2.3 Metas y objetivos claros. 3.5 Metas y objetivos sectoriales. 3.6 Ganancia en salud. 4.4 Plan anual de Calidad y Seguridad del Paciente.		
53	ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de los esquemas de manejo integral de cuidados paliativos, así como los procesos señalados en la Guía del Manejo Integral de Cuidados Paliativos en el Paciente Pediátrico. 14/12/2016.	Cuidados Paliativos	1	Verificar existencia de estrategias para fomentar los cuidados paliativos en paciente pediátrico	1	Verificar que se encuentren difundidas entre el personal, y que este las conozcas.	1	Verificar el material de difusión para la población general	2.3 Metas y objetivos claros. 3.5 Metas y objetivos sectoriales. 3.6 Ganancia en salud. 4.4 Plan anual de Calidad y Seguridad del Paciente.		

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

JCSSA001401		HOSPITAL REGIONAL COCULA									
GOBIERNO HG - HMI - HP											
Normatividad aplicable		Concepto	ESTRUCTURA	Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD
			Evidencia Observacional		Evidencia Observacional			Evidencia Documental			Criterios y Subcriterios
			El evaluador deberá:		El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			
54	Manual de Organización de los Comités Técnicos de los Hospitales DGRSS 1997. Comités Técnicos Médicos Hospitalarios Lineamientos para la Organización y Funcionamiento. DGRSS. 1999.	Comités técnicos intrahospitalarios	Verificar que este conformed el comité técnico médico hospitalario de infecciones nosocomiales.	1	Verificar: 1. Que el comité esté funcionando conforme a los lineamientos.	1	Verificar: 1. Actas de instalación actualizada. 2. Cronograma anual de sesiones. 3. Minutas de sesiones firmadas. 4. Registro de cumplimiento y seguimiento de acuerdos. 5. Formato de problema detectado, acciones a realizar, tiempo, responsable.	1	2.- Liderazgo. 3.- Información conocimiento innovación y tecnología. 4.- Planeación.	2.3 Metas y objetivos claros. 3.5 Metas y objetivos sectoriales. 3.6 Ganancia en salud. 4.4 Plan anual de Calidad y Seguridad del Paciente.	
55	Manual de Organización de los Comités Técnicos de los Hospitales DGRSS 1997. Comités Técnicos Médicos Hospitalarios Lineamientos para la Organización y Funcionamiento. DGRSS. 1999.		Verificar que este conformed el comité técnico médico hospitalario de mortalidad hospitalaria y el de mortalidad materna y perinatal.	1	Verificar: 1. Que el comité esté funcionando conforme a los lineamientos.	1	Verificar: 1. Actas de instalación actualizada. 2. Cronograma anual de sesiones. 3. Minutas de sesiones firmadas. 4. Registro de cumplimiento y seguimiento de acuerdos. 5. Formato de problema detectado, acciones a realizar, tiempo, responsable.	1	2.- Liderazgo. 3.- Información conocimiento innovación y tecnología. 4.- Planeación.	2.3 Metas y objetivos claros. 3.5 Metas y objetivos sectoriales. 3.6 Ganancia en salud. 4.4 Plan anual de Calidad y Seguridad del Paciente.	
56	Manual de Organización de los Comités Técnicos de los Hospitales DGRSS 1997. Comités Técnicos Médicos Hospitalarios Lineamientos para la Organización y Funcionamiento. DGRSS. 1999 ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/09/17.		Verificar que se cumpla con los lineamientos para su constitución: 1. Acta de Instalación 2. Minutas de las sesiones del COCASEP, en formato emitido por la DGCESS 3. Calendario de reuniones (Programado/realizado).	1	Verificar que: 1. Se establezcan estrategias para dar cumplimiento a la normatividad que regula el COCASEP, 2. Actas de reuniones de COCASEP (al menos 3 anuales). En las que se incluya un acuerdo de seguimiento para la implementación de las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. 3. Conformación de un Programa de Mejora Continua de la Calidad anual, con participación multidisciplinaria y que cuente con Indicadores para su monitoreo y seguimiento trimestral.	1	Verificar que: 1. Cuente con copias de las minutas del COCASEP 2. En las minutas se encuentra el seguimiento a los acuerdos y en específico el referente a la implementación de las Acciones Esenciales 3. Gestión para la adquisición de Insumos para el cumplimiento de las Acciones Esenciales, así como los principales acuerdos del resto de comités. 4. Documento relativo al Programa de Mejora Continua de la Calidad.	1	2.- Liderazgo. 3.- Información conocimiento innovación y tecnología. 4.- Planeación.	2.3 Metas y objetivos claros. 3.5 Metas y objetivos sectoriales. 3.6 Ganancia en salud. 4.4 Plan anual de Calidad y Seguridad del Paciente.	
57			Verificar: 1. Que se cuenta con el manual de INDICAS (cuadernillo). 2. Calendario de mediciones. 3. Tamaño de la muestra de acuerdo a la tabla para poblaciones finitas. 4. Capacitación periódica para los evaluadores.	1	Verificar: 1. Que los datos estén concentrados en los Formatos establecidos. 2. Reporte de las mediciones en el Sistema INDICAS II.	1	Verificar: 1. Reporte cuatrimestral. 2. Evidencia de las acciones para mejorar el cumplimiento de los indicadores. 3. Difusión de los resultados al personal del hospital.	1	2.- Liderazgo. 3.- Información conocimiento innovación y tecnología. 4.- Planeación.	2.3 Metas y objetivos claros. 3.5 Metas y objetivos sectoriales. 3.6 Ganancia en salud. 4.4 Plan anual de Calidad y Seguridad del Paciente.	
58			Verificar indicadores para trato digno en consulta externa de segundo nivel.	1	Verificar: 1. Que se realizan las encuestas o mediciones de oportunidad en la atención, satisfacción por la información proporciona por el médico, satisfacción por el surtimiento de medicamentos, trato recibido del personal de la unidad médica.	1	Verificar: 1. Programa de mejora. 2. Estándares o índices a lograr.	1	2.- Liderazgo. 3.- Información conocimiento innovación y tecnología. 4.- Planeación.	2.3 Metas y objetivos claros. 3.5 Metas y objetivos sectoriales. 3.6 Ganancia en salud. 4.4 Plan anual de Calidad y Seguridad del Paciente.	

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN									
CAUSES-2N-2018									
JCSSA001401 HOSPITAL REGIONAL COCULA									
GOBIERNO HG - HMI - HP									
Normatividad aplicable	Concepto	ESTRUCTURA	Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO	Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL	Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional		Evidencia Observacional		Evidencia Documental			
		El evaluador deberá:		El evaluador deberá:		El evaluador deberá:		Criterios y Subcriterios	
59	INDICAS / DGCES 2016. Http://dgces.Salud.gob.mx/INDICAS .	Verificar indicadores para trato digno en urgencias.	1	Verificar: 1. Que se realicen las encuestas o mediciones de satisfacción por la oportunidad en la atención, satisfacción por la información proporcionada por el médico, satisfacción por el trato recibido.	1	Verificar: 1. Programa de mejora. 2. Estándares o índices a lograr.	1	2.- Liderazgo. 3.- Información conocimiento innovación y tecnología. 4.- Planeación.	2.3 Metas y objetivos claros. 3.5 Metas y objetivos sectoriales. 3.6 Ganancia en salud. 4.4 Plan anual de Calidad y Seguridad del Paciente.
60		Verificar indicadores para el uso de indicadores para la organización de los servicios de urgencias.	1	Verificar: 1. Que se realicen las encuestas o mediciones de tiempo de espera en urgencias, porcentaje de usuarios que esperan tiempo estándar para recibir consulta.	1	Verificar: 1. Programa de mejora. 2. Estándares o índices a lograr.	1	2.- Liderazgo. 3.- Información conocimiento innovación y tecnología. 4.- Planeación.	2.3 Metas y objetivos claros. 3.5 Metas y objetivos sectoriales. 3.6 Ganancia en salud. 4.4 Plan anual de Calidad y Seguridad del Paciente.
61		Verificar indicadores para la atención médica efectiva en segundo nivel.	1	Verificar: 1. Que se realicen las encuestas o mediciones de diferimiento quirúrgico en cirugía general, tasa de cesáreas, tasa de Infecciones nosocomiales.	1	Verificar: 1. Programa de mejora. 2. Estándares o índices a lograr.	1	2.- Liderazgo. 3.- Información conocimiento innovación y tecnología. 4.- Planeación.	2.3 Metas y objetivos claros. 3.5 Metas y objetivos sectoriales. 3.6 Ganancia en salud. 4.4 Plan anual de Calidad y Seguridad del Paciente.
62		Verificar indicadores para la atención de enfermería hospitalización.	1	Verificar: 1. Que se realicen las encuestas o mediciones de ministración de medicamentos vía oral, prevención de infección nosocomial en vías urinarias, prevención de caídas a pacientes hospitalizados, vigilancia y control de venoclisis, prevención de úlceras por presión a pacientes hospitalizados.	1	Verificar: 1. Programa de mejora. 2. Estándares o índices a lograr.	1	1.- Atención centrada en las Personas/Comunidad/ Población.	1.2 Comunicación con las personas, comunidad y población. 1.3 Experiencia de la persona en la Organización.
63		Verificar Indicadores para la prevención de Infecciones Asociadas a la Atención Médica (IAAS).	1	Verificar: 1. Que se realicen las encuestas o mediciones de tasa de neumonías nosocomiales asociadas a ventilación mecánica, tasa de infección de vías urinarias asociada a uso de sonda vesical, tasa de bacteriemias asociadas a uso de catéter venoso central, tasa de infección de sitio quirúrgico.	1	Verificar: 1. Programa de mejora que incluya la implementación de paquetes de medidas preventivas para las infecciones asociadas a la atención médica 2. Estándares o índices a lograr.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población. 7.- Mejora de Procesos.	1.2 Comunicación con las personas, comunidad y población. 1.3 Experiencia de la persona en la Organización. 7.1 Administración de procesos estratégicos. 7.4 Gestión del riesgo en la atención.

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN									
CAUSES-2N-2018									
JCSSA001401 HOSPITAL REGIONAL COCULA									
GOBIERNO HG - HMI - HP									
Normatividad aplicable	Concepto	ESTRUCTURA	Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO	Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL	Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional		Evidencia Observacional		Evidencia Documental		Criterios y Subcriterios	
		El evaluador deberá:		El evaluador deberá:		El evaluador deberá:			
64	Página web CONAMED 2015, Comisión Nacional de Protección Social en Salud 2015.	Verificar existencia física de códigos éticos conductuales en las áreas de circulación del establecimiento.	0	Verificar: 1. Que el personal responsable del establecimiento difunda a los usuarios y prestadores de servicios la Carta de Derechos Generales de los Pacientes, la Carta de Derechos de los Beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud, la Carta de los Derechos de los Médicos, el Código de Ética para el personal del Enfermería y el Código de Bioética para el personal de salud.	1	Verificar: 1. Carteles. 2. Registro de la difusión de los código ético conductuales.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población. 7.- Mejora de Procesos.	1.2 Comunicación con las personas, comunidad y población. 1.3 Experiencia de la persona en la Organización. 7.1 Administración de procesos estratégicos. 7.4 Gestión del riesgo en la atención.
65		Verificar que el establecimiento cuente con un procedimiento documentado para la identificación del paciente Acción Esencial 1 (A,B,C,D,E) definido y aplicado al establecimiento.	1	Verificar que: 1. El procedimiento para la identificación del paciente utiliza al menos dos datos (Nombre completo del paciente y fecha de nacimiento) 2. sea difundido en el establecimiento 3. El personal cuente con la capacitación en: a. identificación del paciente b. De la estandarización c. De la identificación previa a la realización de procedimientos, d. Identificación del paciente en soluciones intravenosas y/dispositivos e. Identificación en estudios de imagenología, laboratorio clínico y patología. 4. El personal conozca y aplique el procedimiento.	1	Verificar: 1. Registros de supervisión de seguimiento 2. Constancias de capacitación o listas de asistencia.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población. 7.- Mejora de Procesos.	1.2 Comunicación con las personas, comunidad y población. 1.3 Experiencia de la persona en la Organización. 7.1 Administración de procesos estratégicos. 7.4 Gestión del riesgo en la atención.
66		Verificar que el establecimiento cuente con un procedimiento documentado para la comunicación efectiva Acción Esencial 2 (A,B,C,D,E,F,G) definido y aplicado al establecimiento.	1	Verificar que: 1. El procedimiento para la comunicación efectiva sea difundido al personal 2. Cuente con la capacitación en comunicación efectiva particularmente para el registro de las órdenes verbales y/o telefónicas relacionadas con la atención de los pacientes tales como: resultados críticos de laboratorio, patología y gabinete, así como para la transferencia, referencia, contra referencia y egreso. 3. El personal conozca y aplique el procedimiento.	1	Verificar: 1. Registros de supervisión de seguimiento, llenado de la Bitácora específica de registro para órdenes verbales y/o telefónicas o registro en el Expediente clínico del paciente 2. Constancias de capacitación o listas de asistencia.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población. 7.- Mejora de Procesos.	1.2 Comunicación con las personas, comunidad y población. 1.3 Experiencia de la persona en la Organización. 7.1 Administración de procesos estratégicos. 7.4 Gestión del riesgo en la atención.

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN									
CAUSES-2N-2018									
JCSSA001401		HOSPITAL REGIONAL COCULA							
GOBIERNO HG - HMI - HP									
Normatividad aplicable	Concepto	ESTRUCTURA	Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO	Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL	Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional		Evidencia Observacional		Evidencia Documental		Criterios y Subcriterios	
		El evaluador deberá:		El evaluador deberá:		El evaluador deberá:			
67	Seguridad del Paciente	Verificar que el establecimiento cuente con un procedimiento documentado para la seguridad en el proceso de medicación Acción Esencial 3 (A, B, C, D, E, F, G, H, I) definido y aplicado al establecimiento.	1	Verificar que: 1. El procedimiento para la seguridad en el proceso de medicación sea difundido 2. El personal cuente con capacitación relativa al procedimiento de seguridad en el proceso de medicación que incluya: a. Adquisición y almacenamiento de medicamentos de alto riesgo y electrolitos concentrados; b. Prescripción, transcripción, dispensación, recepción y almacenamiento y administración de medicamentos; c. Alertas visuales en medicamentos con aspecto o nombre parecido 3. Que incluya la doble verificación en la preparación y administración de medicamentos de alto riesgo 4. Notificación de eventos adversos relacionados con la medicación. 5. Que el personal conozca y aplique el procedimiento.	1	Verificar: 1. Registros de supervisión de seguimiento 2. Constancias de capacitación o listas de asistencia.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población. 7.- Mejora de Procesos.	1.2 Comunicación con las personas, comunidad y población. 1.3 Experiencia de la persona en la Organización. 7.1 Administración de procesos estratégicos. 7.4 Gestión del riesgo en la atención.
68		Verificar que el establecimiento cuente con un procedimiento documentado para la seguridad en los procedimientos Acción Esencial 4 (A, B) definido y aplicado al establecimiento.	1	Verificar que: 1 el procedimiento incluya al menos: a. Marcaje sitio anatómico. B. Aplicación de la Lista de Verificación para la Seguridad de la Cirugía c. Aplicación del Tiempo Fuera para procedimientos fuera de quirófano.2. Que el personal cuente con la capacitación para su aplicación. 3. Que el personal conozca y aplique el procedimiento.	1	Verificar: 1. Existencia de la lista de verificación para la Seguridad de la Cirugía en el Expediente clínico del paciente, 2. Registros de supervisión de seguimiento 3. Constancias de capacitación o listas de asistencia.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población. 7.- Mejora de Procesos	1.2 Comunicación con las personas, comunidad y población. 1.3 Experiencia de la persona en la Organización. 7.1 Administración de procesos estratégicos. 7.4 Gestión del riesgo en la atención.
69		ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/09/17.	1	Verificar que el establecimiento: 1. Cuente con la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria 2. Lleve a cabo un Programa integral de higiene de manos que incluya: a. Responsable, b. Acciones de difusión de material alusivo a la higiene de las manos (5 momentos para la higiene de las manos) en las diferentes áreas del establecimiento donde se realicen actividades asistenciales, dicho material debe ser visible a personal, pacientes y familiares. C. Acciones de supervisión periódicas para verificar la adherencia del personal de salud a las prácticas recomendadas de higiene de las manos. 3. Capacitación sobre el procedimiento de higiene de manos 4. Que el personal conozca y aplique el procedimiento 5. Realimentación al personal del establecimiento respecto de los resultados del apego a las acciones de higiene de manos. 6.control microbiológico del agua, y medición de su calidad 7. Autoevaluaciones del Programa Integral de higiene de manos por lo menos una vez al año.	1	Verificar la existencia del documento relativo a: 1. Programa integral de higiene de manos, 2. La difusión implementación, supervisión y autoevaluación, 3. Lista de asistencia de capacitación del personal adscrito al Establecimiento en el Programa Integral de higiene de manos 4. Información y difusión de resultados. 5. Sistema de abasto de insumos necesarios.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población. 7.- Mejora de Procesos	1.2 Comunicación con las personas, comunidad y población. 1.3 Experiencia de la persona en la Organización. 7.1 Administración de procesos estratégicos. 7.4 Gestión del riesgo en la atención.

JCSSA001401		HOSPITAL REGIONAL COCULA		GOBIERNO HG - HMI - HP					
Normatividad aplicable	Concepto	ESTRUCTURA	Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO	Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL	Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional		Evidencia Observacional		Evidencia Documental		Criterios y Subcriterios	
		El evaluador deberá:		El evaluador deberá:		El evaluador deberá:			
70		Verificar que el establecimiento cuente con un procedimiento para la reducción del riesgo de daño al paciente por causa de caídas. Acción Esencial 6 (A, B, C) definido y aplicado al establecimiento.	1	Verificar que el establecimiento realice: 1. Evaluación y reevaluación del riesgo de caídas, 2. Acciones de seguridad para prevenir caídas en: a) en todos los pacientes; b) y medidas específicas para prevenir caídas en pacientes con agitación psicomotora y/o alteraciones psiquiátricas, c) pacientes pediátricos; 3. Acciones en la organización para prevenir caídas.	1	Verificar: 1. Existencia del instrumento o herramienta para la evaluación y reevaluación definida en el establecimiento. 2. Sistema de notificación y seguimiento de eventos adversos relacionados a caídas.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población. 7.- Mejora de Procesos.	1.2 Comunicación con las personas, comunidad y población. 1.3 Experiencia de la persona en la Organización. 7.1 Administración de procesos estratégicos. 7.4 Gestión del riesgo en la atención.
71		Verificar que el establecimiento cuente con un procedimiento documentado para el registro y análisis de eventos adversos, cuasi fallas y eventos centinela. Acción Esencial 7 definido y aplicado al establecimiento.	1	Verificar que el establecimiento realice: 1. Capacitación al personal para el llenado de los Formatos del Sistema de Registro de Eventos Adversos 2. Análisis de eventos centinela, eventos adversos y cuasi fallas. 3. Realimentación al personal del establecimiento respecto de los distintos eventos 4. Implemente acciones de mejora.	1	Verificar: 1. Registros de notificación en el Sistema de Registro de Eventos Adversos y su análisis. En caso de eventos centinela, verificar la existencia del análisis causa raíz. 2. El registro de las acciones de mejora realizadas.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población. 7.- Mejora de Procesos.	1.2 Comunicación con las personas, comunidad y población. 1.3 Experiencia de la persona en la Organización. 7.1 Administración de procesos estratégicos. 7.4 Gestión del riesgo en la atención.
72		Verificar que el establecimiento cuente con un procedimiento documentado mediante el cual se evalúa la cultura de seguridad del paciente a través de la herramienta establecida por la DGCESS Acción Esencial 8 definido y aplicado al establecimiento.	1	Verificar que: 1. Se difundan los resultados al personal del establecimiento. 2. Los resultados se utilizan para establecer las acciones de mejora.	1	Verificar: 1. Que se presente evidencia del registro en plataforma DGCESS.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población. 7.- Mejora de Procesos.	1.2 Comunicación con las personas, comunidad y población. 1.3 Experiencia de la persona en la Organización. 7.1 Administración de procesos estratégicos. 7.4 Gestión del riesgo en la atención.
CALIFICACIÓN GOBIERNO HG		91.03%	51		51		40		
CALIFICACIÓN GOBIERNO HMI		96.45%	46		46		44		
CALIFICACIÓN GOBIERNO HP		96.53%	47		47		45		



CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

JCSBA001401		HOSPITAL REGIONAL COCULA											
CONSULTA EXTERNA HG													
Normatividad aplicable		Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar Proceso		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
			Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental				
			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			Criterios y Subcriterios	
1	NOM-003-SGGOB-2011, Numeral 5 Obligaciones del patrón, 5.8 y Capítulo 11, 11.1 al 11.5 de la NOM-002-STPS-2010.	Señalización del Área	Verificar: 1. Existencia de señalización. 2. Que cuente con señalamiento de emergencia para protección civil. 3. Que el punto de reunión esté delimitado e identificado.	1	Verificar: 1. Que cuente con directorio de personal en la entrada del hospital. 2. Que exista señalización que oriente la ubicación de los consultorios por especialidad. 3. Que en las puertas de los consultorios exista identificador del tipo de especialidad, nombre del o de los médicos que atienden y horario de atención. 4. Existencia en la circulación principal, de las señales y avisos sobre protección civil, que permitan al personal y usuarios advertir áreas o condiciones que representen riesgo para su salud e integridad física, así como ubicar equipos para la respuesta a emergencias, e instalaciones o servicios de atención a la población en caso de desastre. 5. Ubicación del punto de reunión. 6. Verificar que el personal tenga conocimiento de rutas de evacuación, puertas de emergencia y puntos de reunión más cercanos.	1	No aplica.	NA	5.- Responsabilidad social	5.3 Hospital Seguro			
2	El artículo 59 del RLOSGSAM; los numerales 5.1.7, 5.1.8 y 5.1.10 de la NOM-016-SSA3-2012, que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada. ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/09/17. AESP 6C.	Condiciones Generales	Verificar: 1. Que se cuente con condiciones generales adecuadas de infraestructura, con facilidades arquitectónicas. 2. Que exista la ruta de acceso y salida.	1	Verificar: 1. Que se cuente con las facilidades arquitectónicas para efectuar las actividades médicas con condiciones adecuadas de iluminación, ventilación, limpieza. 2. Que la estructura esté de acuerdo con su denominación y oferta de servicios, además de contar con un área, sala o local apropiado para la espera de pacientes y usuarios. 3. Considerar que la infraestructura facilite el acceso y salida de las personas con discapacidad y adultos mayores. 4. Que las instalaciones hidráulicas y eléctricas se encuentren en buenas condiciones(sin deterioros). 5. Los factores del entorno arquitectónico asociados a riesgo de caídas de pacientes.	1	Verificar: 1. Bitácora de aseó actualizada firmada por el jefe de servicio o supervisor. 2. Bitácora de mantenimiento de la infraestructura.	1	4.- Planeación 5.- Responsabilidad social 7.- Mejora de Procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.			
	Numeral 5.3 de la NOM-005-SSA3-2010, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios; los numerales 6.6.11.1.2, 6.6.8.1.2 de la NOM-016-SSA3-2012, que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada; la NOM-009-CONAGUA-2001, Inodoros para uso sanitario-Especificaciones y métodos de prueba. ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/09/17. AESP 5B.	Sanitarios de pacientes	Verificar: 1. Que cuente con sanitarios para usuarios y personal de salud separados por género(deberá disponer de un inodoro para uso de personas con discapacidad). 2. Que cuente con bote para basura (preferentemente de pedal o campana). 3. Carteles de higiene de manos.	1	Verificar: 1. Que los sanitarios sean independientes para hombres y mujeres (deberá disponer de un inodoro para uso de personas con discapacidad). 2. Que cuente con bote para basura (preferentemente de pedal o campana). 3. Que cuente con papel de baño, lavabo, jabón (líquido o gel), toallas desechables.	1	Verificar: 1. Bitácora de aseó actualizada firmada por el jefe de servicio o supervisor. 2. Sistema de suministro de abasto de material de higiene.	1	4.- Planeación 5.- Responsabilidad social 7.- Mejora de Procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.			
4	NOM-016-SSA3-2012, que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada., 10.6.1.1 NOM-045-SSA2-2006. ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/09/17. AESP 1A, 3A y 5B	Consultorio médico	Verificar: 1. Que existan dos áreas, una para el interrogatorio y otra para la exploración física delimitada con un elemento físico que asegure la privacidad del paciente. 2. Que las áreas de interrogatorio y de exploración de un consultorio de medicina general o familiar estén contiguas o separadas. 3. Que en aquellos consultorios en donde se realicen actividades docentes, se consideren espacios suficientes para la permanencia del personal en formación, de tal forma que no interfiera la circulación ágil y segura del personal médico. 4. Que tenga un lavabo ubicado en el área de exploración física incluyendo el cartel de la técnica de higiene de manos.	1	Verificar: 1. Que se cumpla con la integridad de las áreas según la normatividad. 2. Que el personal conozca la técnica de higiene de manos (evaluar la técnica y el apego de acuerdo a los 5 momentos establecidos). 3. Que el personal identifique al paciente desde el momento en que solicita atención. 4. Abasto e insumos para higiene de manos: jabón líquido y toallas desechables.	1	Verificar: 1. Bitácora de aseó firmada por el jefe de servicio o supervisor. 2. Registro de la capacitación al personal en la técnica de higiene de manos. 3. Que todos los documentos que se generen durante el Proceso de atención deben contener el nombre completo del paciente y fecha de nacimiento.	1	4.- Planeación 5.- Responsabilidad social 7.- Mejora de Procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.			
5	Numeral 5 Generalidades, 5.3. De la NOM 005-SSA3-2010. Numeral 7 Condiciones de prevención y protección contra incendios, 7.2 ,7.3 , 7.15. Y 7.17. De la NOM-002-STPS-2000.	Sala de espera	Verificar: 1. Existencia de la sala de espera. 2. Que cuente con extintores.	1	Verificar: 1. Que el mobiliario se encuentre en buen estado y confortable. 2. Que se reserve como mínimo, un asiento para personas con muletas o bastones. 3. Que de preferencia sea un mínimo de 6 lugares por consultorio. 4. Que los extintores se encuentren en el área de trabajo conforme a la normatividad vigente. 5. Contar con un programa anual de revisión manual de los extintores. 6. Contar con el Registro de los resultados de la revisión manual de los extintores: fecha de revisión, nombre del personal que realizó la revisión, resultados, anomalías identificadas y seguimiento de las mismas. 7. Contar con rutas de evacuación. 8.Verificar que el personal tenga conocimiento de rutas de evacuación, puertas de emergencia y puntos de reunión más cercanos 9.Verificar que el personal conozca el manejo de extintores.	1	Verificar: 1. Inventario de mobiliario. 2. Bitácora del mantenimiento preventivo y correctivo de la estructura y del mobiliario. 3. Documento del programa anual para la recarga de extintores. 4. Registro manual de verificación de funcionalidad de extintores. 5. Registro de la capacitación del uso del manejo de extintores. 6. Manual de manejo de extintores.	1	4.- Planeación 5.- Responsabilidad social 7.- Mejora de Procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.			
6	Numeral 6 Manejo de Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos, 6.7 Programa de Contingencias de la NOM-087-SSAMNAT-SSAI-2002, Artículo 8 del Reglamento en materia de RPBI de la Ley General del Equilibrio Ecológico y la Protección al Ambiente.	Control de los Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos (R.P.B.I.)	Verificar: 1. Existencia de contenedores para el manejo del R.P.B.I. 2. Bolsa de plástico para basura municipal y bolsa color rojo para desecho de R.P.B.I.	1	Verificar: 1. Que la señalización de la circulación de los contenedores este colocada del Área generadora hacia el almacén temporal. 2. Que los R.P.B.I. Estén identificados y separados en los contenedores correspondientes de acuerdo a sus características físicas y biológico infecciosas. 3. Verificar que el personal conozca las rutas de RPBI, horarios de recolección.	1	Verificar: 1. Bitácora de Registro de la recolección del R.P.B.I. En que se incluya el área (datos específicos como fecha, peso, tipo de residuo, firma del responsable del área y firma del responsable de la recolección).	1	4.- Planeación 5.- Responsabilidad social 7.- Mejora de Procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.			

Cedula de Evaluación para la Acreditación de Establecimientos de Segundo Nivel de Atención												CAUSES-2N-2018	
JCS8A01401		HOSPITAL REGIONAL COCULA		CONSULTA EXTERNA HG									
Normatividad aplicable		Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar Proceso		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
			Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental			Criterios y Subcriterios	
			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:				
7	El numeral 6. Especificaciones, 6.1. Consulta General, 6.1.2. Y 6.1.1.6 Consultorio de medicina general o familiar, Apéndice Normativo "A" 1. Equipamiento para el consultorio de medicina general o familiar, 1.1. Mobiliario 1.1.1. Al 1.1.11.NOM 005-SSA3-2010. A20. Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 22 de junio de 2011.	Mobiliario	Verificar: 1. Que cuente con el siguiente mobiliario: asiento para el médico, asiento para el paciente y acompañante, asiento para el médico en la exploración del paciente, banqueta de altura o similar, cubeta o bote para basura de tipo municipal y para R.P.B.1., guarda de medicamentos, materiales o instrumental, mesa universal para exploración, mesa de Mayo, Pasteur o similar, de altura ajustable, mueble para escribir, sistema para guarda de expedientes clínicos.	1	Verificar: 1. Que el mobiliario se encuentre en buenas condiciones y funciones. 2. Que no este oxidado.	1	Verificar: 1. Inventario del mobiliario. 2. Bitácora de mantenimiento preventivo-correctivo del mobiliario.	1	4.- Planeación 5.- Responsabilidad social 7.- Mejora de Procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.			
			Verificar que cuente con el siguiente equipo: 1. Esfigmomanómetro aneróide con brazalete del tamaño que requiera para su actividad principal. 2. Estetoscopio de capsula doble. 3. Estetoscopio de Pinar o fono detector portátil de latidos fetales. 4. Rastuche de diagnóstico que incluya oftalmoscopio, otoscopio y faringoscopio. 5. Lámpara de examen con fuente de luz de fibra óptica o LED, 6.Glucometro. 7. Plícometro para valoración nutricional. 8. Negatoscopio. 9. Cinta métrica ahulada. 10. Termómetro clínico. 11. Báscula pesa bebé y 12. Báscula con estadimetro.	1	Verificar: 1. Existencia de un Programa para la Gestión del Equipo y Tecnología Biomédica 2. Que el equipo médico se encuentre funcionando y en buenas condiciones.	1	Verificar: 1. Inventario del equipo médico. 2. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo del equipo médico 3. Informe de calibración de las básculas, termómetro digital y esfigmomanómetro, presentando los certificados vigentes de los instrumentos de prueba que a su vez deberán estar calibrados con trazabilidad a patrones nacionales, De conformidad con lo establecido por la Secretaría de Economía a través de la Dirección General de Normatividad así como por el Centro Nacional de Metrología.	1	4.- Planeación 5.- Responsabilidad social 7.- Mejora de Procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.			
9	Apéndice Normativo "A" 1.3.2, 1.3.3, 1.3.4, 1.3.5, 1.3.6, 1.3.7, 1.3.8, 1.3.9, 1.3.10, 1.3.11, 1.3.12 de la NOM-005-SSA3-2010.	Instrumental	Verificar que cuente con el siguiente instrumental: 1. Espejos vaginales chicos, medianos y grandes (en su caso). 2. Mango para bisturí. 3. Martillo percutor. 4. Pinza de anillos. 5. Pinza de disección con dientes y sin dientes. 6. Pinza tipo mosquito. 7. Pinza para sujetar cuello de la matriz.(En su caso). 8. Porta agujas recto, con ranura central y estrías cruzadas. 9. Ritón con al menos 250 ml. 10. Tijera recta. 11. Torcedero de 250 cc 3 con tapa.	1	Verificar: 1. Que el instrumental este en buenas condiciones. 2. Que el empaque del instrumental este rotulado con la fecha de esterilización 3.Que no esté oxidado y funcione. 4. Que la cantidad sea correspondiente a la demanda. 5. Que esté completo.	1	Verificar: 1. Resguardo del instrumental. 2. Bitácora de uso de los desinfectantes. 3. Verificar listado de contenido del empaque 4.Identificación del reporte de mantenimiento preventivo y correctivo del instrumental.	1	4.- Planeación 5.- Responsabilidad social 7.- Mejora de Procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.			
			Atención Médica										
10	NOM-004-SSA3-2012. Expediente Clínico. CIE-10 D50 Anemias por deficiencia de hierro. CIE-10 D51 Anemia por deficiencia de vitamina B12. NOM-043-SSA2-2012, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación. GPC-SSA-221-09-EyR Prevención, diagnóstico y tratamiento de la anemia por deficiencia de hierro en menores de 5 años. GPC-IMSS-415-10-EyR Prevención, diagnóstico y tratamiento de la anemia por deficiencia de hierro en niños y adultos. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud. DOF 5/SE/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Anemia Periférica y por Deficiencia de Vitamina B12	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro en las notas médicas. 3. Apego a la normatividad correspondiente.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. NOM-043-SSA2-2012. 3. GPC-SSA-221-09 Prevención, diagnóstico y tratamiento de la anemia por deficiencia de hierro en menores de 5 años y GPC-IMSS-415-10 Prevención, diagnóstico y tratamiento de la anemia por deficiencia de hierro en niños y adultos. 4. Reporte en el SINRA-SIS.	1	3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos	3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.			
			Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro en las notas médicas. 3. Apego a la normatividad correspondiente.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. NOM-043-SSA2-2012. 3. GPC-IMSS-725 Diagnóstico y tratamiento de la deficiencia de vitamina A en niños. 4. Reporte en el SINRA-SIS.	1	3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos	3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.			
11	NOM-004-SSA3-2012, Expediente Clínico. CIE-10 E50 Deficiencia de vitamina A. GPC-IMSS-725-14-EyR Diagnóstico y Tratamiento de la deficiencia de vitamina A en niños. NOM-043-SSA2-2012, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud. DOF 5/SE/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento por Deficiencia de Vitamina A	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro en las notas médicas. 3. Apego a la normatividad correspondiente.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. GPC-IMSS-725 Diagnóstico y tratamiento de la deficiencia de vitamina A en niños. 4. Reporte en el SINRA-SIS.	1	3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos	3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.			
			Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro en las notas médicas. 3. Reporte en el sistema de información SINRA. 4. Aplicación de la GPC-SSA-151-08-EyR, Manejo y tratamiento del dengue no grave y el dengue grave, fiebre del dengue. [dengue clásico].	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. GPC-SSA-151-08-EyR, manejo y tratamiento del dengue no grave y el dengue grave, fiebre del dengue [dengue clásico]. 3. Reporte en el SINRA-SIS.	1	3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos	3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.			
12	NOM-032-SSA2-2014 Para la vigilancia epidemiológica, promoción, prevención y control de las enfermedades transmitidas por vectores. NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica. NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente Clínico. GPC-SSA-151-08-EyR Manejo y tratamiento del dengue no grave y el dengue grave. Fiebre del dengue (dengue clásico). CIE-10 A90X. Enfermedad por virus Chikungunya CIE-10 A92.0. Enfermedad del virus Zika CIE-10 U06.9. Intervención 39. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SE/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Dengue Clásico y otras Fiebres producidas por Flavivirus (Arbovirus)	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro en las notas médicas. 3. Reporte en el sistema de información SINRA. 4. Aplicación de la GPC-SSA-151-08-EyR, Manejo y tratamiento del dengue no grave y el dengue grave, fiebre del dengue. [dengue clásico].	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. GPC-SSA-151-08-EyR, manejo y tratamiento del dengue no grave y el dengue grave, fiebre del dengue [dengue clásico]. 3. Reporte en el SINRA-SIS.	1	3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos	3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.			
			Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro en las notas médicas. 3. Reporte en el sistema de información SINRA. 4. Aplicación de la GPC-SSA-151-08-EyR, Manejo y tratamiento del dengue no grave y el dengue grave, fiebre del dengue. [dengue clásico].	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. GPC-SSA-151-08-EyR, manejo y tratamiento del dengue no grave y el dengue grave, fiebre del dengue [dengue clásico]. 3. Reporte en el SINRA-SIS.	1	3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos	3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.			

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN													
HOSPITAL REGIONAL COCULA													
CONSULTA EXTERNA HG													
CÓDIGO	Normatividad aplicable	Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar Proceso		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
			Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental			Criterios y Subcriterios	
			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			Criterios y Subcriterios	
13	NOM-031-SSA2-1999 Para la atención a la salud del niño. NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica. NOM-016-SSA2-2012 Para la vigilancia, prevención, control, manejo y tratamiento del cólera. NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. GPC-SSA-156-08-Eyr Diagnóstico y tratamiento de la diarrea aguda en niños de 2 meses a 5 años en el primer y segundo nivel de atención. Otras enfermedades intestinales especificadas debidas a protozoarios CIE-10 A07.8. Enfermedad intestinal debida a protozoarios, no especificada CIE-10 A07.9. Infección intestinal viral, sin otra especificación CIE-10 A08.4. Otras gastroenteritis y colitis de origen infeccioso, no especificadas CIE-10 A09. Intervención 40. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento del Síndrome Diarreico agudo	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro en las notas médicas. 3. Reporte en el sistema de información SINBA. 4. Aplicación de la GPC-SSA-156-08-Eyr Diagnóstico y tratamiento de la diarrea aguda en niños de 2 meses a 5 años en el primer y segundo nivel de atención.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SINBA-SIS. 3. GPC-SSA-156-08-Eyr, diagnóstico y tratamiento de la diarrea aguda en niños de 2 meses a 5 años en el primer y segundo nivel de atención.4. Reporte en el SINBA-SIS.	1	3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación de Procesos 7.- Mejora de Procesos	3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.			
14	NOM-039-SSA2-2002 Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual. NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica. NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. GPC-SS-729-14-Eyr Prevención, diagnóstico, tratamiento y referencia de la gonorrea en el primer y segundo niveles de atención. Infección gonocócica CIE-10 A54. Intervención 45. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Gonorrea	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro en las notas médicas. 3. Reporte en el sistema de información SINBA. 4. Aplicación de la GPC-SS-729-14-Eyr Prevención, diagnóstico, tratamiento y referencia de la gonorrea en el primer y segundo niveles de atención.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SINBA-SIS 3. GPC-SS-729-14-Eyr, prevención, diagnóstico, tratamiento y referencia de la gonorrea en el primer y segundo niveles de atención.	1	3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación de Procesos 7.- Mejora de Procesos	3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.			
15	NOM-039-SSA2-2002 Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual. NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica. NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. GPC-IMSS-402-10-Eyr Diagnóstico y tratamiento del tracoma. GPC-IMSS-094-08-Eyr Enfermedades de transmisión sexual en el adolescente y adulto que producen úlceras genitales: herpes, sífilis, chancroide, linfogranuloma venéreo y granuloma inguinal. GPC-IMSS-072-08-Eyr Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad inflamatoria pélvica en mujeres mayores de 14 años con vida sexual activa. Linfogranuloma (venéreo) por clamidias CIE-10 A55X. Otras enfermedades de transmisión sexual debidas a clamidias CIE-10 A56. Tracoma CIE-10 A71 Intervención 46. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Infecciones de Chlamidia. (Incluye tracoma)	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro en las notas médicas. 3. Reporte en el sistema de información SINBA. 4. Aplicación de la GPC-IMSS-402-10-Eyr, diagnóstico y tratamiento del tracoma. GPC-IMSS-094-08-Eyr, enfermedades de transmisión sexual en el adolescente y adulto que producen úlceras genitales: herpes, sífilis, chancroide, linfogranuloma venéreo y granuloma inguinal. GPC-IMSS-072-08-Eyr, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad inflamatoria pélvica en mujeres mayores de 14 años con vida sexual activa.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SINBA-SIS 3. GPC-IMSS-402-10-Eyr, diagnóstico y tratamiento del tracoma. GPC-IMSS-094-08-Eyr, enfermedades de transmisión sexual en el adolescente y adulto que producen úlceras genitales: herpes, sífilis, chancroide, linfogranuloma venéreo y granuloma inguinal. GPC-IMSS-072-08-Eyr, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad inflamatoria pélvica en mujeres mayores de 14 años con vida sexual activa.	1	3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación de Procesos 7.- Mejora de Procesos	3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.			
16	NOM-039-SSA2-2002 Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual. NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica. NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. GPC-IMSS-081-08-Eyr Diagnóstico y tratamiento de vaginitis infecciosa en mujeres en edad reproductiva, en un primer nivel de atención. Tricomoniasis CIE-10 A59. Intervención 47. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Tricomoniasis	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro en las notas médicas. 3. Reporte en el sistema de información SINBA. 4. Aplicación de la GPC-IMSS-081-08-Eyr, diagnóstico y tratamiento de vaginitis infecciosa en mujeres en edad reproductiva, en un primer nivel de atención.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SINBA-SIS 3. GPC-IMSS-081-08-Eyr, diagnóstico y tratamiento de vaginitis infecciosa en mujeres en edad reproductiva, en un primer nivel de atención.	1	3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación de Procesos 7.- Mejora de Procesos	3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.			
17	NOM-039-SSA2-2002 Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual. NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica. NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. GPC-IMSS-094-08-Eyr Enfermedades de transmisión sexual en el adolescente y adulto que producen úlceras genitales: herpes, sífilis, chancroide, linfogranuloma venéreo y granuloma inguinal. Sífilis precoz CIE-10 A51. Sífilis tardía CIE-10 A52. Otras sífilis y las no especificadas CIE-10 A53. Intervención 48. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Sífilis precoz y tardía	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro en las notas médicas. 3. Reporte en el sistema de información SINBA. 4. Aplicación de la GPC-IMSS-094-08-Eyr, enfermedades de transmisión sexual en el adolescente y adulto que producen úlceras genitales: herpes, sífilis, chancroide, linfogranuloma venéreo y granuloma inguinal.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SINBA-SIS 3. GPC-IMSS-094-08-Eyr, enfermedades de transmisión sexual en el adolescente y adulto que producen úlceras genitales: herpes, sífilis, chancroide, linfogranuloma venéreo y granuloma inguinal.	1	3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación de Procesos 7.- Mejora de Procesos	3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.			
18	NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica. NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. GPC-SS-027-08-Eyr Prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección de vías urinarias no complicada en menores de 18 años en el primero y segundo nivel de atención. GPC-IMSS-077-08-Eyr Diagnóstico y tratamiento de la infección aguda, no complicada del tracto urinario en la mujer. Cistitis CIE-10 N50. Infección de las vías genitourinarias en el embarazo CIE-10 O23. Intervención 49. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Cistitis	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro en las notas médicas. 3. Reporte en el sistema de información SINBA. 4. Aplicación de la GPC-SS-027-08-Eyr prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección de vías urinarias no complicada en menores de 18 años en el primero y segundo nivel de atención. GPC-IMSS-077-08-Eyr diagnóstico y tratamiento de la infección aguda, no complicada del tracto urinario en la mujer.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SINBA-SIS 3. GPC-SS-027-08-Eyr, prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección de vías urinarias no complicada en menores de 18 años en el primero y segundo nivel de atención. GPC-IMSS-077-08-Eyr, diagnóstico y tratamiento de la infección aguda, no complicada del tracto urinario en la mujer.	1	3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación de Procesos 7.- Mejora de Procesos	3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.			
19	NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica. NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. GPC-IMSS-081-08-Eyr Diagnóstico y tratamiento de vaginitis infecciosa en mujeres en edad reproductiva, en un primer nivel de atención. Candidiasis de la vulva y de la vagina CIE-10 B37.3 Vaginitis aguda. CIE-10 N76.0 Intervención 50. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Vaginitis aguda	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro en las notas médicas. 3. Reporte en el sistema de información SINBA. 4. Aplicación de la GPC-IMSS-081-08-Eyr, diagnóstico y tratamiento de vaginitis infecciosa en mujeres en edad reproductiva, en un primer nivel de atención.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SINBA-SIS 3. GPC-IMSS-081-08-Eyr, diagnóstico y tratamiento de vaginitis infecciosa en mujeres en edad reproductiva, en un primer nivel de atención.	1	3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación de Procesos 7.- Mejora de Procesos	3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.			



acreditación de establecimientos y servicios de atención médica									
CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN									
CAUSES-2H-2018									
HOSPITAL REGIONAL COCULA									
CONSULTA EXTERNA HG									
Normatividad aplicable		Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA	Puntaje	Criterios a evaluar Proceso	Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL	Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD
			Evidencia Observacional		Evidencia Observacional		Evidencia Documental		
			El evaluador deberá:		El evaluador deberá:		El evaluador deberá:		Criterios y Subcriterios
20	NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica. NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico, GPC-IMSS-609-13-EyR Diagnóstico y tratamiento de candidiasis vulvovaginal en mujeres. Candidiasis de la vulva y de la vagina CIE-10 B37.3. Vulvitis aguda CIE-10 N76.2. Intervención 51. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Vulvitis aguda	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro en las notas médicas. 3. Reporte en el sistema de información SINRA. 4. Aplicación de la GPC-IMSS-609-13-EyR diagnóstico y tratamiento de candidiasis vulvovaginal en mujeres.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SINRA-SIS 3. GPC-IMSS-609-13-EyR, diagnóstico y tratamiento de candidiasis vulvovaginal en mujeres.	1	3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación de Procesos 7.- Mejora de Procesos 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.
	NOM-039-SSA2-2002 Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual. NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica. NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. GPC-IMSS-094-08-EyR Enfermedades de transmisión sexual en el adolescente y adulto que producen úlceras genitales: herpes, sífilis, chancroide, linfogranuloma venéreo y granuloma inguinal. Chancro blando CIE-10 A57X. Intervención 52. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Chancro Blando	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro en las notas médicas. 3. Reporte en el sistema de información SINRA. 4. Aplicación de la GPC-IMSS-094-08-EyR enfermedades de transmisión sexual en el adolescente y adulto que producen úlceras genitales: herpes, sífilis, chancroide, linfogranuloma venéreo y granuloma inguinal.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SINRA-SIS 3. GPC-IMSS-094-08-EyR, enfermedades de transmisión sexual en el adolescente y adulto que producen úlceras genitales: herpes, sífilis, chancroide, linfogranuloma venéreo y granuloma inguinal.	1	3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación de Procesos 7.- Mejora de Procesos 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.
22	NOM-039-SSA2-2002 Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual. NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica. NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. GPC-IMSS-094-08-EyR Enfermedades de transmisión sexual en el adolescente y adulto que producen úlceras genitales: herpes, sífilis, chancroide, linfogranuloma venéreo y granuloma inguinal. Infección ano genital debida al virus del herpes (herpes simple) CIE-10 A60. Intervención 53. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Herpes Genital	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro en las notas médicas. 3. Reporte en el sistema de información SINRA. 4. Aplicación de la GPC-IMSS-094-08-EyR, enfermedades de transmisión sexual en el adolescente y adulto que producen úlceras genitales: herpes, sífilis, chancroide, linfogranuloma venéreo y granuloma inguinal.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SINRA-SIS 3. GPC-IMSS-094-08-EyR, enfermedades de transmisión sexual en el adolescente y adulto que producen úlceras genitales: herpes, sífilis, chancroide, linfogranuloma venéreo y granuloma inguinal.	1	3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación de Procesos 7.- Mejora de Procesos 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.
23	NOM-004-SSA3-2012. Expediente Clínico. GPC SSA 158 09 Trastorno por déficit de atención e hiperactividad en niños y adolescentes en atención primaria y especializada. Perturbación de la actividad y de la atención CIE-10 F90.0. Hiperactividad CIE-10 R46.3. Otro asesoramiento CIE-9-MC 94.49. Intervención CAUSES 94. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento por Déficit de Atención con componente hiperactivo	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro en las notas médicas. 3. Reporte en el sistema de información SINRA. 4. Aplicación de la GPC SSA 158 09 trastorno por déficit de atención e hiperactividad en niños y adolescentes en atención primaria y especializada.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SINRA-SIS 3. GPC SSA 158 09, trastorno por déficit de atención e hiperactividad en niños y adolescentes en atención primaria y especializada.	1	3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación de Procesos 7.- Mejora de Procesos 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.
24	NOM-004-SSA3-2012. Expediente Clínico. GPC 528 IMSS - 12 Tratamiento de los trastornos del espectro autista. Autismo en la niñez CIE-10 F84.0 Autismo atípico CIE-10 F84.1. Síndrome de Asperger CIE-10 F84.5. Intervención CAUSES 95. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Autismo y Síndrome de Asperger	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro en las notas médicas. 3. Reporte en el sistema de información SINRA. 4. Aplicación de la GPC 528 IMSS 12 tratamiento de los trastornos del espectro autista.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SINRA-SIS 3. GPC 528 IMSS 12, tratamiento de los trastornos del espectro autista.	1	3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación de Procesos 7.- Mejora de Procesos 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.
25	NOM-004-SSA3-2012. Expediente Clínico. GPC IMSS 13 09 Diagnóstico y manejo de la dismenorrea. Dismenorrea primaria CIE-10 N94.4. Intervención CAUSES 96. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Dismenorrea primaria.	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro en las notas médicas. 3. Reporte en el sistema de información SINRA. 4. Aplicación de la GPC IMSS 13 09 diagnóstico y manejo de la dismenorrea.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SINRA-SIS 3. GPC IMSS 13 09, diagnóstico y manejo de la dismenorrea.	1	3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación de Procesos 7.- Mejora de Procesos 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.
26	NOM-004-SSA3-2012. Expediente Clínico. NOM-035-SSA3-2012. GPC S 019 08 Diagnóstico y tratamiento de la perimenopausia y postmenopausia. Estados menopáusicos y climatericos femeninos CIE-10 N95.1 Estados asociados con menopausia CIE-10 N95.3. Intervención CAUSES 97. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento del Climaterio y menopausia	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro en las notas médicas. 3. Reporte en el sistema de información SINRA. 4. Aplicación de la GPC S 019 08 diagnóstico y tratamiento de la perimenopausia y postmenopausia.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SINRA-SIS 3. GPC S 019 08, diagnóstico y tratamiento de la perimenopausia y postmenopausia.	1	3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación de Procesos 7.- Mejora de Procesos 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.



CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

JCSBA001401		HOSPITAL REGIONAL COCULA											
CONSULTA EXTERNA HG													
Normatividad aplicable		Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar Proceso		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
			Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental			Criterios y Subcriterios	
			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:				
27	NOM-004-SSA3-2012. Expediente Clínico. GPC IMSS 240 09 Diagnóstico y manejo de la patología mamaria benigna. Tumor benigno de mama CIE-10 D24X. Displasia mamaria benigna CIE-10 N60. Trastornos inflamatorios de la mama CIE-10 N61X. Hipertrofia de la mama CIE-10 N62X. Masa no especificada en la mama CIE-10 N63X Otros trastornos de la mama CIE-10 N64. Intervención CAUSBS 98. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento Trastornos Benignos de la Mama	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro en las notas médicas. 3. Reporte en el sistema de información SINRA. 4. Aplicación de la GPC IMSS 240 09 diagnóstico y manejo de la patología mamaria benigna..	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2 . Reporte en el SINRA-SIS 3. GPC IMSS 240 09,diagnóstico y manejo de la patología mamaria benigna.	1	3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos	3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.			
28	NOM-004-SSA3-2012. Expediente Clínico. GPC SS 223 09 Diagnóstico y tratamiento de la hiperplasia endometrial en mujeres postmenopáusicas en el segundo nivel de atención. Hiperplasia de glándula del endometrio CIE-10 N85.0. Hiperplasia adenomatosa del endometrio CIE-10 N85.1. Intervención CAUSBS 99. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Hiperplasia Endometrial	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro en las notas médicas. 3. Reporte en el sistema de información SINRA. 4. Aplicación de la GPC SS 223 09 diagnóstico y tratamiento de la hiperplasia endometrial en mujeres postmenopáusicas en el segundo nivel de atención.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SINRA-SIS 3. GPC SS 223 09, diagnóstico y tratamiento endometrial en mujeres postmenopáusicas en el segundo y tercer nivel de atención.	1	3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos	3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.			
29	NOM-004-SSA3-2012. Expediente Clínico. GPC IMSS 609 13 Diagnóstico y tratamiento de candidiasis vulvovaginal en mujeres. GPC IMSS 081 08 Prevención diagnóstico y tratamiento de vaginitis infecciosas. Vaginitis subaguda y crónica CIE-10 N76.1. Intervención CAUSBS 100. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Vaginitis Subaguda y Crónica	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro en las notas médicas. 3. Reporte en el sistema de información SINRA. 4. Aplicación de la GPC IMSS 609 13 diagnóstico y tratamiento de candidiasis vulvovaginal en mujeres. GPC IMSS 081 08 prevención diagnóstico y tratamiento de vaginitis infecciosas.	1	Verificar: 1. Expediente clínico 2. Reporte en el SINRA-SIS 3. GPC IMSS 609 13, diagnóstico y tratamiento de candidiasis vulvovaginal en mujeres. GPC IMSS 081 08, prevención diagnóstico y tratamiento de vaginitis infecciosas.	1	3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos	3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.			
30	NOM-004-SSA3-2012. Expediente Clínico. GPC SS 207 09 Diagnóstico y tratamiento de endometriosis. Endometriosis CIE-10 N80. Intervención CAUSBS 101. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Endometriosis	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro en las notas médicas. 3. Reporte en el sistema de información SINRA. 4. Aplicación de la GPC SS 207 09 diagnóstico y tratamiento de endometriosis.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Registro en Expediente clínico y Reporte (físico o electrónico) del SIS. 3. GPC SS 207 09, diagnóstico y tratamiento de endometriosis.	1	3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos	3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.			
31	NOM-007-SSA2-2016 Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico GPC-IMSS-580-12-EyR, vacunación en la embarazada GPC-IMSS-028-08-EyR Control prenatal con enfoque de riesgo. Examen y prueba del embarazo CIE-10 Z32. Supervisión de embarazo normal CIE-10 Z34. Supervisión de embarazo de alto riesgo CIE-10 Z35. Intervención 9). Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Atención Prenatal en el Embarazo	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro en las notas médicas. 3. Reporte en el sistema de información SINRA. 4. Aplicación de laGPC-IMSS-580-12-EyR vacunación en la embarazada. GPC-IMSS-028-08-EyR, control prenatal con enfoque de riesgo.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SINRA-SIS 3. GPC-IMSS-580-12-EyR, vacunación en la embarazada. GPC-IMSS-028-08-EyR, control prenatal con enfoque de riesgo.	1	3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos	3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.			
32	NOM-039-SSA2-2002 Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica. NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. Hepatitis aguda tipo A, sin causa hepática CIE-10 B15.9. Hepatitis aguda tipo B, sin agente delta y sin causa hepática CIE-10 B16.9. Intervención 81. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Infección Aguda por Virus de la Hepatitis A y B	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro en las notas médicas. 3. Reporte en el sistema de información SINRA.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SINRA-SIS 3. Protocolos de atención médica propia y Árbol de toma de decisiones.	1	3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos	3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.			



CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

JCSBA01401		HOSPITAL REGIONAL COCULA		CONSULTA EXTERNA HG									
Normatividad aplicable		Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar Proceso		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
			Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental			Criterios y Subcriterios	
			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:				
33	NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica. NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. GPC-ISSSTE-516-11-EyR Diagnóstico y tratamiento de gastritis aguda (erosiva) en los 3 niveles de atención. GPC-IMSS-071-08-EyR Diagnóstico y tratamiento de dispepsia funcional. Otras gastritis agudas CIE-10 K29.1 Duodenitis CIE-10 K29.8. Gastrorododinitis, no especificada CIE-10 K29.9. Dispepsia funcional CIE-10 K30X. Intervención 82. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Gastritis aguda, Duodenitis y Dispepsia	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.		Verificar: 1. Que el personal se encuentre en su área de trabajo en el turno correspondiente, portando uniforme y gafete, desarrollando las actividades correspondientes a su formación y perfil. 2. Que corresponda el registro de entrada y salida con el horario en Plantilla de personal. 3. Cumplir con las capacitaciones de los Programas establecidos y las específicas de acuerdo a su competencia	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SINBA-SIS 3. GPC-ISSSTE-516-11-EyR, diagnóstico y tratamiento de gastritis aguda (erosiva) en los 3 niveles de atención. GPC-IMSS-071-08-EyR, diagnóstico y tratamiento de dispepsia funcional.	1	3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación de Procesos estratégicos. 7.- Mejora de Procesos de apoyo integral.	3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos de apoyo integral.			
34	NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. GPC-IMSS-042-08-EyR Diagnóstico y tratamiento del síndrome de colon irritable. Disfunción autonómica somatomorfa CIE-10 F45.3. Otras colitis y gastroenteritis no infecciosas CIE-10 K52, Síndrome del colon irritable CIE-10 K58. Intervención 83. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Síndrome de Intestino Irritable	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro en las notas médicas. 3. Reporte en el sistema de información SINBA. 4. Aplicación de la GPC-IMSS-042-08-EyR, diagnóstico y tratamiento del síndrome de colon irritable.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SINBA-SIS 3. GPC-IMSS-042-08-EyR, diagnóstico y tratamiento del síndrome de colon irritable.	1	3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación de Procesos de apoyo integral.	3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos de apoyo integral.			
35	NOM-015-SSA2-2010 Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus. NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. Diabetes mellitus no insulino dependiente, sin mención de complicación CIE-10 E11.9. Anormalidades en la prueba de tolerancia a la glucosa CIE-10 R73.0. Intervención 84. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Prediabetes y Diabetes Mellitus tipo 2	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro en las notas médicas. 3. Reporte en el sistema de información SINBA.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SINBA-SIS 3. Protocolos de atención médica propios y árbol de toma de decisiones.	1	3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación de Procesos de apoyo integral.	3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos de apoyo integral.			
36	NOM-030-SSA2-2009 Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica. NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica. NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. GPC-IMSS-739-15-EyR Intervenciones de enfermería para la atención integral del adulto con hipertensión arterial. GPC-IMSS-238-09-EyR Diagnóstico y manejo de la hipertensión arterial en el adulto mayor y situaciones especiales. Hipertensión esencial (primaria) CIE-10 I10X. Intervención 85. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Hipertensión Arterial	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro en las notas médicas. 3. Reporte en el sistema de información SINBA. 4. Aplicación de la GPC-IMSS-739-15-EyR, intervenciones de enfermería para la atención integral del adulto con hipertensión arterial. GPC-IMSS-238-09-EyR, diagnóstico y manejo de la hipertensión arterial en el adulto mayor y situaciones especiales.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SINBA-SIS 3. GPC-IMSS-739-15-EyR, intervenciones de enfermería para la atención integral del adulto con hipertensión arterial. GPC-IMSS-238-09-EyR, diagnóstico y manejo de la hipertensión arterial en el adulto mayor y situaciones especiales.	1	3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación de Procesos de apoyo integral.	3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos de apoyo integral.			
37	NOM-005-SSA2-1993 De los servicios de planificación familiar. NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. GPC-SS-756-15-EyR Intervenciones de enfermería para la promoción de la planificación familiar en hombres y mujeres en edad fértil de 12 a 49 años en los tres niveles de atención. GPC-SS-202-09-EyR Consulta y asesoría médica para el uso de los anticonceptivos hormonales. Consejo y asesoramiento general sobre la anticoncepción CIE-10 Z30.0. Supervisión del uso de drogas anticonceptivas CIE-10 Z30.4. Intervención 90. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Método de Planificación Familiar Temporal con Anticonceptivos Hormonales	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención médica. 2. Registro en las notas médicas. 3. Reporte en el sistema de información SINBA. 4. Aplicación de la GPC-SS-756-15-EyR, intervenciones de enfermería para la promoción de la planificación familiar en hombres y mujeres en edad fértil de 12 a 49 años en los tres niveles de atención. GPC-SS-202-09-EyR, consulta y asesoría médica para el uso de los anticonceptivos hormonales.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SINBA-SIS 3. GPC-SS-756-15-EyR, intervenciones de enfermería para la promoción de la planificación familiar en hombres y mujeres en edad fértil de 12 a 49 años en los tres niveles de atención. GPC-SS-202-09-EyR, consulta y asesoría médica para el uso de los anticonceptivos hormonales.	1	3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación de Procesos de apoyo integral.	3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos de apoyo integral.			
38	NOM-005-SSA2-1993 De los servicios de planificación familiar. NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente Clínico. Consejo y asesoramiento general sobre la anticoncepción CIE-10 Z30.0. Intervención 91. Sistema Nacional Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Consejo y Asesoramiento General sobre Anticoncepción mediante el uso del condón	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención médica. 2. Registro en las notas médicas. 3. Reporte en el sistema de información SINBA.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SINBA-SIS	1	3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación de Procesos de apoyo integral.	3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos de apoyo integral.			

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN										CAUSES-2N-2018	
HOSPITAL REGIONAL COCULA											
CONSULTA EXTERNA HG											
Normatividad aplicable	Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar Proceso		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD
		Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental			Criterios y Subcriterios
		El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			
39	NOM-005-SSA2-1993 De los servicios de planificación familiar. NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico GPC-SS-756-15-EyR. Intervenciones de enfermería para la promoción de la planificación familiar en hombres y mujeres en edad fértil de 12 a 49 años en los tres niveles de atención. Consejo y asesoramiento general sobre la anticoncepción CIE-10 Z30.0. Inserción de dispositivo anticonceptivo (intrauterino) CIE-10 Z30.1. Supervisión del uso de dispositivo anticonceptivo (intrauterino) CIE-10 Z30.5. Inserción de dispositivo anticonceptivo intrauterino CIE-9-MC 69.7X. Extracción de dispositivo anticonceptivo intrauterino CIE-9-MC 97.71. Intervención 92. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOP 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Método de Planificación Familiar Temporal con Dispositivo Intrauterino	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención médica. 2. Registro en las notas médicas. 3. Reporte en el sistema de información SINBA. 4. Aplicación de laGPC-SS-756-15-EyR, intervenciones de enfermería para la promoción de la planificación familiar en hombres y mujeres en edad fértil de 12 a 49 años en los tres niveles de atención.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SINBA-SIS 3. GPC-SS-756-15-EyR, intervenciones de enfermería para la promoción de la planificación familiar en hombres y mujeres en edad fértil de 12 a 49 años en los tres niveles de atención.	1	3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación de Procesos 7.- Mejora de Procesos 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.		
40	NOM-004-SSA3-2012. Del Expediente clínico. GPC IMSS 13 09 Diagnóstico y manejo de la dismenorrea. Dismenorrea primaria CIE-10 N94.4. Intervención CAUSES 96. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOP 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Dismenorrea Primaria	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro en las notas médicas. 3. Reporte en el sistema de información SINBA. 4. Aplicación de la GPC IMSS 13 09, diagnóstico y manejo de la dismenorrea..	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SINBA-SIS 3. GPC IMSS 13 09, diagnóstico y manejo de la dismenorrea.	1	3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.		
41	NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. GPC-ISSSTE-199-13-EyR Tratamiento de la osteoartritis en el adulto mayor en el primer y segundo nivel de atención. GPC-IMSS-329-10-EyR Tratamiento alternativo en pacientes con osteoartritis de rodilla grado I-II. Osteoartritis erosiva CIE-10 M15.4. Poliartritis, no especificada CIE-10 M15.9. Intervención 86. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOP 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento Conservador de Artritis erosiva y Poliartritis no especificada	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro en las notas médicas. 3. Reporte en el sistema de información SINBA. 4. Aplicación de la GPC-ISSSTE-199-13-EyR, tratamiento de la osteoartritis en el adulto mayor en el primer y segundo nivel de atención. GPC-IMSS-329-10-EyR, tratamiento alternativo en pacientes con osteoartritis de rodilla grado I-II.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SINBA-SIS 3. GPC-ISSSTE-199-13-EyR, tratamiento de la osteoartritis en el adulto mayor en el primer y segundo nivel de atención. GPC-IMSS-329-10-EyR, tratamiento alternativo en pacientes con osteoartritis de rodilla grado I-II.	1	3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.		
42	NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. Lumbago con ciática CIE-10 M54.4 Lumbago no especificado CIE-10 M54.5. Intervención 87. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOP 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Lumbalgia	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro en las notas médicas. 3. Reporte en el sistema de información SINBA.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SINBA-SIS 3. Protocolos de atención médica propios y árbol de toma de decisiones.	1	3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.		
43	NOM-004-SSA3-2012. Expediente Clínico. NOM-039-SSA2-2002 Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual. GPC IMSS 077 06 Diagnóstico y tratamiento de la infección aguda, no complicada del tracto urinario en la mujer. GPC IMSS 078 08 Diagnóstico y tratamiento de la infección del tracto urinario bajo durante el embarazo, en un primer nivel de atención, GPC SS 027 08 Prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección de vías urinarias no complicada en menores de 18 años en el primero y segundo nivel de atención. Uretritis y síndrome uretral CIE-10 N34. Intervención CAUSES 102. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOP 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Uretritis y Síndrome Uretral	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro en las notas médicas. 3. Reporte en el sistema de información SINBA. 4. Aplicación de la GPC IMSS 077 06, diagnóstico y tratamiento de la infección aguda, no complicada del tracto urinario en la mujer. GPC IMSS 078 08, diagnóstico y tratamiento de la infección del tracto urinario bajo durante el embarazo, en un primer nivel de atención, GPC SS 027 08, prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección de vías urinarias no complicada en menores de 18 años en el primero y segundo nivel de atención.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SINBA-SIS 3. Reporte en el SINBA-SIS 4. GPC IMSS 077 06, diagnóstico y tratamiento de la infección aguda, no complicada del tracto urinario en la mujer. GPC IMSS 078 08, diagnóstico y tratamiento de la infección del tracto urinario bajo durante el embarazo, en un primer nivel de atención, GPC SS 027 08, prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección de vías urinarias no complicada en menores de 18 años en el primero y segundo nivel de atención.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos 1.4 Oferta de servicios.3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.		
44	NOM-004-SSA3-2012. Expediente Clínico. NOM-014-SSA2-1994. NOM-017-SSA2-2012. Para la vigilancia epidemiológica. MODIFICACION a la Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cervicouterino. GPC IMSS 333 09 Diagnóstico y tratamiento del cáncer cervicouterino en segundo y tercer nivel de atención. Displasia cervical leve CIE-10 N87.0. Displasia cervical moderada CIE-10 N87.1. Procedimientos diagnósticos sobre el cuello uterino CIE-9-MC 67.1. Conización CIE-9-MC 67.2X. Destrucción de lesión del cuello uterino por cauterización CIE-9-MC 67.32. Destrucción de lesión del cuello uterino por criocirugía CIE-9-MC 67.33. Otra extirpación o destrucción de lesión o tejido del cuello uterino CIE-9-MC 67.39. Intervención 103 CAUSES. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOP 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Lesiones Escamosas Intraepiteliales grado bajo y moderado	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro en las notas médicas. 3. Reporte en el sistema de información SINBA. 4. Aplicación de la GPC IMSS 333 09, diagnóstico y tratamiento del cáncer cervicouterino en segundo y tercer nivel de atención.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SINBA-SIS 3. Reporte en el SINBA-SIS 4. sistema de información en crónicas y/o tarjetario de enfermedades crónicas. 4. GPC IMSS 333 09, diagnóstico y tratamiento del cáncer cervicouterino en segundo y tercer nivel de atención.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos 1.4 Oferta de servicios.3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.		



CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

CONSULTA EXTERNA HG												
Normatividad aplicable	Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar Proceso		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental			Criterios y Subcriterios	
		El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:				
45	NOM-004-SSA3-2012. Expediente Clínico. NOM-014-SSA2-1994. NOM-017-SSA2-2012. Para la vigilancia epidemiológica. MODIFICACION a la Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino. GPC IMSS 333 09 Diagnóstico y tratamiento del cáncer cérvico uterino en segundo y tercer nivel de atención. Displasia cervical severa, no clasificada en otra parte CIE-10 N87.2. Procedimientos diagnósticos sobre el cuello uterino CIE-9-MC 67.1. Conización CIE-9-MC 67.2X. Destrucción de lesión del cuello uterino por cauterización CIE-9-MC 67.32. Destrucción de lesión del cuello uterino por criocirugía CIE-9-MC 67.33. Otra excisión o destrucción de lesión o tejido del cuello uterino CIE-9-MC 67.39. Intervención 104 CAUSES. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Lesiones Escamosas Intraepiteliales de Alto grado	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro en las notas médicas. 3. Reporte en el sistema de información SINBA. 4. Aplicación de la GPC IMSS 333 09, diagnóstico y tratamiento del cáncer cérvico uterino en segundo y tercer nivel de atención.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SUIVE. 3. Reporte en el SINBA-SIS 4. sistema de información en displasias. 5. GPC IMSS 333 09, diagnóstico y tratamiento del cáncer cérvico uterino en segundo y tercer nivel de atención.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos 1.4 Oferta de servicios.3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.			
46	NOM-004-SSA3-2012. Expediente Clínico. NOM-031-SSA2-1999 Para la atención a la salud del niño. NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica. GPC-IMSS-029-08 Control y seguimiento de la salud en la niña y el niño menor de 5 años en el primer nivel de atención. Desnutrición proteico calórica severa, no especificada CIE-10 E43X. Desnutrición proteico calórica de grado moderado y leve CIE-10 E44. Desnutrición proteico calórica, no especificada CIE-10 E44X. Intervención 103 CAUSES. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Desnutrición, Leve, Moderada y Severa	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro en las notas médicas. 3. Reporte en el sistema de información SINBA. 4. Aplicación de la GPC-IMSS-029-08, control y seguimiento de la salud en la niña y el niño menor de 5 años en el primer nivel de atención.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SUIVE. 3. Reporte en el SINBA-SIS 4. sistema de información en control de niño y control de curvas de peso y talla. 5. GPC-IMSS-029-08, control y seguimiento de la salud en la niña y el niño menor de 5 años en el primer nivel de atención.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos 1.4 Oferta de servicios.3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.			
47	NOM-004-SSA3-2012. Expediente Clínico. NOM-031-SSA2-1999 Para la atención a la salud del niño. NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica. GPC SSA 119 08 Diagnóstico y tratamiento de la desnutrición en menores de 5 años. GPC-IMSS-029-08 Control y seguimiento de la salud en la niña y el niño menor de 5 años en el primer nivel de atención. Kwashiorkor CIE-10 E40X. Kwashiorkor marasmático CIE-10 E42X. Intervención 106 CAUSES. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Desnutrición Severa tipo Kwashiorkor	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro en las notas médicas. 3. Reporte en el sistema de información SINBA. 4. Aplicación de la GPC SSA 119 08, diagnóstico y tratamiento de la desnutrición en menores de 5 años. GPC-IMSS-029-08, control y seguimiento de la salud en la niña y el niño menor de 5 años en el primer nivel de atención.	1	Verificar: 1. Registros en el Expediente clínico de la utilización de los programas preventivos en estos grupos. 2. Reporte en el SUIVE. 3. Registro en Expediente clínico y Reporte (físico o electrónico) del SINBA-SIS y cotejar congruencia de datos con sistema de información en control de niño y control de curvas de peso y talla. 4. Documental o electrónica de GPC SSA 119 08, diagnóstico y tratamiento de la desnutrición en menores de 5 años. GPC-IMSS-029-08, control y seguimiento de la salud en la niña y el niño menor de 5 años en el primer nivel de atención.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos 1.4 Oferta de servicios.3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.			
48	NOM-004-SSA3-2012. Expediente Clínico. NOM-031-SSA2-1999 Para la atención a la salud del niño. Marasmo nutricional CIE-10 E41X. Intervención 107 CAUSES. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Desnutrición Severa tipo Marasmo	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro en las notas médicas. 3. Reporte en el sistema de información SINBA.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SINBA-SIS 3. sistema de información en control de niño y control de curvas de peso y talla. 4. Protocolos de atención médica propios y árbol de toma de decisiones.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos 1.4 Oferta de servicios.3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.			
49	NOM-004-SSA3-2012. Expediente Clínico. Retardo del desarrollo debido a desnutrición proteico calórica CIE-10 E45X. Secuelas de la desnutrición y otras deficiencias nutricionales CIE-10 E64. Intervención 108 CAUSES. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Secuelas de Desnutrición	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro en las notas médicas. 3. Reporte en el sistema de información SINBA.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SINBA-SIS 3. sistema de información en control de niño y control de curvas de peso y talla. 4. Protocolos de atención médica propios y árbol de toma de decisiones.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos 1.4 Oferta de servicios.3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.			



CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

JCSBA01401		HOSPITAL REGIONAL COCULA											
CONSULTA EXTERNA HG													
Normatividad aplicable		Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar Proceso		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
			Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental			Criterios y Subcriterios	
			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:				
50	NOM-004-SSA3-2012. Expediente Clínico. NOM-031-SSA2-1999. Para la atención de la salud del niño. NOM-017-SSA2-2012. Para la vigilancia epidemiológica. NOM-008-SSA3-2010 Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad. GPC-IMSS-046-08 Prevención, diagnóstico y tratamiento del sobrepeso y la obesidad exógena. Obesidad debida a exceso de calorías CIE-10 E66.0. Intervención 109 CAUSES. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento Médico del Sobrepeso y Obesidad Exógena	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro en las notas médicas. 3. Reporte en el sistema de información SINBA. 4. Aplicación de la GPC-IMSS-046-08, prevención, diagnóstico y tratamiento del sobrepeso y la obesidad exógena.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SUIVE. 3. Reporte en el SINBA-SIS 4. sistema de información en control de niño y control de curvas de peso y talla. 5. GPC-IMSS-046-08, prevención, diagnóstico y tratamiento del sobrepeso y la obesidad exógena.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos	1.4 Oferta de servicios.3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.			
51	NOM-004-SSA3-2012. Expediente Clínico. NOM-031-SSA2-1999. Para la atención de la salud del niño. GPC-IMSS-258-10 Diagnóstico y manejo de la laringotraqueitis aguda en pacientes mayores de 3 meses hasta 15 años de edad. Laringitis y traqueitis agudas CIE-10 J04. Intervención 110 CAUSES. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Laringotraqueitis Aguda	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro en las notas médicas. 3. Reporte en el sistema de información SINBA. 4. Aplicación de la GPC-IMSS-258-10 diagnóstico y manejo de la laringotraqueitis aguda en pacientes mayores de 3 meses hasta 15 años de edad.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SUIVE. 3. Reporte en el SINBA-SIS 4. GPC-IMSS-258-10, diagnóstico y manejo de la laringotraqueitis aguda en pacientes mayores de 3 meses hasta 15 años de edad.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos	1.4 Oferta de servicios.3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.			
52	NOM-004-SSA3-2012. Expediente Clínico. NOM-031-SSA2-1999. NOM-031-SSA2-1999. Para la atención de la salud del niño. GPC-IMSS-080-08 Diagnóstico y tratamiento de la sinusitis aguda en el adulto. Sinusitis aguda CIE-10 H66. Miringotomía CIE-9-MC 20. Extracción de tubo de Miringotomía CIE-9-MC 20.1X. Intervención 111 CAUSES. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Otitis Media Suprativa	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro en las notas médicas. 3. Reporte en el sistema de información SINBA.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SUIVE. 3. Reporte en el SINBA-SIS 4. Protocolos de atención médica propios y árbol de toma de decisiones.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos	1.4 Oferta de servicios.3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.			
53	NOM-004-SSA3-2012. Expediente Clínico. NOM-031-SSA2-1999. NOM-031-SSA2-1999. Para la atención de la salud del niño. GPC-IMSS-080-08 Diagnóstico y tratamiento de la sinusitis aguda en el adulto. Sinusitis aguda CIE-10 J01. Intervención 112 CAUSES. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Sinusitis Aguda	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro en las notas médicas. 3. Reporte en el sistema de información SINBA. 4. Aplicación de la GPC-IMSS-080-08, diagnóstico y tratamiento de la sinusitis aguda en el adulto.	1	1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SUIVE. 3. Reporte en el SINBA-SIS 4. GPC-IMSS-080-08, diagnóstico y tratamiento de la sinusitis aguda en el adulto.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos	1.4 Oferta de servicios.3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.			
54	NOM-004-SSA3-2012. Expediente Clínico. NOM-017-SSA2-2012. Para la vigilancia epidemiológica. GPC-SS-009-08 Diagnóstico y tratamiento del asma en menores de 18 años en el primer y segundo nivel de atención. Asma. CIE-10 J45. Estado asmático CIE-10 J46X. Intervención CAUSES 114. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento del Asma y sus Exacerbaciones en Adultos	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro en las notas médicas. 3. Reporte en el sistema de información SINBA.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SINBA-SIS y SUIVE. 3. Protocolos de atención médica propios y árbol de toma de decisiones.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos	1.4 Oferta de servicios.3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.			
55	NOM-004-SSA3-2012. Expediente Clínico. NOM-017-SSA2-2012. Para la vigilancia epidemiológica. GPC-SS-009-08 Diagnóstico y tratamiento del asma en menores de 18 años en el primer y segundo nivel de atención. Asma. CIE-10 J45. Estado asmático CIE-10 J46X. Intervención CAUSES 114. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento del Asma y sus Exacerbaciones en menores de 18 años	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro en las notas médicas. 3. Reporte en el sistema de información SINBA. 4. Aplicación de la GPC-IMSS-046-08, prevención, diagnóstico y tratamiento del sobrepeso y la obesidad exógena. 5. Aplicación de la GPC-SS-009-08, diagnóstico y tratamiento del asma en menores de 18 años en el primer y segundo nivel de atención..	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SINBA-SIS y SUIVE. 3. GPC-SS-009-08, diagnóstico y tratamiento del asma en menores de 18 años en el primer y segundo nivel de atención. Y sistemas de información diarios de casos.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos	1.4 Oferta de servicios.3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.			



CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

CAUSES-2N-2018

UJCSBA0101		HOSPITAL REGIONAL COCULA		CONSULTA EXTERNA HG									
Normatividad aplicable		Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar Proceso		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
			Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental			Criterios y Subcriterios	
			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:				
56	NOM-004-SSA3-2012. Expediente Clínico. GPC-IMSS-696-13 Tratamiento farmacológico para pacientes adultos con psoriasis en placas. Psoriasis vulgar CIE-10 L40.0. Psoriasis pustulosa generalizada CIE-10 L40.1. Acrodermatitis continua CIE-10 L40.2. Pustulosas palmar y plantar CIE-10 L40.3. Psoriasis guttata CIE-10 L40.4. Otras psoriasis CIE-10 L40.8. Psoriasis, no especificada CIE-10 L40.9. Intervención 117 CAUSES. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Psoriasis	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro en las notas médicas. 3. Reporte en el sistema de información SINBA. 4. Aplicación de la GPC-IMSS-696-13, tratamiento farmacológico para pacientes adultos con psoriasis en placas.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SINBA-SIS 3. GPC-IMSS-696-13, tratamiento farmacológico para pacientes adultos con psoriasis en placas.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos	1.4 Oferta de servicios.3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.			
57	NOM-004-SSA3-2012. Expediente Clínico. GPC-ISSSTE-254-12 Diagnóstico de la esofagitis por reflujo en niños y adultos en los tres niveles de atención. Enfermedad del reflujo gastroesofágico con esofagitis CIE-10 K21.0. Intervención 118 CAUSES. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Esofagitis por Reflujo	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro en las notas médicas. 3. Reporte en el sistema de información SINBA. 4. Aplicación de la GPC-ISSSTE-254-12, diagnóstico de la esofagitis por reflujo en niños y adultos en los tres niveles de atención.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SINBA-SIS 3. GPC-ISSSTE-254-12, diagnóstico de la esofagitis por reflujo en niños y adultos en los tres niveles de atención.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos	1.4 Oferta de servicios.3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.			
58	NOM-004-SSA3-2012. Expediente Clínico. NOM-017-SSA2-2012. Para la vigilancia epidemiológica. GPC-SSA-150-08 Manejo de la úlcera péptica en adultos en el primer y segundo nivel de atención. Úlcera gástrica, crónica sin hemorragia ni perforación CIE-10 K25.7 Úlcera péptica, de sitio no especificado, crónica, sin hemorragia, ni perforación CIE-10 K27.7. Intervención 119 CAUSES. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Úlcera Gástrica y Péptica Crónica no Perforada	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro en las notas médicas. 3. Reporte en el sistema de información SINBA. 4. Aplicación de la GPC-SSA-150-08, manejo de la úlcera péptica en adultos en el primer y segundo nivel de atención.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SINBA-SIS 3. Reporte en el SINBA-SIS 4. GPC-SSA-150-08, manejo de la úlcera péptica en adultos en el primer y segundo nivel de atención. Y sistemas de información diarios de casos.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos	1.4 Oferta de servicios.3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.			
59	NOM-004-SSA3-2012. Expediente Clínico. NOM-037-SSA2-2002 Para la prevención, tratamiento y control de las dislipidemias. GPC-IMSS-233-09 Diagnóstico y tratamiento de las dislipidemias. Trastornos del metabolismo de las lipoproteínas y otras lipidemias CIE-10 E78: Intervención 120 CAUSES. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Dislipidemia	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro en las notas médicas. 3. Reporte en el sistema de información SINBA. 4. Aplicación de la GPC-IMSS-233-09, diagnóstico y tratamiento de las dislipidemias.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SINBA-SIS 3. GPC-IMSS-233-09, diagnóstico y tratamiento de las dislipidemias.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos	1.4 Oferta de servicios.3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.			
60	NOM-004-SSA3-2012. Expediente Clínico. GPC-SSA-292-10 Hipertiroidismo durante el embarazo. GPC-IMSS-514-11 Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de Graves en mayores de 18 años. Crisis o tormenta tirotoxicas CIE-10 E05.8. Tiroiditis postparto CIE-10 E05.9. Intervención 121 CAUSES. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Hipertiroidismo	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro en las notas médicas. 3. Reporte en el sistema de información SINBA. 4. Aplicación de la GPC-SSA-292-10, hipertiroidismo durante el embarazo.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SINBA-SIS 3. sistema de información en enfermedades crónicas y/o tarjetero de enfermedades crónicas. 4. GPC-SSA-292-10, hipertiroidismo durante el embarazo.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos	1.4 Oferta de servicios.3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.			
61	NOM-004-SSA3-2012. Expediente Clínico. GPC-SSA-292-10 Hipertiroidismo durante el embarazo. GPC-IMSS-514-11 Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de Graves en mayores de 18 años. Crisis o tormenta tirotoxicas CIE-10 E05.8. Tiroiditis postparto CIE-10 E05.9. Intervención 122 CAUSES. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Crisis Tirotóxica	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro en las notas médicas. 3. Reporte en el sistema de información SINBA. 4. Aplicación de la GPC-SSA-292-10, hipertiroidismo durante el embarazo. GPC-IMSS-514-11, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de Graves en mayores de 18 años.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SINBA-SIS 3. GPC-SSA-292-10, hipertiroidismo durante el embarazo. GPC-IMSS-514-11, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de Graves en mayores de 18 años.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos	1.4 Oferta de servicios.3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.			

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

UCCSA01401		HOSPITAL REGIONAL COCULA											
CONSULTA EXTERNA HG													
Normatividad aplicable		Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar Proceso		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
			Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental			Criterios y Subcriterios	
			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:				
62	NOM-004-SSA3-2012. Expediente Clínico. NOM-034-SSA2-2013 Para la prevención y control de los defectos al nacimiento. GPC-IMSS-265-10 Diagnóstico y tratamiento de hipotiroidismo primario en adultos. Síndrome congénito de deficiencia de yodo CIE-10 E00. Trastornos tiroideos vinculados a deficiencia de yodo y afecciones relacionadas CIE-10 E01. Hipotiroidismo subclínico por deficiencia de yodo CIE-10 E02X. Otros hipotiroidismos CIE-10 E03. Otros bocio no tóxicos CIE-10 E04. Intervención 123 CAUSES. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Hipotiroidismo	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro en las notas médicas. 3. Reporte en el sistema de información SINHA. 4. Aplicación de la GPC-IMSS-265-10, diagnóstico y tratamiento de hipotiroidismo primario en adultos.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SINHA-SIS 3. GPC-IMSS-265-10, diagnóstico y tratamiento de hipotiroidismo primario en adultos.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población. 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planificación. 7.- Mejora de Procesos	1.4 Oferta de servicios.3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planificación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.			
63	NOM-004-SSA3-2012. Expediente Clínico. NOM-015-SSA2-2010 Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus. GPC-SSA-302-10 Diagnóstico, tratamiento y referencia oportuna de la diabetes mellitus tipo I en el niño y adolescente en el segundo y tercer nivel de atención. Diabetes mellitus insulino dependiente, sin mención de complicación CIE-10 E10.9. Intervención 124 CAUSES. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Diabetes Mellitus tipo I	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro en las notas médicas. 3. Reporte en el sistema de información SINHA. 4. Aplicación de la GPC-SSA-302-10, diagnóstico, tratamiento y referencia oportuna de la diabetes mellitus tipo I en el niño y adolescente en el segundo y tercer nivel de atención.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SINHA-SIS 3. GPC-S-186-15 Diagnóstico y tratamiento de enfermedades crónicas y/o targetero de enfermedades crónicas. 4. GPC-SSA-302-10, diagnóstico, tratamiento y referencia oportuna de la diabetes mellitus tipo I en el niño y adolescente en el segundo y tercer nivel de atención.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población. 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planificación. 7.- Mejora de Procesos	1.4 Oferta de servicios.3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planificación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.			
64	NOM-004-SSA3-2012. Expediente Clínico. GPC-SSA-219-09 Diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca aguda. GPC-S-186-15 Diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca aguda y crónica en niños. GPC-ISSSTE-722-15 Prevención, diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca crónica en adultos en los tres niveles de atención. Insuficiencia cardíaca CIE-10 I50. Intervención 125 CAUSES. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Insuficiencia Cardíaca	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro en las notas médicas. 3. Reporte en el sistema de información SINHA. 4. Aplicación de la GPC-SSA-219-09, diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca aguda. GPC-S-186-15, diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca aguda y crónica en niños. GPC-ISSSTE-722-15, prevención, diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca crónica en adultos en los tres niveles de atención.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SINHA-SIS 3. GPC-S-186-15 Diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca aguda y crónica en niños. GPC-ISSSTE-722-15 Prevención, diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca crónica en adultos en los tres niveles de atención. Insuficiencia cardíaca	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población. 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planificación. 7.- Mejora de Procesos	1.4 Oferta de servicios.3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planificación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.			
65	NOM-004-SSA3-2012. Expediente Clínico. GPC-IMSS-677-13 Prevención y tratamiento de la osteoporosis inducida por glucocorticoides. GPC-IMSS-673-13 Diagnóstico y tratamiento de la osteoporosis en mujeres posmenopáusicas. GPC-IMSS-083-08 Diagnóstico y tratamiento de la osteoporosis en el adulto. Osteoporosis con fractura patológica CIE-10 M80. Osteoporosis sin fractura patológica CIE-10 M81. Intervención 126 CAUSES. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Osteoporosis	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro en las notas médicas. 3. Reporte en el sistema de información SINHA. 4. Aplicación de la GPC-IMSS-677-13, prevención y tratamiento de la osteoporosis inducida por glucocorticoides. GPC-IMSS-673-13, diagnóstico y tratamiento de la osteoporosis en mujeres posmenopáusicas. GPC-IMSS-083-08. Diagnóstico y tratamiento de la osteoporosis en el adulto.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SINHA-SIS 3. GPC-IMSS-677-13, prevención y tratamiento de la osteoporosis inducida por glucocorticoides. GPC-IMSS-673-13, diagnóstico y tratamiento de la osteoporosis en mujeres posmenopáusicas. GPC-IMSS-083-08, diagnóstico y tratamiento de la osteoporosis en el adulto.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población. 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planificación. 7.- Mejora de Procesos	1.4 Oferta de servicios.3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planificación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.			
66	NOM-004-SSA3-2012. Expediente Clínico. GPC-SSA-216-09 Prevención, diagnóstico, tratamiento y referencia oportuna de hiperuricemia y gota. Hiperuricemia sin signos de artritis inflamatoria y gota. Enfermedad tófica CIE-10 E79.0. Gota CIE-10 M10. Intervención 127 CAUSES. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Hiperuricemia y Gota	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro en las notas médicas. 3. Reporte en el sistema de información SINHA. 4. Aplicación de la GPC-SSA-216-09, prevención, diagnóstico, tratamiento y referencia oportuna de hiperuricemia y gota.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SINHA-SIS 3. GPC-SSA-216-09, prevención, diagnóstico, tratamiento y referencia oportuna de hiperuricemia y gota.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población. 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planificación. 7.- Mejora de Procesos	1.4 Oferta de servicios.3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planificación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.			
67	NOM-004-SSA3-2012. Expediente Clínico. GPC-IMSS-369-10 Tratamiento farmacológico de la artritis idiopática juvenil. GPC-IMSS-195-10 Diagnóstico y tratamiento de la artritis reumatoide del adulto. Reumatismo seropositivo, sin otra especificación CIE-10 M05.9. Otras artritis reumatoideas CIE-10 M06. Artritis reumatoide juvenil CIE-10 M08.0. Artritis juvenil de comienzo generalizado CIE-10 M08.2. Poliartritis juvenil (seronegativa) CIE-10 M08.3. Artritis juvenil, no especificada CIE-10 M08.9. Intervención 128 CAUSES. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Artritis Reumatoide	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro en las notas médicas. 3. Reporte en el sistema de información SINHA. 4. Aplicación de la GPC-IMSS-369-10, tratamiento farmacológico de la artritis idiopática juvenil. GPC-IMSS-195-10, diagnóstico y tratamiento de la artritis reumatoide del adulto.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SINHA-SIS 3. GPC-IMSS-369-10, tratamiento farmacológico de la artritis idiopática juvenil. GPC-IMSS-195-10, diagnóstico y tratamiento de la artritis reumatoide del adulto.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población. 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planificación. 7.- Mejora de Procesos	1.4 Oferta de servicios.3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planificación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.			



CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

CAUSES-2H-2018

JCS8A001401

HOSPITAL REGIONAL COCULA

CONSULTA EXTERNA HG

Normatividad aplicable		Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar Proceso		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
			Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental			Criterios y Subcriterios	
			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:				
68	NOM-004-SSA3-2012. Expediente Clínico. GPC-SSA-666-14 Prevención, diagnóstico y manejo de la depresión prenatal y posparto en el primer y segundo nivel de atención. GPC-IMSS-170-09 Diagnóstico y tratamiento del trastorno bipolar. GPC-IMSS-161-09 Diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo de 18 a 59 años. Trastorno afectivo bipolar CIE-10 F31. Episodio depresivo CIE-10 F32. Trastorno depresivo recurrente CIE-10 F33. Trastornos del humor [afectivos] persistentes CIE-10 F34. Psicoterapia verbal exploratoria CIE-9-MC 94.37. Psicoterapia verbal de apoyo CIE-9-MC 94.38. Intervención 129 CAUSES. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Trastornos Afectivos (Depresión, Trastornos Afectivos de tipo Bipolar, Trastornos Afectivos Persistentes)	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro en las notas médicas. 3. Reporte en el sistema de información SINBA. 4. Aplicación de la GPC-SSA-666-14, prevención, diagnóstico y manejo de la depresión prenatal y posparto en el primer y segundo nivel de atención. GPC-IMSS-170-09, diagnóstico y tratamiento del trastorno bipolar. GPC-IMSS-161-09, diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo de 18 a 59 años.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SINBA-SIS 3. Reporte en SUIVE. 4. GPC-SSA-666-14, prevención, diagnóstico y manejo de la depresión prenatal y posparto en el primer y segundo nivel de atención. GPC-IMSS-170-09, diagnóstico y tratamiento del trastorno bipolar. GPC-IMSS-161-09, diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo de 18 a 59 años.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población. 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación. 7.- Mejora de Procesos	1.4 Oferta de servicios.3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos de apoyo integral.			
69	NOM-004-SSA3-2012. Expediente Clínico. Trastorno de pánico [ansiedad paroxística episódica] CIE-10 F41.0. Trastorno de ansiedad generalizada CIE-10 F41.1. Reacción al estrés grave y trastornos de adaptación CIE-10 F43. Intervención 130 CAUSES. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Trastornos de Ansiedad (Ansiedad Generalizada, Trastornos de Pánico, Reacción de Estrés, Trastornos de Adaptación, Trastornos de Estrés Posttraumático y Trastornos Adaptativos)	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro en las notas médicas. 3. Reporte en el sistema de información SINBA. 4. Aplicación de la GPC-IMSS-315-11, diagnóstico y manejo del estrés posttraumático. GPC-IMSS-392-10, diagnóstico y manejo del trastorno de ansiedad en el adulto.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SINBA-SIS 3. GPC-SSA-299-10, diagnóstico y tratamiento del delirium en el adulto mayor. GPC-SSA-222-09, diagnóstico y tratamiento de la esquizofrenia en adultos en el primer y segundo nivel de atención. GPC-IMSS-465-11, prevención, diagnóstico y tratamiento del delirium, en el anciano hospitalizado.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población. 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación. 7.- Mejora de Procesos	1.4 Oferta de servicios.3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos de apoyo integral.			
70	NOM-004-SSA3-2012. Expediente Clínico. GPC-SSA-299-10 Diagnóstico y tratamiento del delirium en el adulto mayor. GPC-SSA-222-09 Diagnóstico y tratamiento de la esquizofrenia en adultos en el primer y segundo nivel de atención. GPC-IMSS-465-11 Prevención, diagnóstico y tratamiento del delirium, en el anciano hospitalizado. Delirio, no inducido por el alcohol o por otras sustancias psicoactivas CIE-10 F05. Esquizofrenia CIE-10 F20. Trastorno esquizotípico CIE-10 F21X. Psicosis de origen no orgánico, no especificada CIE-10 F29X. Intervención 131 CAUSES. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Trastornos Psicóticos (Esquizofrenia, Psicóticos y Esquizotípico)	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro en las notas médicas. 3. Reporte en el sistema de información SINBA. 4. Aplicación de la GPC-SSA-299-10, diagnóstico y tratamiento del delirium en el adulto mayor. GPC-SSA-222-09, diagnóstico y tratamiento de la esquizofrenia en adultos en el primer y segundo nivel de atención. GPC-IMSS-465-11, prevención, diagnóstico y tratamiento del delirium, en el anciano hospitalizado.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SINBA-SIS 3. GPC-SSA-299-10, diagnóstico y tratamiento del delirium en el adulto mayor. GPC-SSA-222-09, diagnóstico y tratamiento de la esquizofrenia en adultos en el primer y segundo nivel de atención. GPC-IMSS-465-11, prevención, diagnóstico y tratamiento del delirium, en el anciano hospitalizado.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población. 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación. 7.- Mejora de Procesos	1.4 Oferta de servicios.3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos de apoyo integral.			
71	NOM-004-SSA3-2012. Expediente Clínico. GPC-IMSS-244-09 Diagnóstico y tratamiento de la primera crisis convulsiva en niños. Epilepsia CIE-10 G40. Convulsiones no clasificadas en otra parte CIE-10 R56 Intervención 132 CAUSES. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento Ambulatorio de Epilepsia y Crisis Convulsivas	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro en las notas médicas. 3. Reporte en el sistema de información SINBA. 4. Aplicación de la GPC-IMSS-244-09, diagnóstico y tratamiento de la primera crisis convulsiva en niños.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SINBA-SIS 3. GPC-IMSS-244-09, diagnóstico y tratamiento de la primera crisis convulsiva en niños.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población. 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación. 7.- Mejora de Procesos	1.4 Oferta de servicios.3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos de apoyo integral.			
72	NOM-004-SSA3-2012. Expediente Clínico. NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica. GPC-SSA-153-08 Diagnóstico y tratamiento enfermedad de Parkinson inicial en el primer nivel de atención. Enfermedad de Parkinson CIE-10 G20X. Intervención 133 CAUSES. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento Médico de Enfermedades de Parkinson	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro en las notas médicas. 3. Reporte en el sistema de información SINBA. 4. Aplicación de la GPC-SSA-153-08, diagnóstico y tratamiento enfermedad de Parkinson inicial en el primer nivel de atención.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SUIVE. 3. Reporte en el SINBA-SIS 4. GPC-SSA-153-08, diagnóstico y tratamiento enfermedad de Parkinson inicial en el primer nivel de atención.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población. 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación. 7.- Mejora de Procesos	1.4 Oferta de servicios.3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos de apoyo integral.			



acreditación de establecimientos y servicios de atención médica										
CAUSES-2H-2018										
CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN										
HOSPITAL REGIONAL COCULA										
CONSULTA EXTERNA HG										
Normatividad aplicable	Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar Proceso		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		
		Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental		
		El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:		
MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD										
Criterios y Subcriterios										
73	NOM-004-SSA3-2012. Expediente Clínico. NOM-017-SSA2-2012. Para la vigilancia epidemiológica. NOM-034-SSA2- 2013 Para la prevención y control de los defectos del nacimiento. GPC-9-091-08-diagnóstico y tratamiento oportuno de displasia del desarrollo de la cadera del recién nacido en el primer nivel de atención. Deformidades congénitas de la cadera CIE-10 965. Ejercicio isocéntrico CIE-9-MC 00.C0. Terapia ocupacional en paciente pediátrico CIE-9-MC 00.C6. Ejercicios de fisioterapia CIE-9-MC 93.1. Intervención 134 CAUSES. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento Conservador de Luxación Congénita de Cadera	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro en las notas médicas. 3. Reporte en el sistema de información SINBA. 4. Aplicación de la GPC-9-091-08-diagnóstico y tratamiento oportuno de displasia del desarrollo de la cadera del recién nacido en el primer nivel de atención.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SINBA-SIS y del SUVEI. 3. GPC-9-091-08-diagnóstico y tratamiento oportuno de displasia del desarrollo de la cadera del recién nacido en el primer nivel de atención.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos	1.4 Oferta de servicios.3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.
74	NOM-004-SSA3-2012. Expediente Clínico. GPC-IMSS-584-12 Tratamiento de la fractura de clavícula en el adulto. GPC-IMSS-578-12 Diagnóstico y tratamiento de fractura cerrada de meseta tibial en el adulto. GPC-IMSS-577-12 Diagnóstico y tratamiento de las lesiones de meniscos en rodilla del adulto. GPC-IMSS-576-12 Diagnóstico y tratamiento de fractura de húmero proximal cerrada en el adulto joven. GPC-IMSS-575-12 Diagnóstico y tratamiento de fractura cerrada de rótula en el adulto. GPC-IMSS-573-12 Tratamiento de fractura desplazada del cuello femoral con artroplastia total en adultos mayores de 65 años. GPC-IMSS-555-12 Diagnóstico y tratamiento de fracturas de la diáfisis del húmero en adulto. GPC-IMSS-534-11 Diagnóstico y tratamiento de fractura cerrada de la epifisis inferior del radio en los adultos mayores. GPC-IMSS-501-11 Tratamiento de las fracturas del pie en adultos. GPC-IMSS-493-11 Tratamiento de la fractura del tobillo en el adulto. GPC-IMSS-437-12 Diagnóstico y tratamiento de las fracturas y luxaciones del codo en el niño. GPC-IMSS-267-10 Diagnóstico y tratamiento de las fracturas transtrocantéricas en pacientes mayores de 65 años. GPC-IMSS-266 Diagnóstico y tratamiento de fractura diafisaria cerrada de cúbito. GPC-IMSS-193-08 Diagnóstico y tratamiento de fracturas de antebrazo. GPC-IMSS-139-08 Diagnóstico y tratamiento de fractura de diáfisis de tibia. GPC-IMSS-115-08 Diagnóstico y tratamiento de fracturas intracapsulares del extremo proximal del fémur. Otras terapias físicas CIE-10 250.1. Atención por otros procedimientos de rehabilitación, no especificada CIE-10 250.9. Terapia ocupacional en lesiones de mano y extremidad superior CIE-9-MC 00.C5. Terapia ocupacional en paciente pediátrico CIE-9-MC 00.C6. Terapia ocupacional en paciente neurológico CIE-9-MC 00.C7. Terapia ocupacional: adiestramiento en cuidado y uso de órtesis en pacientes amputados CIE-9-MC 00.C8. Terapia ocupacional: adiestramiento en cuidado y uso de prótesis en pacientes amputados CIE-9-MC 00.C9. Evaluación funcional CIE-9-MC 93.01. Pruebas manuales de función muscular: (Balance muscular) CIE-9-MC 93.04. Pruebas de amplitud de movimiento: (Balance articular). CIE-9-MC 93.05. Ejercicios de fisioterapia CIE-9-MC 93.1. Otra manipulación músculo esquelética en Medicina. Física y Rehabilitación CIE-9-MC 93.2. Intervención 135 CAUSES. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Rehabilitación de Fracturas	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro en las notas médicas. 3. Reporte en el sistema de información SINBA. 4. Aplicación de la GPC-IMSS-584-12, tratamiento de la fractura de clavícula en el adulto. GPC-IMSS-578-12, diagnóstico y tratamiento de fractura cerrada de meseta tibial en el adulto. GPC-IMSS-577-12, diagnóstico y tratamiento de las lesiones de meniscos en rodilla del adulto. GPC-IMSS-576-12 diagnóstico y tratamiento de fractura de húmero proximal cerrada en el adulto joven. GPC-IMSS-575-12, diagnóstico y tratamiento de fractura de húmero proximal cerrada en el adulto joven. GPC-IMSS-573-12, tratamiento de fractura desplazada del cuello femoral con artroplastia total en adultos mayores de 65 años. GPC-IMSS-555-12, diagnóstico y tratamiento de fracturas de la diáfisis del húmero en adulto. GPC-IMSS-534-11, diagnóstico y tratamiento de las fracturas del pie en adultos. GPC-IMSS-501-11, tratamiento de las fracturas del pie en adultos. GPC-IMSS-493-11, tratamiento de la fractura del tobillo en el adulto. GPC-IMSS-437-12, diagnóstico y tratamiento de las fracturas y luxaciones del codo en el niño. GPC-IMSS-267-10, diagnóstico y tratamiento de las fracturas transtrocantéricas en pacientes mayores de 65 años. GPC-IMSS-266, diagnóstico y tratamiento de fractura diafisaria cerrada de cúbito. GPC-IMSS-193-08, diagnóstico y tratamiento de fracturas de antebrazo. GPC-IMSS-139-08, diagnóstico y tratamiento de fractura de diáfisis de tibia. GPC-IMSS-115-08, diagnóstico y tratamiento de fracturas intracapsulares del extremo proximal del fémur.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SINBA-SIS 3. GPC-IMSS-584-12, tratamiento de la fractura de clavícula en el adulto. GPC-IMSS-578-12, diagnóstico y tratamiento de fractura cerrada de meseta tibial en el adulto. GPC-IMSS-577-12, diagnóstico y tratamiento de las lesiones de meniscos en rodilla del adulto. GPC-IMSS-576-12, diagnóstico y tratamiento de fractura de húmero proximal cerrada en el adulto joven. GPC-IMSS-575-12, diagnóstico y tratamiento de fractura de húmero proximal cerrada en el adulto joven. GPC-IMSS-573-12, tratamiento de fractura desplazada del cuello femoral con artroplastia total en adultos mayores de 65 años. GPC-IMSS-555-12, diagnóstico y tratamiento de fracturas de la diáfisis del húmero en adulto. GPC-IMSS-534-11, diagnóstico y tratamiento de las fracturas del pie en adultos. GPC-IMSS-501-11, tratamiento de las fracturas del pie en adultos. GPC-IMSS-493-11, tratamiento de la fractura del tobillo en el adulto. GPC-IMSS-437-12, diagnóstico y tratamiento de las fracturas y luxaciones del codo en el niño. GPC-IMSS-267-10, diagnóstico y tratamiento de las fracturas transtrocantéricas en pacientes mayores de 65 años. GPC-IMSS-266, diagnóstico y tratamiento de fractura diafisaria cerrada de cúbito. GPC-IMSS-193-08, diagnóstico y tratamiento de fracturas de antebrazo. GPC-IMSS-139-08, diagnóstico y tratamiento de fractura de diáfisis de tibia. GPC-IMSS-115-08 diagnóstico y tratamiento de fracturas intracapsulares del extremo proximal del fémur.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos	1.4 Oferta de servicios.3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.



CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

HOSPITAL REGIONAL COCULA												
CONSULTA EXTERNA HG												
Normatividad aplicable	Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar Proceso		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental			Criterios y Subcriterios	
		El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:				
75	NOM-004-SSA3-2012. Expediente Clínico. GPC-SSSTE-249-09 Diagnóstico y tratamiento de parálisis facial idiopática en niños en los tres niveles de atención.. GPC-IMS-066-08 Diagnóstico y manejo de parálisis de Bell (parálisis facial idiopática). Parálisis de Bell CIE-10 051.0. Ejercicios de fisioterapia CIE-9-MC 93.1. Intervención 136 CAUSES. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Parálisis Facial	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro en las notas médicas. 3. Reporte en el sistema de información SINBA. 4. Aplicación de la GPC-SSSTE-249-09, diagnóstico y tratamiento de parálisis facial idiopática en niños en los tres niveles de atención. 5. GPC-IMS-066-08, diagnóstico y manejo de parálisis de Bell (parálisis facial idiopática).	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SINBA-SIS 3. GPC-SSSTE-249-09, diagnóstico y tratamiento de parálisis facial idiopática en niños en los tres niveles de atención. 4. GPC-IMS-066-08, diagnóstico y manejo de parálisis de Bell (parálisis facial idiopática).	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación de Procesos	1.4 Oferta de servicios.3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.		
76	NOM-004-SSA3-2012. Expediente Clínico. NOM-028-SSA2-2009 Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones. NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica. GPC-SS-023-08 Prevención, detección y consejería en adicciones para adolescentes y adultos en el primer nivel de atención. Consulta para asesoría y vigilancia por abuso de alcohol CIE-10 271.4. Consulta para asesoría por abuso de tabaco CIE-10 271.3. Problemas relacionados con el uso del tabaco CIE-10 272.0. Problemas relacionados con el uso del alcohol CIE-10 272.1. Problemas relacionados con el uso de drogas CIE-10 272.2. Psicoterapia verbal exploratoria CIE-9-MC 94.37. Asesoramiento sobre toxicomanía CIE-9-MC 94.45. Asesoramiento sobre alcoholismo CIE-9-MC 94.46. Intervención 137 CAUSES. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Detección Temprana de Adicciones (Consejería)	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro en las notas médicas. 3. Reporte en el sistema de información SINBA. 4. Aplicación de la GPC-SS-023-08 prevención, detección y consejería en adicciones para adolescentes y adultos en el primer nivel de atención.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SINBA-SIS 3. Reporte en el SUIVE. 4. GPC-SS-023-08. Prevención, detección y consejería en adicciones para adolescentes y adultos en el primer nivel de atención.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación de Procesos 7.- Mejora de Procesos	1.4 Oferta de servicios.3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.		
77	Ley General de Salud, Título Octavo BIS, de los Cuidados Paliativos a los Enfermos en Situación Terminal, Capítulo III de los derechos, facultades y obligaciones de los médicos y personal sanitario. ACUERDO por el que el Consejo de Salubridad General declara la Obligatoriedad de los Esquemas de Manejo Integral de Cuidados Paliativos, así como los Procesos señalados en la Guía del Manejo Integral de Cuidados Paliativos. NORMA Oficial Mexicana NOM-011-SSA3-2014, Criterios para la atención de enfermos en situación terminal a través de cuidados paliativos. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Manejo Ambulatorio de Cuidados Paliativos y Dolor Crónico	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención del control del dolor y otros síntomas. 2. Registro en las notas médicas. 3. Reporte en el sistema de información SINBA. 4. Aplicación de la GPC- de cuidados paliativos. 5. En el caso de que los cuidados paliativos se realicen en el domicilio particular del paciente se encuentre en operación una línea telefónica de acceso gratuito para que se oriente, asesore y de seguimiento al enfermo en situación terminal o a sus familiares o persona de confianza.	1	Verificar: 1. Expediente clínico, Registros de visitas domiciliarias, Reporte en el SINBA-SIS.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación de Procesos 7.- Mejora de Procesos	1.4 Oferta de servicios.3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.		
78	ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/09/17.	Seguridad del Paciente	Verificar que el establecimiento cuente con un procedimiento documentado para la comunicación efectiva Acción Esencial 2 (D, E) y 3B definido y aplicado al Establecimiento	1	Verificar que: 1. Las prescripciones médicas y anotaciones en documentos del Expediente clínico estén con letra legible, sin abreviaturas, sin enmendaduras, tachaduras, para mejorar la comunicación efectiva. 2. Comunica los resultados críticos a los pacientes de conformidad con el procedimiento establecido.	1	Verificar: 1. Registros de supervisión de seguimiento, 2. Constancias de capacitación o listas de asistencia.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación de Procesos 7.- Mejora de Procesos	1.4 Oferta de servicios.3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.		
CALIFICACIÓN CONSULTA EXTERNA HG		100.00%		78		78		77				

CAUSAS-2N-2018															
HOSPITAL REGIONAL COCUILA															
CONSULTA EXTERNA HMI															
Normatividad aplicable	Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	e	Evidencia Observacional		Puntaje	e	Evidencia Documental		Puntaje	e	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional	El evaluador deberá:			Evidencia Observacional	El evaluador deberá:			Evidencia Documental	El evaluador deberá:			Criterios y Subcriterios	
1	NOM-003-SEGOB-2011, Numeral 5 Obligaciones del patrón, 5.8 y Capítulo 11, 11.1 al 11.5 de la NOM-002-STPS-2010.	Señalización del área	Verificar: 1. Existencia de señalización. 2. Que cuente con señalamiento de emergencia para protección civil. 3. Que el punto de reunión esté delimitado e identificado.	1	1	Verificar: 1. Que cuente directorio de personal en la entrada del hospital. 2. Que exista señalización que oriente la ubicación de los consultorios por especialidad. 3. Que en las puertas de los consultorios exista identificador del tipo de especialidad, nombre del o de los médicos que atienden y horario de atención. 4. Existencia en la circulación principal, de las señales y avisos sobre protección civil, que permitan al personal y usuarios advertir áreas o condiciones que representen riesgo para su salud e integridad física, así como ubicar equipos para la respuesta a emergencias, e instalaciones o servicios de atención a la población en caso de desastre. 5. Ubicación del punto de reunión.	1	No aplica.	NA	4.- Planeación 5.- Responsabilidad social 7.- Mejora de Procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.				
2	El artículo 59 del RLGSMPSAM; los numerales 5.1.7, 5.1.8 y 5.1.10 de la NOM-016-SSA3-2012, que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada. ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/09/17. AESP 6C.	Condiciones Generales	Verificar: 1. Que se cuente con condiciones generales adecuadas de infraestructura, con facilidades arquitectónicas. 2. Que exista la ruta de acceso y salida.	1	1	Verificar: 1. Que se cuente con las facilidades arquitectónicas para efectuar las actividades médicas con condiciones adecuadas de iluminación, ventilación, limpieza. 2. Que la estructura esté de acuerdo con su denominación y oferta de servicios, además de contar con un área, sala o local apropiado para la espera de pacientes y usuarios. 3. Considerar que la infraestructura facilite el acceso y salida de las personas con discapacidad y adultos mayores. 4. Que las instalaciones hidráulicas y eléctricas se encuentren en buenas condiciones.	1	Verificar: 1. Bitácora de aseo firmada por el jefe de servicio o supervisor. 2. Bitácora de mantenimiento de la infraestructura.	1	4.- Planeación 5.- Responsabilidad social 7.- Mejora de Procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.				
3	Numeral 5.3 de la NOM-005-SSA3-2010, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios; los numerales 6.6.11.1.2, 6.6.8.1.2 de la NOM-016-SSA3-2012, que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada; la NOM-009-CONAGUA-2001, Inodoros para uso sanitario-Especificaciones y métodos de prueba. ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/09/17. AESP 5B.	Sanitarios de pacientes	Verificar: 1. Que cuente con sanitarios para usuarios y personal de salud separados por género (deberá disponer de un inodoro para uso de personas con discapacidad). 2. Que cuente con bote para basura (preferentemente de pedal o campana). 3. Carteles de higiene de manos.	1	1	Verificar: 1. Que los sanitarios sean independientes para hombres y mujeres (deberá disponer de un inodoro para uso de personas con discapacidad). 2. Que cuente con bote para basura (preferentemente de pedal o campana). 3. Que cuente con papel de baño, lavabo, jabón (líquido o gel), toallas desechables.	1	Verificar: 1. Bitácora de aseo firmada por el jefe de servicio o supervisor. 2. Sistema de suministro de Abasto de material de higiene.	1	4.- Planeación 5.- Responsabilidad social 7.- Mejora de Procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.				
4	NOM-016-SSA3-2012, que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada., 10.6.1.1 NOM-045-SSA2-2006. ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/09/17. AESP 1A, 3A y 5B.	Consultorio médico	Verificar: 1. Que existan dos áreas, una para el interrogatorio y otra para la exploración física delimitada con un elemento físico que asegure la privacidad del paciente. 2. Que las áreas de interrogatorio y de exploración de un consultorio de medicina general o familiar estén contiguas o separadas. 3. Que en aquellos consultorios en donde se realicen actividades docentes, se consideren espacios suficientes para la permanencia del personal en formación, de tal forma que no interfiera la circulación ágil y segura del personal médico. 4. Que tenga un lavabo ubicado en el área de exploración física incluyendo el cartel de la técnica de higiene de manos.	1	1	Verificar: 1. Que se cumpla con la integridad de las áreas según la normatividad. 2. Que el personal conozca la técnica de higiene de manos (evaluar la técnica y el apego de acuerdo a los 5 momentos establecidos). 3. Que el personal identifique al paciente desde el momento en que solicita atención. 4. Abasto e insumos para higiene de manos: con jabón líquido y toallas desechables.	1	Verificar: 1. Bitácora de aseo firmada por el jefe de servicio o supervisor. 2. Registro de la capacitación al personal en la técnica de higiene de manos. 3. Que todos los documentos que se generen durante el Proceso de atención deben contener el nombre completo del paciente y fecha de nacimiento.	1	4.- Planeación 5.- Responsabilidad social 7.- Mejora de Procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.				
5	Numeral 5 Generalidades, 5.3. De la NOM 005-SSA3-2010. Numeral 7 Condiciones de prevención y protección contra incendios, 7.2 ,7.3 , 7.15. Y 7.17. De la NOM-002-STPS-2000.	Sala de Espera	Verificar: 1. Existencia de la sala de espera. 2. Que cuente con extintores.	1	1		1	Verificar: 1. Inventario de mobiliario. 2. Bitácora del mantenimiento preventivo y correctivo de la estructura y del mobiliario. 3. Documento del programa anual para la recarga. 4. Registro mensual de verificación de funcionalidad. 5. Registro de la capacitación del uso del manejo de extintores. 6. Manual de manejo de extintores.	1	4.- Planeación 5.- Responsabilidad social 7.- Mejora de Procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.				
6	Numeral 6 Manejo de Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos, 6.7 Programa de Contingencias de la NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, Artículo 8 del Reglamento en materia de RPBI de la Ley General del Equilibrio Ecológico y la Protección al Ambiente.	Control de los Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos (R.P.B.I.)	Verificar: 1. Existencia de contenedores para el manejo del R.P.B.I. 2. Bolsa de plástico para basura municipal y bolsa color rojo para desecho de R.P.B.I. marcadas con el símbolo universal de riesgo biológico.	1	1	Verificar: 1. Que la señalización de la circulación de los contenedores este colocada del área generadora hacia el almacén temporal. 2. Que los R.P.B.I. estén identificados y separados en los contenedores correspondientes de acuerdo a sus características físicas y biológicas infecciosas. 3. Que el personal conozca las rutas de RPBI, horarios de recolección 4. Que el almacén temporal que cumpla con la normatividad.	1	Verificar: 1. Bitácora de Registro de la recolección del R.P.B.I. (datos específicos como fecha, peso, tipo de residuo, firma del responsable del área y firma del responsable de la recolección).	1	4.- Planeación 5.- Responsabilidad social 7.- Mejora de Procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.				

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN										CAUSES-2N-2018			
JCSSA001401 HOSPITAL REGIONAL COCULA													
CONSULTA EXTERNA HMI													
Normatividad aplicable		Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Evidencia Observacional		Puntaje	Evidencia Documental		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
			Evidencia Observacional	El evaluador deberá:		Evidencia Observacional	El evaluador deberá:		Evidencia Documental	El evaluador deberá:		Criterios y Subcriterios	
7	El numeral 6. Especificaciones, 6.1. Consulta General, 6.1.2. Y 6.1.1.6 Consultorio de medicina general o familiar, Apéndice Normativo "A" 1. Equipamiento para el consultorio de medicina general o familiar, 1.1. Mobiliario 1.1.1. Al 1.1.11.NOM 005-SSA3-2010. A20. Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 22 de junio de 2011.	Mobiliario	Verificar: 1. Que cuente con el siguiente mobiliario: asiento para el médico, asiento para el paciente y acompañante, asiento para el médico en la exploración del paciente, banqueta de altura o similar, cubeta o bote para basura de tipo municipal y para R.P.B.I., guarda de medicamentos, materiales o instrumental, mesa universal para exploración, mesa de Mayo, Pasterur o similar, de altura ajustable, mueble para escribir, Sistema para guarda de expedientes clínicos.	1		Verificar: 1. Existencia de un Programa para la Gestión del Equipo y Tecnología Biomédica 2. Que el equipo médico se encuentre funcionando y en buenas condiciones.	1	Verificar: 1. Inventario del mobiliario. 2. Bitácora de mantenimiento preventivo-correctivo del mobiliario.	1	4.- Planeación 5.- Responsabilidad social 7.- Mejora de Procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.		
8	El numeral 6. Especificaciones, 6.1. Consulta General, 6.1.2. Consultorio de medicina general o familiar, Apéndice Normativo "A" 1. Equipamiento para el consultorio de medicina general o familiar, 1.1. Mobiliario 1.1.1. Al 1.1.11.NOM 005-SSA3-2010. Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 22 de junio de 2016.	Equipo Médico		1		Verificar: 1. Existencia de un Programa para la Gestión del Equipo y Tecnología Biomédica 2. Que el equipo médico se encuentre funcionando y en buenas condiciones.	1	Verificar: 1. Inventario del equipo médico. 2. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo del equipo médico 3. Informe de calibración de las básculas, termómetro digital y esfigmomanómetro, presentando los certificados vigentes de los instrumentos de prueba que a su vez deberán estar calibrados con trazabilidad a patrones nacionales. De conformidad con lo establecido por la Secretaría de Economía a través de la Dirección General de Normatividad así como por el Centro Nacional de Metrología.	1	4.- Planeación 5.- Responsabilidad social 7.- Mejora de Procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.		
9	Apéndice Normativo "A" 1.3.2, 1.3.3, 1.3.4, 1.3.5, 1.3.6, 1.3.7, 1.3.8, 1.3.9, 1.3.10, 1.3.11, 1.3.12 de la NOM-005-SSA3-2010.	Instrumental		1		Verificar: 1. Que el instrumental este en buenas condiciones. 2. Que el empaque del instrumental este rotulado con la fecha de esterilización 3. Que no esté oxidado y funcione. 4. Que sea suficiente de acuerdo a la productividad. 5. Que esté completo.	1	Verificar: 1. Resguardo del instrumental. 2. Bitácora de uso de los desinfectantes. 3. Verificar listado de contenido del empaque 4. Identificación del Reporte de mantenimiento preventivo y correctivo del instrumental.	1	4.- Planeación 5.- Responsabilidad social 7.- Mejora de Procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.		
Atención Médica													
10	NOM-004-SSA3-2012. Del Expediente Clínico. NOM-034-SSA2-2013 Para la prevención y control de los defectos al nacimiento.NOM-031-SSA2-1999 Para la atención a la salud del niño. Manual del paquete garantizado de servicios de promoción y prevención para una mejor salud. Guía técnica para la cartilla nacional de salud. Niños y niñas de 0 a 9 años .GPC-SSA-226-09-EyR Atención del recién nacido sano. GPC-SS-055-08-EyR Detección de hipoacusia en el recién nacido Control de salud de rutina del niño CIE-10 Z00.1. Pruebas neonatales CIE-9-MC 00.1. Reconocimiento médico general CIE-9-MC 89.7X. Intervención 16. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Acciones Preventivas para Recién Nacidos	Verificar existencia de Cartilla de salud para el grupo etáreo.	1		Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro en las notas médicas. 3. Reporte en el SINBA-SIS. 4. Aplicación de la guía para la Detección de hipoacusia en el recién nacido Control de salud de rutina del niño CIE-10 Z00.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Registro en SINBA-SIS.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos	1.4 Oferta de servicios.3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.		
11	NOM-031-SSA2-1999, NOM-004-SSA3-2012, Paquete Garantizado de Servicios de Promoción y Prevención para una Mejor Salud. CIE-10 Z00.1, 89.7X. CAUSES 2016 Intervención No. 17. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Acciones Preventivas Recién Nacido y menores de 5 años	Verificar existencia de Formatos del paquete garantizado de servicios de promoción y prevención para una mejor salud.	1		Verificar: 1. Existencia de la Guía de valoración rápida del Desarrollo, 2. Aplicación de la línea de vida en 100% de los recién nacidos y menores de 5 años que acuden a consulta en Expediente clínico.	1	Verificar: 1. Cruzar información con la hoja diaria de consulta y tarjeteros, 2. Tarjetas de control correspondientes, 3. Apego a la NOM-031-SSA2-1999. Para la atención a la salud del niño. Guías de práctica clínica de acuerdo al grupo etáreo. 4. Existencia de manual y formato para la Aplicación de la Evaluación de Desarrollo Infantil (EDI), 5. Registro en SINBA-SIS.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos	1.4 Oferta de servicios.3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.		
12	NOM-004-SSA3-2012, Paquete Garantizado de Servicios de Promoción y Prevención para una Mejor Salud. CIE-10 Z00.1, 201.0, 201.1, 201.2, 89.7X, 89.31, 95.42, 95.47. CAUSES 2016, Intervención No. 18. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Acciones Preventivas para Niña y Niños de 5 a 9 años	Verificar existencia de Cartilla de salud para el grupo etáreo.	1		Verificar: 1. Formatos del paquete Garantizado de Servicios de Promoción y Prevención para una Mejor Salud. 2. Medición de la agudeza visual.	1	Verificar: 1. Registros en el expediente clínico de la utilización de los programas preventivos en estos grupos. 2. Resultados de seguimiento y control e inclusión en diagnóstico integral. 3. Registro en SINBA-SIS.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos	1.4 Oferta de servicios.3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.		

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

JCSSA001401		HOSPITAL REGIONAL COCULA											
CONSULTA EXTERNA HMI													
Normatividad aplicable		Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Evidencia Observacional		Puntaje	Evidencia Documental		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
			Evidencia Observacional	El evaluador deberá:		Evidencia Observacional	El evaluador deberá:		Evidencia Documental	El evaluador deberá:		Criterios y Subcriterios	
13	NOM-004-SSA3-2012, Paquete Garantizado de Servicios de Promoción y Prevención para una Mejor Salud, CIE-10 Z00.0, Z01.0, Z01.1, Z01.2, Z01.3, Z01.4, Z12.3, Z12.4, Z13.1, Z30.0, Z71.7, 89.26, 89.31, 89.36, 89.7X, 95.09,95.47. CAUSES 2016, Intervención No. 21. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Acciones preventivas para mujeres de 20 a 59 años	Verificar existencia de Cartilla de salud para el grupo etáreo.	1	Verificar: 1. Aplicación de las acciones del paquete Garantizado de Servicios de Promoción y Prevención para una Mejor Salud. 2. Formatos de citologías, híbridos y exploración mamaria. 3. Cuestionario para la detección de diabetes, hipertensión, obesidad y sobrepeso. Cuestionarios Audit y Fagerstrom. 4. Entrega y/o actualización de Cartilla Nacional de Salud. 5. Referencias y contrarreferencias con nota en el Expediente clínico. 6. Registro y Reporte en el SINBA-SIS.	1	Verificar la existencia de registros en el expediente clínico de la utilización de los programas preventivos en estos grupos y Reporte en el SINBA-SIS.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos	1.4 Oferta de servicios.3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.			
14	NOM-004-SSA3-2012, Guía de Práctica Clínica, NOM-017-SSA2-2012, CIE-10 A 38 X. CAUSES 2016, Intervenciones No. 30. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento de escarlatina	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar : 1. Revisión del proceso de atención. 2. Aplicación de las GPC-IMSS-466-11-EyR y de la GPC-IMSS-588-12-EyR. 3. Proceso de control y seguimiento de actividades preventivas, diagnóstico, tratamiento y servicios de apoyo para escarlatina con registros en nota médica en el expediente clínico. 4. Reporte en el SINBA-SIS.	1	Verificar existencia de evidencia de: 1. Registro en Expediente clínico. 2. Inclusión en Diagnóstico Integral de Salud. 3. Reporte en el SUIVE. 4. Reporte en el SINBA-SIS.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos	1.4 Oferta de servicios.3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.			
15	NOM-004-SSA3-2012, Guía de Práctica Clínica, NOM-017-SSA2-2012, CIE-10 B05.9, B06.9, B26.9 CAUSES 2016, Intervenciones No. 31. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento de sarampión, rubéola, parotiditis.	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Revisión del Proceso de atención. 2. Aplicación de las GPC-IMSS-109-08-EyR, GPC-IMSS-138-08-EyR y GPC-IMSS-588-12-EyR. 3. Control y seguimiento de actividades preventivas, diagnóstico, tratamiento y servicios de apoyo para: sarampión, rubéola, parotiditis con Registros en nota médica en el Expediente clínico. 4. Reporte en el SINBA-SIS.	1	Verificar existencia de: 1. Registro en Expediente clínico. 2. Inclusión en Diagnóstico Integral de Salud. 3. Reporte en el SUIVE. 4. Reporte en el SINBA-SIS.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos	1.4 Oferta de servicios.3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.			
16	NOM-004-SSA3-2012, Guía de Práctica Clínica, NOM-017-SSA2-2012, CIE-10 B01.9. CAUSES 2016, Intervenciones No. 32. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento de varicela	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Revisión del Proceso de atención. 2. Aplicación de las GPC-IMSS-588-12-EyR y GPC-ISSSTE-129-08-EyR. 3. Control y seguimiento de actividades preventivas, diagnóstico, tratamiento y servicios de apoyo para: varicela con Registros en nota médica en el Expediente clínico. 4. Reporte en el SINBA-SIS.	1	Verificar existencia de: 1. Registro en Expediente clínico. 2. Inclusión en Diagnóstico Integral de Salud. 3. Reporte en el SUIVE. 4. Reporte en el SINBA-SIS.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos	1.4 Oferta de servicios.3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.			
17	NOM-004-SSA3-2012, NOM-017-SSA2-2012, NOM-031-SSA2-1999, Guía de Práctica Clínica, CIE-10 J02, J03, J06. CAUSES 2016, Intervención No. 33. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento de faringoamigdalitis aguda	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Revisión del Proceso de atención. 2. Aplicación de la GPC-IMSS-073-08-EyR. 3. Control y seguimiento de actividades preventivas, diagnóstico, tratamiento y servicios de apoyo para: faringoamigdalitis aguda con Registros en nota médica en el Expediente clínico. 4. Reporte en el SINBA-SIS.	1	Verificar: 1. Registro en Expediente clínico, 2. Inclusión en Diagnóstico Integral de Salud, 3. Reporte en el SUIVE. 4. Reporte en el SINBA-SIS.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos	1.4 Oferta de servicios.3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.			
18	NOM-004-SSA3-2012, NOM-017-SSA2-2012, NOM-031-SSA2-1999, Guía de Práctica Clínica. CIE-10 A37. CAUSES 2016, Intervenciones No.34. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento de tosferina	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Revisión del Proceso de atención, control y seguimiento de actividades preventivas, diagnóstico, tratamiento y servicios de apoyo para: tosferina con Registros en nota médica en el Expediente clínico. 2. Reporte en el SINBA-SIS.	1	Verificar: 1. Registro en Expediente clínico, 2. Inclusión en Diagnóstico Integral de Salud, 3. Reporte en el SUIVE. 4. Reporte en el SINBA-SIS.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos	1.4 Oferta de servicios.3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.			
19	NOM-004-SSA3-2012, NOM-017-SSA2-2012, NOM-031-SSA2-1999, Guía de Práctica Clínica. CIE-10 H65. CAUSES 2016, Intervención No.35. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento de otitis media no supurativa	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Revisión del Proceso de atención, control y seguimiento de actividades preventivas, diagnóstico, tratamiento y servicios de apoyo para: otitis media no supurativa con Registros en nota médica en el Expediente clínico. 2. Aplicación de la GPC-IMSS-496-11-EyR. 3. Reporte en el SINBA- Sistema de Información en Salud-SINBA.	1	Verificar: 1. Registro en Expediente clínico, 2. Inclusión en Diagnóstico Integral de Salud, 3. Reporte en el SUIVE. 4. Reporte en el SINBA-SIS.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos	1.4 Oferta de servicios.3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.			

CAUSES-2N-2018

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

JCSA001401		HOSPITAL REGIONAL COCULA														
CONSULTA EXTERNA HMI																
Normatividad aplicable		Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	e	Evidencia Observacional		Puntaje	e	Evidencia Documental		Puntaje	e	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
			Evidencia Observacional				Evidencia Documental				Criterios y Subcriterios					
			El evaluador deberá:				El evaluador deberá:				El evaluador deberá:					
26	NOM-004-SSA3-2012, Guía de Práctica Clínica. CIE-10 B 37.0. CAUSES 2016, Intervención No. 44. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento de candidiasis oral	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.		1		Verificar: 1. Revisión del Proceso de atención, control y seguimiento de actividades preventivas, diagnóstico, tratamiento y servicios de apoyo para: candidiasis oral con registros en nota médica en el Expediente clínico. 2. Aplicación de la GPC-IMSS-562-12-EyR. 3. Reporte en el SINBA-SIS.		1		Verificar existencia de: 1. Registro en Expediente clínico. 2. Inclusión en Diagnóstico Integral de Salud. 3. Reporte en el SUIVE. 4. Registro en SINBA-SIS.		1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos	1.4 Oferta de servicios.3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.	
27	NOM-039-SSA2-2002 Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual. NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica. NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. GPC-SS-729-14-EyR Prevención, diagnóstico, tratamiento y referencia de la gonorrea en el primer y segundo niveles de atención. Infección gonocócica CIE-10 A54. Intervención 45. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento de gonorrea	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.		1		Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro en las notas médicas. 3. Reporte en el SINBA-SIS. 4. Aplicación de la GPC-SS-729-14-EyR, prevención, diagnóstico, tratamiento y referencia de la gonorrea en el primer y segundo niveles de atención.		1		Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Registro en SINBA-SIS. 3. GPC-SS-729-14-EyR, prevención, diagnóstico, tratamiento y referencia de la gonorrea en el primer y segundo niveles de atención.		1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos	1.4 Oferta de servicios.3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.	
28	NOM-039-SSA2-2002 Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual. NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica. NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. GPC-IMSS-402-10-EyR Diagnóstico y tratamiento del tracoma. GPC-IMSS-094-08-EyR Enfermedades de transmisión sexual en el adolescente y adulto que producen úlceras genitales: herpes, sífilis, chancroide, linfogranuloma venéreo y granuloma inguinal. GPC-IMSS-072-08-EyR Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad inflamatoria pélvica en mujeres mayores de 14 años con vida sexual activa. Linfogranuloma (venéreo) por clamidias CIE-10 A55X. Otras enfermedades de transmisión sexual debidas a clamidias CIE-10 A56. Tracoma CIE-10 A71 Intervención 46. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento de infecciones de clamydias. (Incluye tracoma)	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.		1		Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro en las notas médicas. 3. Reporte en el SINBA-SIS. 4. Aplicación de la GPC-IMSS-402-10-EyR, diagnóstico y tratamiento del tracoma. GPC-IMSS-094-08-EyR, enfermedades de transmisión sexual en el adolescente y adulto que producen úlceras genitales: herpes, sífilis, chancroide, linfogranuloma venéreo y granuloma inguinal. GPC-IMSS-072-08-EyR, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad inflamatoria pélvica en mujeres mayores de 14 años con vida sexual activa.		1		Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Registro en SINBA-SIS. 3. GPC-IMSS-402-10-EyR, diagnóstico y tratamiento del tracoma. GPC-IMSS-094-08-EyR, enfermedades de transmisión sexual en el adolescente y adulto que producen úlceras genitales: herpes, sífilis, chancroide, linfogranuloma venéreo y granuloma inguinal. GPC-IMSS-072-08-EyR, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad inflamatoria pélvica en mujeres mayores de 14 años con vida sexual activa.		1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos	1.4 Oferta de servicios.3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.	
29	NOM-039-SSA2-2002 Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual. NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica. NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. GPC-IMSS-081-08-EyR Diagnóstico y tratamiento de vaginitis infecciosa en mujeres en edad reproductiva, en un primer nivel de atención. Tricomoniasis CIE-10 A59. Intervención 47. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento de tricomoniasis	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.		1		Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro en las notas médicas. 3. Reporte en el SINBA-SIS. 4. Aplicación de la GPC-IMSS-081-08-EyR, diagnóstico y tratamiento de vaginitis infecciosa en mujeres en edad reproductiva, en un primer nivel de atención.		1		Verificar: 1. Expediente clínico de la utilización de los programas preventivos en estos grupos. 2. Registro en SINBA-SIS. 3. GPC-IMSS-081-08-EyR, diagnóstico y tratamiento de vaginitis infecciosa en mujeres en edad reproductiva, en un primer nivel de atención.		1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos	1.4 Oferta de servicios.3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.	
30	NOM-039-SSA2-2002 Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual. NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica. NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. GPC-IMSS-094-08-EyR Enfermedades de transmisión sexual en el adolescente y adulto que producen úlceras genitales: herpes, sífilis, chancroide, linfogranuloma venéreo y granuloma inguinal. Sífilis precoz CIE-10 A51. Sífilis tardía CIE-10 A52. Otras sífilis y las no especificadas CIE-10 A53. Intervención 48. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento de sífilis precoz y tardía	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.		1		Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro en las notas médicas. 3. Reporte en el SINBA-SIS. 4. Aplicación de la GPC-IMSS-094-08-EyR, enfermedades de transmisión sexual en el adolescente y adulto que producen úlceras genitales: herpes, sífilis, chancroide, linfogranuloma venéreo y granuloma inguinal.		1		Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Registro en SINBA-SIS. 3. GPC-IMSS-094-08-EyR, enfermedades de transmisión sexual en el adolescente y adulto que producen úlceras genitales: herpes, sífilis, chancroide, linfogranuloma venéreo y granuloma inguinal.		1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos	1.4 Oferta de servicios.3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.	



CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN									
JCSSA001401 HOSPITAL REGIONAL COCULA									
CONSULTA EXTERNA HMI									
Normatividad aplicable	Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	e	Evidencia Observacional		Puntaje	e
		Evidencia Observacional				Evidencia Documental			
		El evaluador deberá:				El evaluador deberá:			
MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD									
Criterios y Subcriterios									
31	NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica. NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. GPC-SS-027-08-EyR Prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección de vías urinarias no complicada en menores de 18 años en el primero y segundo nivel de atención. GPC-IMSS-077-08-EyR Diagnóstico y tratamiento de la infección aguda, no complicada del tracto urinario en la mujer. Cistitis CIE-10 N30. Infección de las vías genitourinarias en el embarazo CIE-10 O23. Intervención 49. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento de cistitis	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro en las notas médicas. 3. Reporte en el SINBA-SIS. 4. Aplicación de la GPC-SS-027-08-EyR, prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección de vías urinarias no complicada en menores de 18 años en el primero y segundo nivel de atención. GPC-IMSS-077-08-EyR, diagnóstico y tratamiento de la infección aguda, no complicada del tracto urinario en la mujer.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Registro en SINBA-SIS. 3. GPC-SS-027-08-EyR, prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección de vías urinarias no complicada en menores de 18 años en el primero y segundo nivel de atención. GPC-IMSS-077-08-EyR, diagnóstico y tratamiento de la infección aguda, no complicada del tracto urinario en la mujer.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos 1.4 Oferta de servicios.3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.
32	NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica. NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. GPC-IMSS-081-08-EyR Diagnóstico y tratamiento de vaginitis infecciosa en mujeres en edad reproductiva, en un primer nivel de atención. Candidiasis de la vulva y de la vagina CIE-10 B37.3 Vaginitis aguda. CIE-10 N76.0. Intervención 50. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento de vaginitis aguda	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro en las notas médicas. 3. Reporte en el SINBA-SIS. 4. Aplicación de la GPC-IMSS-081-08-EyR, diagnóstico y tratamiento de vaginitis infecciosa en mujeres en edad reproductiva, en un primer nivel de atención.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Registro en SINBA-SIS. 3. GPC-IMSS-081-08-EyR, diagnóstico y tratamiento de vaginitis infecciosa en mujeres en edad reproductiva, en un primer nivel de atención.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos 1.4 Oferta de servicios.3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.
33	NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica. NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. GPC-IMSS-609-13-EyR Diagnóstico y tratamiento de candidiasis vulvovaginal en mujeres. Candidiasis de la vulva y de la vagina CIE-10 B37.3 Vulvitis aguda CIE-10 N76.2. Intervención 51. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento de vulvitis aguda	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Que el personal se encuentre en su área de trabajo en el turno correspondiente, portando uniforme y gafete, desarrollando las actividades correspondientes a su formación y perfil. 2. Que corresponda el registro de entrada y salida con el horario en Plantilla de personal. 3. Cumplir con las capacitaciones de los Programas establecidos y las específicas de acuerdo a su competencia	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Registro en SINBA-SIS. 3. GPC-IMSS-609-13-EyR, diagnóstico y tratamiento de candidiasis vulvovaginal en mujeres.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos 1.4 Oferta de servicios.3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.
34	NOM-039-SSA2-2002 Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual. NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica. NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. GPC-IMSS-094-08-EyR Enfermedades de transmisión sexual en el adolescente y adulto que producen úlceras genitales: herpes, sífilis, chancroide, linfogranuloma venéreo y granuloma inguinal. Chancro blando CIE-10 A57X. Intervención 52. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento de chancro blando	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro en las notas médicas. 3. Reporte en el SINBA-SIS. 4. Aplicación de la GPC-IMSS-094-08-EyR, enfermedades de transmisión sexual en el adolescente y adulto que producen úlceras genitales: herpes, sífilis, chancroide, linfogranuloma venéreo y granuloma inguinal.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Registro en SINBA-SIS. 3. GPC-IMSS-094-08-EyR, enfermedades de transmisión sexual en el adolescente y adulto que producen úlceras genitales: herpes, sífilis, chancroide, linfogranuloma venéreo y granuloma inguinal.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos 1.4 Oferta de servicios.3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.
35	NOM-039-SSA2-2002 Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual. NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica. NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. GPC-IMSS-094-08-EyR Enfermedades de transmisión sexual en el adolescente y adulto que producen úlceras genitales: herpes, sífilis, chancroide, linfogranuloma venéreo y granuloma inguinal. Infección genital debida al virus del herpes (herpes simple) CIE-10 A60. Intervención 53. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento de herpes genital	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro en las notas médicas. 3. Reporte en el SINBA-SIS. 4. Aplicación de la GPC-IMSS-094-08-EyR, enfermedades de transmisión sexual en el adolescente y adulto que producen úlceras genitales: herpes, sífilis, chancroide, linfogranuloma venéreo y granuloma inguinal.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Registro en SINBA-SIS. 3. GPC-IMSS-094-08-EyR, enfermedades de transmisión sexual en el adolescente y adulto que producen úlceras genitales: herpes, sífilis, chancroide, linfogranuloma venéreo y granuloma inguinal.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos 1.4 Oferta de servicios.3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.



CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN CAUSES-2N-2018

JCSSA001401 HOSPITAL REGIONAL COCULA CONSULTA EXTERNA HMI

CONSULTA EXTERNA HMI																		
Normatividad aplicable	Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA			Puntaje	e	Evidencia Observacional			Puntaje	e	Evidencia Documental			Puntaje	e	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional					Evidencia Documental					Criterios y Subcriterios						
		El evaluador deberá:					El evaluador deberá:					El evaluador deberá:		Criterios y Subcriterios				
36	NOM-004-SSA3-2012, Guía de Práctica Clínica. NOM-017-SSA2-2012, NOM-027-SSA2-2007, NOM-032-SSA2-2010, Guía de Práctica Clínica. CIE L23. CAUSES 2016. Intervenciones No. 73. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento de dermatitis alérgica y de contacto	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	1	Verificar: 1. Proceso de atención, control y seguimiento de actividades preventivas, diagnóstico, tratamiento y servicios de apoyo para: dermatitis alérgica y de contacto con registros en nota médica en el expediente clínico. 2. Aplicación de la GPC-IMSS-560-12-EyR. 3. Reporte en el Sistema de Información en Salud -SINBA.	1	1	Verificar existencia de: 1. Registro en Expediente clínico. 2. Inclusión en Diagnóstico Integral de Salud. 3. Reporte en el SUIVE. 4.Registro en SINBA-SIS.	1	1	Verificar existencia de: 1. Registro en Expediente clínico. 2. Inclusión en Diagnóstico Integral de Salud. 3. Reporte en el SUIVE. 4.Registro en SINBA-SIS.	1	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos	1.4 Oferta de servicios.3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.		
37	NOM-004-SSA3-2012, Guía de Práctica Clínica. NOM-017-SSA2-2012, NOM-027-SSA2-2007, NOM-032-SSA2-2010, Guía de Práctica Clínica. CIE-L20. CAUSES 2016, Intervenciones No. 74. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento de dermatitis atópica	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	1	Verificar: 1. Proceso de atención, control y seguimiento de actividades preventivas, diagnóstico, tratamiento y servicios de apoyo para: dermatitis atópica con Registros en nota médica en el Expediente clínico. 2. Aplicación de la GPC-IMSS-033-08-EyR. 3. Reporte en el SINBA-SIS .	1	1	Verificar existencia de: 1. Registro en Expediente clínico. 2. Inclusión en Diagnóstico Integral de Salud. 3. Reporte en el SUIVE. 4.Registro en SINBA-SIS.	1	1	Verificar existencia de: 1. Registro en Expediente clínico. 2. Inclusión en Diagnóstico Integral de Salud. 3. Reporte en el SUIVE. 4.Registro en SINBA-SIS.	1	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos	1.4 Oferta de servicios.3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.		
38	NOM-004-SSA3-2012, Guía de Práctica Clínica. NOM-017-SSA2-2012, NOM-027-SSA2-2007, NOM-032-SSA2-2010, Guía de Práctica Clínica. CIE-10 L24. CAUSES 2016, Intervenciones No. 75. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento de dermatitis de contacto por irritantes	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	1	Verificar : 1. Proceso de atención, control y seguimiento de actividades preventivas, diagnóstico, tratamiento y servicios de apoyo para: dermatitis de contacto por irritantes con Registros en nota médica en el expediente clínico. 2. Aplicación de la GPC-IMSS-560-12-EyR. 3. Reporte en el SINBA-SIS.	1	1	Verificar existencia de: 1. Registro en Expediente clínico. 2. Inclusión en Diagnóstico Integral de Salud. 3. Reporte en el SUIVE. 4.Registro en SINBA-SIS.	1	1	Verificar existencia de: 1. Registro en Expediente clínico. 2. Inclusión en Diagnóstico Integral de Salud. 3. Reporte en el SUIVE. 4.Registro en SINBA-SIS.	1	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos	1.4 Oferta de servicios.3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.		
39	NOM-004-SSA3-2012, Guía de Práctica Clínica. NOM-017-SSA2-2012, NOM-027-SSA2-2007, NOM-032-SSA2-2010, CIE-10 L22X. CAUSES 2016, Intervenciones No. 76. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento de dermatitis del pañal	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	1	Verificar : 1. Proceso de atención, control y seguimiento de actividades preventivas, diagnóstico, tratamiento y servicios de apoyo para: dermatitis del pañal con Registros en nota médica en el expediente clínico.2. Reporte en el SINBA-SIS.	1	1	Verificar existencia de: 1. Registro en Expediente clínico. 2. Inclusión en Diagnóstico Integral de Salud. 3. Reporte en el SUIVE. 4.Registro en SINBA-SIS.	1	1	Verificar existencia de: 1. Registro en Expediente clínico. 2. Inclusión en Diagnóstico Integral de Salud. 3. Reporte en el SUIVE. 4.Registro en SINBA-SIS.	1	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos	1.4 Oferta de servicios.3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.		
40	NOM-004-SSA3-2012, Guía de Práctica Clínica. NOM-017-SSA2-2012, NOM-027-SSA2-2007, NOM-032-SSA2-2010, Guía de Práctica Clínica. CIE- L26 X. CAUSES 2016, Intervenciones No. 77. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento de dermatitis exfoliativa	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	1	Verificar : 1. Proceso de atención, control y seguimiento de actividades preventivas, diagnóstico, tratamiento y servicios de apoyo para: dermatitis exfoliativa con Registros en nota médica en el expediente clínico. 2. Reporte en el SINBA-SIS.	1	1	Verificar existencia de: 1. Registro en Expediente clínico. 2. Inclusión en Diagnóstico Integral de Salud. 3. Reporte en el SUIVE. 4.Registro en SINBA-SIS.	1	1	Verificar existencia de: 1. Registro en Expediente clínico. 2. Inclusión en Diagnóstico Integral de Salud. 3. Reporte en el SUIVE. 4.Registro en SINBA-SIS.	1	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos	1.4 Oferta de servicios.3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.		

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN															
JCSSA001401 HOSPITAL REGIONAL COCULA															
CONSULTA EXTERNA HMI															
Normatividad aplicable	Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	e	Evidencia Observacional		Puntaje	e	Evidencia Documental		Puntaje	e	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional				Evidencia Documental				Criterios y Subcriterios					
		El evaluador deberá:				El evaluador deberá:				El evaluador deberá:					
41	NOM-004-SSA3-2012, Guía de Práctica Clínica. NOM-017-SSA2-2012, NOM-027-SSA2-2007, NOM-032-SSA2-2010, Guía de Práctica Clínica. CIE-L21. CAUSES 2016, Intervenciones No. 78. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento de dermatitis seborreica	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar : 1. Proceso de atención, control y seguimiento de actividades preventivas, diagnóstico, tratamiento y servicios de apoyo para: dermatitis seborreica con Registros en nota médica en el expediente clínico. 2. Aplicación de las GPC-SSA-159-09-EyR, GPC-SSA-205-09-EyR. 3. Reporte en el SINBA-SIS.	1	Verificar existencia de: 1. Registro en Expediente clínico. 2. Inclusión en Diagnóstico Integral de Salud. 3. Reporte en el SUIVE. 4.Registro en SINBA-SIS.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos 1.4 Oferta de servicios.3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.						
42	NOM-015-SSA2-2010 Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus. NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. Diabetes mellitus no insulínodpendiente, sin mención de complicación CIE-10 E11.9. Anormalidades en la prueba de tolerancia a la glucosa CIE-10 R73.0. Intervención 84. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento de prediabetes y diabetes mellitus tipo 2	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro en las notas médicas. 3. Reporte en el SINBA-SIS.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Registro en SINBA-SIS. 3. Protocolos de atención médica propios y árbol de toma de decisiones.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos 1.4 Oferta de servicios.3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.						
43	NOM-030-SSA2-2009 Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica. NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica. NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. GPC-IMSS-739-15-EyR Intervenciones de enfermería para la atención integral del adulto con hipertensión arterial. GPC-IMSS-238-09-EyR Diagnóstico y manejo de la hipertensión arterial en el adulto mayor y situaciones especiales. Hipertensión esencial (primaria) CIE-10 I10X. Intervención 85. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento de hipertensión arterial	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro en las notas médicas. 3. Reporte en el SINBA-SIS. 4. Aplicación de la GPC-IMSS-739-15-EyR, intervenciones de enfermería para la atención integral del adulto con hipertensión arterial. GPC-IMSS-238-09-EyR. Diagnóstico y manejo de la hipertensión arterial en el adulto mayor y situaciones especiales.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Registro en SINBA-SIS. 3. GPC-IMSS-739-15-EyR, intervenciones de enfermería para la atención integral del adulto con hipertensión arterial. GPC-IMSS-238-09-EyR, diagnóstico y manejo de la hipertensión arterial en el adulto mayor y situaciones especiales.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos 1.4 Oferta de servicios.3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.						
44	NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. Lumbago con ciática CIE-10 M54.4 Lumbago no especificado CIE-10 M54.5. Intervención 87. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento de lumbalgia	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro en las notas médicas. 3. Reporte en el SINBA-SIS.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Registro en SINBA-SIS. 3. Protocolos de atención médica propios y árbol de toma de decisiones.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos 1.4 Oferta de servicios.3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.						
45	NOM-005-SSA2-1993 De los servicios de planificación familiar. NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. GPC-SS-756-15-EyR Intervenciones de enfermería para la promoción de la planificación familiar en hombres y mujeres en edad fértil de 12 a 49 años en los tres niveles de atención. GPC-SS-202-09-EyR Consulta y asesoría médica para el uso de los anticonceptivos hormonales. Consejo y asesoramiento general sobre la anticoncepción CIE-10 Z30.0. Supervisión del uso de drogas anticonceptivas CIE-10 Z30.4. Intervención 90. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Método de planificación familiar temporal con anticonceptivos hormonales	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro en las notas médicas. 3. Reporte en el SINBA-SIS. 4. Aplicación de la GPC-SS-756-15-EyR, intervenciones de enfermería para la promoción de la planificación familiar en hombres y mujeres en edad fértil de 12 a 49 años en los tres niveles de atención. GPC-SS-202-09-EyR, consulta y asesoría médica para el uso de los anticonceptivos hormonales.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Registro en SINBA-SIS. 3. GPC-SS-756-15-EyR, intervenciones de enfermería para la promoción de la planificación familiar en hombres y mujeres en edad fértil de 12 a 49 años en los tres niveles de atención. GPC-SS-202-09-EyR, consulta y asesoría médica para el uso de los anticonceptivos hormonales.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos 1.4 Oferta de servicios.3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.						

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN									
JCSSA001401 HOSPITAL REGIONAL COCULA									
CONSULTA EXTERNA HMI									
Normatividad aplicable		Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA	Puntuación	Evidencia Observacional	Puntuación	Evidencia Documental	Puntuación	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD
			Evidencia Observacional		Evidencia Observacional		Evidencia Documental		Criterios y Subcriterios
			El evaluador deberá:		El evaluador deberá:		El evaluador deberá:		
46	NOM-005-SSA2-1993 De los servicios de planificación familiar. NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente Clínico. Consejo y asesoramiento general sobre la anticoncepción CIE-10 Z30.0- Intervención 91. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Consejo y asesoramiento general sobre anticoncepción mediante el uso del condón	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro en las notas médicas. 3. Reporte en el SINBA-SIS.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Registro en SINBA-SIS.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población. 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos 1.4 Oferta de servicios.3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.
47	NOM-005-SSA2-1993 De los servicios de planificación familiar. NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico GPC-SS-756-15-EyR Intervenciones de enfermería para la promoción de la planificación familiar en hombres y mujeres en edad fértil de 12 a 49 años en los tres niveles de atención. Consejo y asesoramiento general sobre la anticoncepción CIE-10 Z30.0. Inserción de dispositivo anticonceptivo (intrauterino) CIE-10 Z30.1. Supervisión del uso de dispositivo anticonceptivo (intrauterino) CIE-10 Z30.5. Inserción de dispositivo anticonceptivo intrauterino CIE-9-MC 69.7X. Extracción de dispositivo anticonceptivo intrauterino CIE-9-MC 97.71. Intervención 92. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Método de planificación familiar temporal con dispositivo intrauterino	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro en las notas médicas. 3. Reporte en el SINBA-SIS. 4. Aplicación de laGPC-SS-756-15-EyR, intervenciones de enfermería para la promoción de la planificación familiar mujeres en edad fértil de 12 a 49 años en los tres niveles de atención.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Registro en SINBA-SIS. 3. GPC-SS-756-15-EyR, intervenciones de enfermería para la promoción de la planificación familiar en hombres y mujeres en edad fértil de 12 a 49 años en los tres niveles de atención.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población. 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos 1.4 Oferta de servicios.3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.
48	NOM-007-SSA2-2016 Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico GPC-IMSS-580-12-EyR Vacunación en la embarazada GPC-IMSS-028-08-EyR Control prenatal con enfoque de riesgo. Examen y prueba del embarazo CIE-10 Z32. Supervisión de embarazo normal CIE-10 Z34. Supervisión de embarazo de alto riesgo CIE-10 Z35. Intervención 93. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Atención prenatal en el embarazo	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro en las notas médicas. 3. Reporte en el SINBA-SIS. 4. Aplicación de laGPC-IMSS-580-12-EyR, vacunación en la embarazada. GPC-IMSS-028-08-EyR Control prenatal con enfoque de riesgo.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Registro en SINBA-SIS. 3. GPC-IMSS-580-12-EyR, vacunación en la embarazada GPC-IMSS-028-08-EyR, control prenatal con enfoque de riesgo.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población. 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos 1.4 Oferta de servicios.3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.
49	NOM-004-SSA3-2012. Del Expediente clínico. GPC IMSS 13 09 Diagnóstico y manejo de la dismenorrea. Dismenorrea primaria CIE-10 N94.4. Intervención CAUSES 96. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento de dismenorrea primaria	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro en las notas médicas. 3. Reporte en el SINBA-SIS. 4. Aplicación de la GPC IMSS 13 09, diagnóstico y manejo de la dismenorrea.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Registro en SINBA-SIS. 3. GPC IMSS 13 09, diagnóstico y manejo de la dismenorrea.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población. 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos 1.4 Oferta de servicios.3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.
50	NOM-004-SSA3-2012. Expediente Clínico. GPC S 019 08 Diagnóstico y tratamiento de la perimenopausia y postmenopausia. Estados menopáusicos y climatericos femeninos CIE-10 N95.1 Estados asociados con menopausia CIE-10 N95.3. Intervención CAUSES 97. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento del climaterio y menopausia	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro en las notas médicas. 3. Reporte en el SINBA-SIS. 4. Aplicación de la GPC S 019 08 diagnóstico y tratamiento de la perimenopausia y postmenopausia.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Registro en SINBA-SIS. 3. GPC S 019 08, diagnóstico y tratamiento de la perimenopausia y postmenopausia .	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población. 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos 1.4 Oferta de servicios.3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN												
JCSSA001401 HOSPITAL REGIONAL COCULA												
CONSULTA EXTERNA HMI												
Normatividad aplicable	Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Evidencia Observacional		Puntaje	Evidencia Documental		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional			Evidencia Documental			Criterios y Subcriterios				
		El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:				
51	NOM-004-SSA3-2012. Expediente Clínico. GPC IMSS 240 09 Diagnóstico y manejo de la patología mamaria benigna. Tumor benigno de mama CIE-10 D24X. Displasia mamaria benigna CIE-10 N60. Trastornos inflamatorios de la mama CIE-10 N61X. Hipertrofia de la mama CIE-10 N62X. Masa no especificada en la mama CIE-10 N63X Otros trastornos de la mama CIE-10 N64. Intervención CAUSES 98. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento de trastornos benignos de la mama	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro en las notas médicas. 3. Reporte en el SINBA-SIS. 4. Aplicación de la GPC IMSS 240 09 diagnóstico y manejo de la patología mamaria benigna..	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Registro en SINBA-SIS. 3. GPC IMSS 240 09, diagnóstico y manejo de la patología mamaria benigna.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos	1.4 Oferta de servicios.3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.		
52	NOM-004-SSA3-2012. Expediente Clínico. GPC SS 223 09 Diagnóstico y tratamiento de la hiperplasia endometrial en mujeres postmenopáusicas en el segundo nivel de atención. Hiperplasia de glándula del endometrio CIE-10 N85.0. Hiperplasia adenomatosa del endometrio CIE-10 N85.1. Intervención CAUSES 99. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento de hiperplasia endometrial	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro en las notas médicas. 3. Reporte en el SINBA-SIS. 4. Aplicación de la GPC SS 223 09, diagnóstico y tratamiento de la hiperplasia endometrial en mujeres postmenopáusicas en el segundo nivel de atención.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Registro en SINBA-SIS. 3. GPC SS 223 09, diagnóstico y tratamiento endometrial en mujeres postmenopáusicas en el segundo y tercer nivel de atención.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos	1.4 Oferta de servicios.3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.		
53	NOM-004-SSA3-2012. Expediente Clínico. GPC IMSS 609 13 Diagnóstico y tratamiento de candidiasis vulvovaginal en mujeres. GPC IMSS 081 08 Prevención diagnóstico y tratamiento de vaginitis infecciosa. Vaginitis subaguda y crónica CIE-10 N76.1, Intervención CAUSES 100. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento de vaginitis subaguda y crónica	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro en las notas médicas. 3. Reporte en el SINBA-SIS. 4. Aplicación de la GPC IMSS 609 13, diagnóstico y tratamiento de candidiasis vulvovaginal en mujeres. GPC IMSS 081 08, prevención diagnóstico y tratamiento de vaginitis infecciosa.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Registro en SINBA-SIS. 3. GPC IMSS 609 13, diagnóstico y tratamiento de candidiasis vulvovaginal en mujeres. GPC IMSS 081 08, prevención diagnóstico y tratamiento de vaginitis infecciosa.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos	1.4 Oferta de servicios.3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.		
54	NOM-004-SSA3-2012. Expediente Clínico. GPC SS 207 09 Diagnóstico y tratamiento de endometriosis. Endometriosis CIE-10 N80. Intervención CAUSES 101. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento de endometriosis	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro en las notas médicas. 3. Reporte en el SINBA-SIS. 4. Aplicación de la GPC SS 207 09, diagnóstico y tratamiento de endometriosis.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Registro en SINBA-SIS. 3. GPC SS 207 09, diagnóstico y tratamiento de endometriosis.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos	1.4 Oferta de servicios.3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.		
55	NOM-004-SSA3-2012. Expediente Clínico. NOM-039-SSA2-2002 Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual. GPC IMSS 077 06 Diagnóstico y tratamiento de la infección aguda, no complicada del tracto urinario en la mujer. GPC IMSS 078 08 Diagnóstico y tratamiento de la infección del tracto urinario bajo durante el embarazo, en un primer nivel de atención, GPC SS 027 08 Prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección de vías urinarias no complicada en menores de 18 años en el primero y segundo nivel de atención. Uretritis y síndrome uretral CIE-10 N34. Intervención CAUSES 102. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento de uretritis y síndrome uretral	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro en las notas médicas. 3. Reporte en el SINBA-SIS. 4. Aplicación de la GPC IMSS 077 06, diagnóstico y tratamiento de la infección aguda, no complicada del tracto urinario en la mujer. GPC IMSS 078 08, Diagnóstico y tratamiento de la infección del tracto urinario bajo durante el embarazo, en un primer nivel de atención, GPC SS 027 08, prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección de vías urinarias no complicada en menores de 18 años en el primero y segundo nivel de atención.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SUIVE. 3. Registro en SINBA-SIS. 4. GPC IMSS 077 06, diagnóstico y tratamiento de la infección aguda, no complicada del tracto urinario en la mujer. GPC IMSS 078 08, diagnóstico y tratamiento de la infección del tracto urinario bajo durante el embarazo, en un primer nivel de atención, GPC SS 027 08, prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección de vías urinarias no complicada en menores de 18 años en el primero y segundo nivel de atención.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos	1.4 Oferta de servicios.3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.		

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN									
JCSSA01401 HOSPITAL REGIONAL COCULA									
CONSULTA EXTERNA HMI									
Normatividad aplicable		Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA	Puntaje	Evidencia Observacional	Puntaje	Evidencia Documental	Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD
			Evidencia Observacional		Evidencia Observacional		Evidencia Documental		
			El evaluador deberá:		El evaluador deberá:		El evaluador deberá:		Criterios y Subcriterios
56	NOM-004-SSA3-2012. Expediente Clínico. NOM-014-SSA2-1994. NOM-017-SSA2-2012. Para la vigilancia epidemiológica. MODIFICACION a la Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino. GPC IMSS 333 09 Diagnóstico y tratamiento del cáncer cérvico uterino en segundo y tercer nivel de atención. Displasia cervical leve CIE-10 N87.0. Displasia cervical moderada CIE-10 N87.1. Procedimientos diagnósticos sobre el cuello uterino CIE-9-MC 67.1. Conización CIE-9-MC 67.2X. Destrucción de lesión del cuello uterino por cauterización CIE-9-MC 67.32. Destrucción de lesión del cuello uterino por criocirugía CIE-9-MC 67.33. Otra excisión o destrucción de lesión o tejido del cuello uterino CIE-9-MC 67.39. Intervención 103. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento de lesiones escamosas intraepiteliales de grados bajo y moderado	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro en las notas médicas. 3. Reporte en el SINBA-SIS. 4. Aplicación de la GPC IMSS 333 09, diagnóstico y tratamiento del cáncer cérvico uterino en segundo y tercer nivel de atención.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SUIVE. 3. Registro en SINBA-SIS. 4. Sistema de información en enfermedades crónicas y/o tarjetero de enfermedades crónicas. 4. GPC IMSS 333 09, diagnóstico y tratamiento del cáncer cérvico uterino en segundo y tercer nivel de atención.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos 1.4 Oferta de servicios.3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.
57	NOM-004-SSA3-2012. Expediente Clínico. NOM-014-SSA2-1994. NOM-017-SSA2-2012. Para la vigilancia epidemiológica. MODIFICACION a la Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino. GPC IMSS 333 09 Diagnóstico y tratamiento del cáncer cérvico uterino en segundo y tercer nivel de atención. Displasia cervical severa, clasificada en otra parte CIE-10 N87.2. Procedimientos diagnósticos sobre el cuello uterino CIE-9-MC 67.1. Conización CIE-9-MC 67.2X. Destrucción de lesión del cuello uterino por cauterización CIE-9-MC 67.32. Destrucción de lesión del cuello uterino por criocirugía CIE-9-MC 67.33. Otra excisión o destrucción de lesión o tejido del cuello uterino CIE-9-MC 67.39. Intervención 104 CAUSES. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento de lesiones escamosas intraepiteliales de alto grado	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro en las notas médicas. 3. Reporte en el SINBA-SIS. 4. Aplicación de la GPC IMSS 333 09 diagnóstico y tratamiento del cáncer cérvico uterino en segundo y tercer nivel de atención.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SUIVE. 3. Registro en SINBA-SIS. 4. Sistema de información en displasias. 5. Documental o electrónica de GPC IMSS 333 09, diagnóstico y tratamiento del cáncer cérvico uterino en segundo y tercer nivel de atención.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos 1.4 Oferta de servicios.3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.
58	NOM-004-SSA3-2012. Expediente Clínico. NOM-031-SSA2-1999 Para la atención a la salud del niño. NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica. GPC-IMSS-029-08 Control y seguimiento de la salud en la niña y el niño menor de 5 años en el primer nivel de atención. Desnutrición proteocalórica severa, no especificada CIE-10 E43X. Desnutrición proteocalórica de grado moderado y leve CIE-10 E44. Desnutrición proteocalórica, no especificada CIE-10 E46X. Intervención 105 CAUSES. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento de desnutrición leve, moderada y severa	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro en las notas médicas. 3. Reporte en el SINBA-SIS. 4. Aplicación de la GPC-IMSS-029-08, control y seguimiento de la salud en la niña y el niño menor de 5 años en el primer nivel de atención.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SUIVE. 3. Registro en SINBA-SIS. 4. Sistema de información en control de niño y control de curvas de peso y talla. 5. GPC-IMSS-029-08, control y seguimiento de la salud en la niña y el niño menor de 5 años en el primer nivel de atención.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos 1.4 Oferta de servicios.3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.
59	NOM-004-SSA3-2012. Expediente Clínico. NOM-031-SSA2-1999 Para la atención a la salud del niño. NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica. GPC SSA 119 08 Diagnóstico y tratamiento de la desnutrición en menores de 5 años. GPC-IMSS-029-08 Control y seguimiento de la salud en la niña y el niño menor de 5 años en el primer nivel de atención. Kwashiorkor CIE-10 E40X. Kwashiorkor marasmático CIE-10 E42X. Intervención 106 CAUSES. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento de desnutrición severa tipo Kwashiorkor	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro en las notas médicas. 3. Reporte en el SINBA-SIS. 4. Aplicación de la GPC SSA 119 08, diagnóstico y tratamiento de la desnutrición en menores de 5 años. GPC-IMSS-029-08, control y seguimiento de la salud en la niña y el niño menor de 5 años en el primer nivel de atención.	1	Verificar: 1. Registros en el Expediente clínico de la utilización de los programas preventivos en estos grupos. 2. Reporte en el SUIVE. 3. Registro en Expediente clínico y Reporte (físico o electrónico) del SINBA-SIS y cotejar congruencia de datos con Sistema de información en control de niño y control de curvas de peso y talla. 4. Documental o electrónica de GPC SSA 119 08, diagnóstico y tratamiento de la desnutrición en menores de 5 años. GPC-IMSS-029-08, control y seguimiento de la salud en la niña y el niño menor de 5 años en el primer nivel de atención.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos 1.4 Oferta de servicios.3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN																
JCSSA001401 HOSPITAL REGIONAL COCULA																
CONSULTA EXTERNA HMI																
Normatividad aplicable		Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	e	Evidencia Observacional		Puntaje	e	Evidencia Documental		Puntaje	e	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
			Evidencia Observacional				Evidencia Documental				Criterios y Subcriterios					
			El evaluador deberá:				El evaluador deberá:				El evaluador deberá:					
60	NOM-004-SSA3-2012. Expediente Clínico. NOM-031-SSA2-1999 Para la atención a la salud del niño. Marasmo nutricional CIE-10 E41X. Intervención 107 CAUSES. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento de desnutrición severa tipo marasmo	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro en las notas médicas. 3. Reporte en el SINBA-SIS.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Registro en SINBA-SIS. 3. Sistema de información en control de niño y control de curvas de peso y talla. 4. Protocolos de atención médica propios y árbol de toma de decisiones.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 2.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos	1.4 Oferta de servicios.3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.						
61	NOM-004-SSA3-2012. Expediente Clínico. Retardo del desarrollo debido a desnutrición proteicoenergética CIE-10 E45X. Secuelas de la desnutrición y otras deficiencias nutricionales CIE-10 E64. Intervención 108 CAUSES. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento de secuelas de desnutrición	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro en las notas médicas. 3. Reporte en el SINBA-SIS.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Registro en SINBA-SIS. 3. Sistema de información en control de niño y control de curvas de peso y talla. 4. Protocolos de atención médica propios y árbol de toma de decisiones.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 2.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos	1.4 Oferta de servicios.3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.						
62	NOM-004-SSA3-2012. Expediente Clínico. NOM-031-SSA2-1999. Para la atención de la salud del niño. NOM-017-SSA2-2012. Para la vigilancia epidemiológica. NOM-008-SSA3-2010 Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad. GPC-IMSS-046-08 Prevención, diagnóstico y tratamiento del sobrepeso y la obesidad exógena. Obesidad debida a exceso de calorías CIE-10 E66.0. Intervención 109 CAUSES. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento médico del sobrepeso y obesidad exógena	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro en las notas médicas. 3. Reporte en el SINBA-SIS. 4. Aplicación de la GPC-IMSS-046-08, prevención, diagnóstico y tratamiento del sobrepeso y la obesidad exógena.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SUIVE. 3. Registro en SINBA-SIS. 4. Sistema de información en control de niño y control de curvas de peso y talla. 5. GPC-IMSS-046-08, prevención, diagnóstico y tratamiento del sobrepeso y la obesidad exógena.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 2.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos	1.4 Oferta de servicios.3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.						
63	NOM-004-SSA3-2012. Expediente Clínico. NOM-031-SSA2-1999. Para la atención de la salud del niño. GPC-IMSS-258-10 Diagnóstico y manejo de la laringotraqueítis aguda en pacientes mayores de 3 meses hasta 15 años de edad. Laringitis y traqueítis agudas CIE-10 J04. Intervención 110 CAUSES. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento de laringotraqueítis aguda	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro en las notas médicas. 3. Reporte en el SINBA-SIS. 4. Aplicación de la GPC-IMSS-258-10 diagnóstico y manejo de la laringotraqueítis aguda en pacientes mayores de 3 meses hasta 15 años de edad.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SUIVE. 3. Registro en SINBA-SIS. 4. GPC-IMSS-258-10, diagnóstico y manejo de la laringotraqueítis aguda en pacientes mayores de 3 meses hasta 15 años de edad.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 2.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos	1.4 Oferta de servicios.3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.						
64	NOM-004-SSA3-2012. Expediente Clínico. NOM-031-SSA2-1999. NOM-031-SSA2-1999. Para la atención de la salud del niño. NOM-017-SSA2-2012. Para la vigilancia epidemiológica. Otitis media suprativa y la no especificada CIE-10 H66. Miringotomía CIE-9-MC 20. Extracción de tubo de Miringotomía CIE-9-MC 20.1X. Intervención 111 CAUSES. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento de otitis media supurativa	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro en las notas médicas. 3. Reporte en el SINBA-SIS.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SUIVE. 3. Registro en SINBA-SIS. 4. Protocolos de atención médica propios y árbol de toma de decisiones.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 2.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos	1.4 Oferta de servicios.3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.						

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

JCSSA001401		HOSPITAL REGIONAL COCULA														
CONSULTA EXTERNA HMI																
Normatividad aplicable		Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	e	Evidencia Observacional		Puntaje	e	Evidencia Documental		Puntaje	e	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
			Evidencia Observacional				Evidencia Documental				Criterios y Subcriterios					
			El evaluador deberá:				El evaluador deberá:				El evaluador deberá:					
65	NOM-004-SSA3-2012. Expediente Clínico. NOM-031-SSA2-1999. Para la vigilancia epidemiológica. GPC-SS-009-08 Diagnóstico y tratamiento de la sinusitis aguda en el adulto. Sinusitis aguda CIE-10 J01. Intervención 112 CAUSES. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento de sinusitis aguda	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1		Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro en las notas médicas. 3. Reporte en el SINBA-SIS. 4. Aplicación de la GPC-IMSS-080-08, diagnóstico y tratamiento de la sinusitis aguda en el adulto.	1		Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SUIVE. 3. Registro en SINBA-SIS. 4. GPC-IMSS-080-08, diagnóstico y tratamiento de la sinusitis aguda en el adulto.	1		1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos	1.4 Oferta de servicios.3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.			
66	NOM-004-SSA3-2012. Expediente Clínico. NOM-017-SSA2-2012. Para la vigilancia epidemiológica. GPC-SS-009-08 Diagnóstico y tratamiento del asma en menores de 18 años en el primer y segundo nivel de atención. Asma. CIE-10 J45. Estado asmático CIE-10 J46X. Intervención CAUSES 114Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento del asma y sus exacerbaciones en menores de 18 años	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1		Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro en las notas médicas. 3. Reporte en el SINBA-SIS. 4. Aplicación de la GPC-IMSS-046-08, prevención, diagnóstico y tratamiento del sobrepeso y la obesidad exógena. 5. Aplicación de la GPC-SS-009-08, diagnóstico y tratamiento del asma en menores de 18 años en el primer y segundo nivel de atención.	1		Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Registro en SINBA-SIS y SUIVE. 3. GPC-SS-009-08, diagnóstico y tratamiento del asma en menores de 18 años en el primer y segundo nivel de atención. Y Sistemas de información diarios de casos.	1		1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos	1.4 Oferta de servicios.3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.			
67	NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico.GPC-ISSSTE-254-12-EyR Diagnóstico de la esofagitis por reflujo en niños y adultos en los tres niveles de atención. Enfermedad del reflujo gastroesofágico con esofagitis CIE-10 K21.0. Intervención 118. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento de esofagitis por reflujo	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1		Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro en las notas médicas. 3. Reporte en el SINBA-SIS. 4. GPC-ISSSTE-254-12-EyR, diagnóstico de la esofagitis por reflujo en niños y adultos en los tres niveles de atención.	1		Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SUIVE. 3. Registro en SINBA-SIS. 4. Sistema de información en displasias. 5. GPC-ISSSTE-254-12-EyR, diagnóstico de la esofagitis por reflujo en niños y adultos en los tres niveles de atención.	1		1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos	1.4 Oferta de servicios.3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.			
68	NOM-037-SSA2-2012 Para la prevención, tratamiento y control de las dislipidemias. NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. GPC-IMSS-233-09-EyR. Diagnóstico y tratamiento de las dislipidemias. Trastornos del metabolismo de las lipoproteínas y otras lipidemias CIE-10 E78. Intervención 120. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento de dislipidemia	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1		Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro en las notas médicas. 3. Reporte en el SINBA-SIS. 4. Aplicación de la GPC-IMSS-233-09-EyR, diagnóstico y tratamiento de las dislipidemias.	1		Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SUIVE. 3. Registro en SINBA-SIS. 4. Sistema de información en displasias. 5. GPC-IMSS-233-09-EyR, diagnóstico y tratamiento de las dislipidemias.	1		1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos	1.4 Oferta de servicios.3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.			
69	NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico GPC-SSA-292-10-EyR Hipertiroidismo durante el embarazo. Tirototoxicosis con bocio difuso CIE-10 E05.0. Tirototoxicosis con nódulo solitario tiroideo tóxico CIE-10 E05.1. Tirototoxicosis con bocio multinodular tóxico CIE-10 E05.2. Tirototoxicosis por tejido tiroideo ectópico CIE-10 E05.3. Tirototoxicosis facticia CIE-10 E05.4. Otras tirototoxicosis CIE-10 E05.8. Tirototoxicosis, no especificada CIE-10 E05.9. Intervención 121. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento de hipertiroidismo o	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1		Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro en las notas médicas. 3. Reporte en el SINBA-SIS. 4. Aplicación de la GPC-SSA-292-10-EyR, hipertiroidismo durante el embarazo.	1		Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SUIVE. 3. Registro en SINBA-SIS. 4. Sistema de información en displasias. 5. GPC-SSA-292-10-EyR, hipertiroidismo durante el embarazo.	1		1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos	1.4 Oferta de servicios.3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.			

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN															
JCSSA001401 HOSPITAL REGIONAL COCULA															
CONSULTA EXTERNA HMI															
Normatividad aplicable	Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	e	Evidencia Observacional		Puntaje	e	Evidencia Documental		Puntaje	e	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional				Evidencia Observacional				Evidencia Documental				Criterios y Subcriterios	
		El evaluador deberá:				El evaluador deberá:				El evaluador deberá:				Criterios y Subcriterios	
70	NOM-034-SSA2-2013 Para la prevención y control de los defectos al nacimiento. NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. GPC-IMSS-265-10-EyR Diagnóstico y tratamiento de hipotiroidismo primario en adultos. Síndrome congénito de deficiencia de yodo CIE-10 E00. Trastornos tiroideos vinculados a deficiencia de yodo y afecciones relacionadas CIE-10 E01. Hipotiroidismo subclínico por deficiencia de yodo CIE-10 E02X. Otros hipotiroidismos CIE-10 E03. Otros bocios no tóxicos CIE-10 E04. Intervención 123. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento de hipotiroidismo	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1		Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro en las notas médicas. 3. Reporte en el SINBA-SIS. 4. Aplicación de la GPC-IMSS-265-10-EyR, diagnóstico y tratamiento de hipotiroidismo primario en adultos.	1		Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SUIVE. 3. Registro en SINBA-SIS. 4. Sistema de información en displasias. 5. GPC-IMSS-265-10-EyR, diagnóstico y tratamiento de hipotiroidismo primario en adultos.	1		1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos 1.4 Oferta de servicios.3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.			
71	NOM-015-SSA2-2010 Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus. NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. GPC-SSA-302-10-EyR Diagnóstico, tratamiento y referencia oportuna de la diabetes mellitus tipo 1 en el niño y adolescente en el segundo y tercer nivel de atención. Diabetes mellitus insulino dependiente, sin mención de complicación CIE-10 E10.9. Intervención 124. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento de diabetes mellitus tipo 1	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1		Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro en las notas médicas. 3. Reporte en el SINBA-SIS. 4. Aplicación de la GPC-SSA-302-10-EyR Diagnóstico, tratamiento y referencia oportuna de la diabetes mellitus tipo 1 en el niño y adolescente en el segundo y tercer nivel de atención.	1		Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SUIVE. 3. Registro en SINBA-SIS. 4. Sistema de información en displasias. 5. GPC-SSA-302-10-EyR, diagnóstico, tratamiento y referencia oportuna de la diabetes mellitus tipo 1 en el niño y adolescente en el segundo y tercer nivel de atención.	1		1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos 1.4 Oferta de servicios.3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.			
72	NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. GPC-SSA-219-09-EyR Diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda. GPC-S-186-15-EyR Diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda y crónica en niños. GPC-ISSSTE-722-15-EyR Prevención, diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca crónica en adultos en los tres niveles de atención. Insuficiencia cardiaca CIE-10 I50. Intervención 125. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento de insuficiencia cardiaca	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1		Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro en las notas médicas. 3. Reporte en el SINBA-SIS. 4. Aplicación de la GPC-S-186-15-EyR, diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda y crónica en niños. GPC-ISSSTE-722-15-EyR, prevención, diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca crónica en adultos en los tres niveles de atención.	1		Verificar:1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SUIVE. 3. Registro en SINBA-SIS. 4. Sistema de información en displasias. 5. GPC-SSA-219-09-EyR, diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda. GPC-S-186-15-EyR, diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda y crónica en niños. GPC-ISSSTE-722-15-EyR. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca crónica en adultos en los tres niveles de atención.	1		1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos 1.4 Oferta de servicios.3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.			

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN CAUSES-2N-2018

JCSSA001401		HOSPITAL REGIONAL COCULA											
CONSULTA EXTERNA HMI													
Normatividad aplicable		Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Evidencia Observacional		Puntaje	Evidencia Documental		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
			Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental			Criterios y Subcriterios	
			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:		El evaluador deberá:					
73	NOM-004-SSA3-2012. Expediente Clínico. GPC-IMSS-677-13 Prevención y tratamiento de la osteoporosis inducida por glucocorticoides. GPC-IMSS-673-13 Diagnóstico y tratamiento de la osteoporosis en mujeres posmenopáusicas. GPC-IMSS-083-08 Diagnóstico y tratamiento de la osteoporosis en el adulto. Osteoporosis con fractura patológica CIE-10 M80. Osteoporosis sin fractura patológica CIE-10 M81. Intervención 126 CAUSES. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento de osteoporosis.	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro en las notas médicas. 3. Reporte en el SINRA-SIS. 4. Aplicación de la GPC-IMSS-677-13, prevención y tratamiento de la osteoporosis inducida por glucocorticoides. GPC-IMSS-673-13, diagnóstico y tratamiento de la osteoporosis en mujeres posmenopáusicas. GPC-IMSS-083-08, diagnóstico y tratamiento de la osteoporosis en el adulto.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Registro en SINRA-SIS. 3. GPC-IMSS-677-13, prevención y tratamiento de la osteoporosis inducida por glucocorticoides. GPC-IMSS-673-13, diagnóstico y tratamiento de la osteoporosis en mujeres posmenopáusicas. GPC-IMSS-083-08, diagnóstico y tratamiento de la osteoporosis en el adulto.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos	1.4 Oferta de servicios.3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.			
74	NOM-004-SSA3-2012. Expediente Clínico. NOM-017-SSA2-2012. Para la vigilancia epidemiológica. NOM-034-SSA2- 2013 Para la prevención y control de los defectos del nacimiento. GPC-S-091-08-Diagnóstico y tratamiento oportuno de displasia del desarrollo de la cadera del recién nacido en el primer nivel de atención. Deformidades congénitas de la cadera CIE-10 q65. Ejercicio isométrico CIE-9-MC 00.CO .Terapia ocupacional en paciente pediátrico CIE-9-MC 00.C6. Ejercicios de fisioterapia CIE-9-MC 93.1. Intervención 134 CAUSES. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento conservador de luxación congénita de cadera	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro en las notas médicas. 3. Reporte en el SINRA-SIS. 4. Aplicación de la GPC-IMSS-677-13, prevención y tratamiento de la osteoporosis inducida por glucocorticoides. GPC-IMSS-673-13, diagnóstico y tratamiento de la osteoporosis en mujeres posmenopáusicas. GPC-IMSS-083-08, diagnóstico y tratamiento de la osteoporosis en el adulto.	1	Verificar:1. Expediente clínico. 2. Registro en SINRA-SIS. 3. GPC-IMSS-677-13, prevención y tratamiento de la osteoporosis inducida por glucocorticoides. GPC-IMSS-673-13, diagnóstico y tratamiento de la osteoporosis en mujeres posmenopáusicas. GPC-IMSS-083-08, diagnóstico y tratamiento de la osteoporosis en el adulto.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos	1.4 Oferta de servicios.3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.			
75	ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/09/17.	Seguridad del Paciente	Verificar que el establecimiento cuente con un procedimiento documentado para la comunicación efectiva Acción Esencial 2 (D, E) y 3B definido y aplicado al Establecimiento	1	Verificar que: 1. Las prescripciones médicas y anotaciones en documentos del Expediente clínico estén con letra legible, sin abreviaturas, sin enmendaduras, tachaduras, para mejorar la comunicación efectiva. 2. Comunica los Resultados críticos a los pacientes de conformidad con el procedimiento establecido.	1	Verificar: 1. Registros de supervisión de seguimiento, 2. Constancias de capacitación o listas de asistencia.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos	1.4 Oferta de servicios.3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.			
				75					75				
CALIFICACIÓN CONSULTA EXTERNA HMI		100.00%											

JCSA001401		HOSPITAL REGIONAL COCULA		CONSULTA EXTERNA HP						
Normatividad aplicable	Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Criterios a evaluar Proceso		Criterios a evaluar DOCUMENTAL		MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD		
		Evidencia Observacional	Evidencia Observacional	Evidencia Observacional	Evidencia Documental	Evidencia Documental	Criterios y Subcriterios			
		El evaluador deberá:		El evaluador deberá:		El evaluador deberá:				
1	NOM-003-SEGOB-2011, Numeral 5 Obligaciones del patrón, 5.8 y Capítulo 11, 11.1 al 11.5 de la NOM-002-STPS-2010.	Señalización del área	Verificar: 1. Existencia de señalización. 2. Que cuente con señalamiento de emergencia para protección civil. 3. Que el punto de reunión esté delimitado e identificado.	1	Verificar: 1. Que cuente directorio de personal en la entrada del hospital. 2. Que exista señalización que oriente la ubicación de los consultorios por especialidad. 3. Que en las puertas de los consultorios exista identificador del tipo de especialidad, nombre del o de los médicos que atienden y horario de atención. 4. Existencia en la circulación principal, de las señales y avisos sobre protección civil, que permitan al personal y usuarios advertir áreas o condiciones que representen riesgo para su salud e integridad físicas, así como ubicar equipos para la respuesta a emergencias, e instalaciones o servicios de atención a la población en caso de desastre. 5. Ubicación del punto de reunión.	0	No aplica.	NA	4.- Planeación 5.- Responsabilidad social 7.- Mejora de Procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.
2	El artículo 59 del RLGOMPSAM; los numerales 5.1.7, 5.1.8 y 5.1.10 de la NOM-016-SSA3-2012, que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada. ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/09/17. AESP 6C	Condiciones Generales	Verificar: 1. Que se cuente con condiciones generales adecuadas de infraestructura, con facilidades arquitectónicas. 2. Que exista la ruta de acceso y salida.	1	Verificar: 1. Que se cuente con las facilidades arquitectónicas para efectuar las actividades médicas con condiciones adecuadas de iluminación, ventilación, limpieza. 2. Que la estructura esté de acuerdo con su denominación y oferta de servicios, además de contar con un área, sala o local apropiado para la espera de pacientes y usuarios. 3. Considerar que la infraestructura facilite el acceso y salida de las personas con discapacidad y adultos mayores. 4. Que las instalaciones hidráulicas y eléctricas se encuentren en buenas condiciones.	1	Verificar: 1. Bitácora de asseo firmada por el jefe de servicio o supervisor. 2. Bitácora de mantenimiento de la infraestructura.	1	4.- Planeación 5.- Responsabilidad social 7.- Mejora de Procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.
3	Numeral 5.3 de la NOM-005-SSA3-2010, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios; los numerales 6.6.11.1.2, 6.6.8.1.1.2 de la NOM-016-SSA3-2012, que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada; la NOM-009-COMAGUA-2001, Inodoros para uso sanitario-Especificaciones y métodos de prueba. ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/09/17. AESP 5B.	Sanitarios de pacientes	Verificar: 1. Que cuente con sanitarios para usuarios y personal de salud separados por género(deberá disponer de un inodoro para uso de personas con discapacidad). 2. Que cuente con bote para basura (preferentemente de pedal o campana). 3. Lavabo 4. Carteles de higiene de manos.	1	Verificar: 1. Que los sanitarios sean independientes para hombres y mujeres (deberá disponer de un inodoro para uso de personas con discapacidad). 2. Que cuente con bote para basura (preferentemente de pedal o campana). 3. Que cuente con papel de baño, jabón (líquido o gel), toallas desechables.	1	Verificar: 1. Bitácora de asseo firmada por el jefe de servicio o supervisor. 2. Sistema de suministro de Abasto de material de higiene.	1	4.- Planeación 5.- Responsabilidad social 7.- Mejora de Procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.
4	NOM-016-SSA3-2012, que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada., 10.6.1.1 NOM-045-SSA2-2006, ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/09/17. AESP 1A, 3A y 5B.	Consultorio médico	Verificar: 1. Que existan dos áreas, una para el interrogatorio y otra para la exploración física delimitada con un elemento físico que asegure la privacidad del paciente. 2. Que las áreas de interrogatorio y de exploración de un consultorio de medicina general o familiar estén contiguas o separadas. 3. Que en aquellos consultorios en donde se realicen actividades docentes, se consideren espacios suficientes para la permanencia del personal en formación, de tal forma que no interfiera la circulación ágil y segura del personal médico. 4. Que tenga un lavabo ubicado en el área de exploración física incluyendo el cartel de la técnica de higiene de manos.	1	Verificar: 1. Que se cumpla con la integridad de las áreas según la normatividad. 2. Que el personal conozca la técnica de higiene de manos (evaluar la técnica y el aspege de acuerdo a los 5 momentos establecidos) 3. Que el personal identifique al paciente desde el momento en que solicita atención. 4. Abasto e insumos para la higiene de manos: jabón líquido y toallas desechables.	1	Verificar: 1. Bitácora de asseo firmada por el jefe de servicio o supervisor. 2. Registro de la capacitación al personal en la técnica de higiene de manos. 3. Que todos los documentos que se generen durante el proceso de atención deben contener el nombre completo del paciente y fecha de nacimiento.	1	4.- Planeación 5.- Responsabilidad social 7.- Mejora de Procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.
5	Numeral 5 Generalidades, 5.3. De la NOM 005-SSA3-2010. Numeral 7 Condiciones de prevención y protección contra incendios, 7.2 ,7.3 , 7.15. Y 7.17. De la NOM-002-STPS-2000.	Sala de espera	Verificar: 1. Existencia de la sala de espera. 2. Que cuente con extintores.	1	Verificar: 1. Que el mobiliario se encuentre en buen estado y confortable. 2. Que se reserve como mínimo, un asiento para personas con muletas o bastones. 3. Que de preferencia sea un mínimo de 6 lugares por consultorio. 4. Que los extintores se encuentren en el área de trabajo conforme a la normatividad vigente. 5. Contar con un programa anual de revisión mensual de los extintores. 6. Contar con el registro de los resultados de la revisión mensual de los extintores; fecha de revisión, nombre del personal que realizó la revisión, Resultados, anomalías identificadas y seguimiento de las mismas. 7. Contar con rutas de evacuación. 8. Que el personal tenga conocimiento de rutas de evacuación, puertas de emergencia y puntos de reunión más cercanos. 9. Que el personal conozca el manejo de extintores.	0	Verificar: 1. Inventario de mobiliario. 2. Bitácora del mantenimiento preventivo y correctivo de la estructura y del mobiliario. 3. Documento del programa anual para la recarga de extintores. 4. Registro mensual de verificación de funcionalidad de los extintores. 5. Registro de la capacitación del uso del manejo de extintores. 6. Manual de manejo de extintores.	0	4.- Planeación 5.- Responsabilidad social 7.- Mejora de Procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.
6	Numeral 6 Manejo de Residuos Peligrosos Biológicos Infecciosos, 6.7 Programa de Contingencias de la NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, Artículo 8 del Reglamento en materia de RPSI de la Ley General del Equilibrio Ecológico y la Protección al Ambiente.	Control de los Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos (R.P.B.I.)	Verificar: 1. Existencia de contenedores para el manejo del R.P.B.I. 2. Bolsa de plástico para basura municipal y bolsa color rojo para desecho de R.P.B.I. marcadas con el símbolo universal de riesgo biológico.	1	Verificar: 1. Que la señalización de la circulación de los contenedores este colocada del área generadora hacia el almacén temporal. 2. Que los R.P.B.I. estén identificados y separados en los contenedores correspondientes de acuerdo a sus características físicas y biológicas infecciosas. 3.Verificar que el personal conozca las rutas de RPSI, horarios de recolección. 4. Que el almacén temporal cumpla con la normatividad.	1	Verificar: 1. Bitácora de registro de la recolección del R.P.B.I. (datos específicos como fecha, peso, tipo de residuo, firma del responsable del Área y firma del responsable de la recolección).	1	4.- Planeación 5.- Responsabilidad social 7.- Mejora de Procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.

HOSPITAL REGIONAL COCULA										
CONSULTA EXTERNA HP										
Normatividad aplicable	Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA			Criterios a evaluar Proceso	Criterios a evaluar DOCUMENTAL			MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional		Evidencia Documental		Evidencia Documental				
		El evaluador deberá:				El evaluador deberá:				
7	Mobiliario	Verificar: 1. Que cuente con el siguiente mobiliario: asiento para el médico, asiento para el paciente y acompañante, asiento para el médico en la exploración del paciente, banqueta de altura o similar, cubeta o bote para basura de tipo municipal y para R.P.B.I., guarda de medicamentos, materiales o instrumental, mesa universal para exploración o mesa pediátrica, mesa de Mayo, Pasteur o similar, de altura ajustable, mueble para escribir, sistema para guarda de expedientes clínicos.	1	Verificar que el mobiliario se encuentre en buenas condiciones y funcione.	0	Verificar: 1. Inventario del mobiliario. 2. Bitácora de mantenimiento preventivo-correctivo del mobiliario.	1	4.- Planeación 5.- Responsabilidad social 7.- Mejora de Procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.	
8	Equipo Médico	Verificar que cuente con el siguiente equipo: 1. Esfigmomanómetro aneroides con brazalete del tamaño que requiera para su actividad principal. 2. Estetoscopio pediátrico de capsula doble. 3. Estuche de diagnóstico que incluya oftalmoscopio, otoscopio y faringoscopio. 4. Lámpara de examen con fuente de luz de fibra óptica o LED. 5. Glucómetro. 6. Pícnometro para valoración nutricional. 7. Megatoposcopia. 8. Cinta métrica ahulada. 9. Termómetro clínico. 10. Báscula pesa bebé y 11. Báscula con estadímetro.	1	Verificar: 1. Existencia de un Programa para la Gestión del Equipo y Tecnología Biomédica. 2. Que el equipo médico se encuentre funcionando y en buenas condiciones.	1	Verificar: 1. Inventario del equipo médico. 2. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo del equipo médico 3. Informe de calibración de las básculas, termómetro y esfigmomanómetro, presentando los certificados vigentes de los instrumentos de prueba que a su vez deberán estar calibrados con trazabilidad a patrones nacionales. De conformidad con lo establecido por la Secretaría de Economía a través de la Dirección General de Normatividad así como por el Centro Nacional de Metrología.	1	4.- Planeación 5.- Responsabilidad social 7.- Mejora de Procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.	
9	Instrumental	Verificar que cuente con el siguiente instrumental: 1. Mango para bisturí. 2. Martillo precursor. 3. Pinza de anillos. 4. Pinza de disección con dientes y sin dientes. 5. Pinza tipo mosquito. 6. Pinza curva. 7. Porta agujas recto, con ranura central y estrías cruzadas. 8. Riñón de al menos 250 ml. 9. Tijera recta y 10. Torrundero con tapa.	1	Verificar: 1. Que el instrumental este en buenas condiciones. 2. Que el empaque del instrumental este rotulado con la fecha de esterilización. 3. Que no esté oxidado y funcione. 4. Que sea suficiente de acuerdo a la productividad. 5. Que esté completo.	1	Verificar: 1. Resguardo del instrumental. 2. Bitácora de uso de los desinfectantes. 3. Verificar listado de contenido del empaque. 4. Identificación del reporte de mantenimiento preventivo y correctivo del instrumental.	1	4.- Planeación 5.- Responsabilidad social 7.- Mejora de Procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.	
10	Diagnóstico y tratamiento de anemia ferropviva y por deficiencia de vitamina B12	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas. 3. Apego a la normatividad correspondiente.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. NOM-043-SSA2-2012. 3. GPC-SSA-221-09-EyR, prevención, diagnóstico y tratamiento de la anemia por deficiencia de hierro en menores de 5 años y GPC-IMSS-415-10-EyR, prevención, diagnóstico y tratamiento de la anemia por deficiencia de hierro en niños y adultos. 4. Reporte en el SINBA-SIS.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos	1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos de apoyo integral. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.	
11	Diagnóstico y tratamiento por deficiencia de vitamina A	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas. 3. Apego a la normatividad correspondiente.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. NOM-043-SSA2-2012. 3. GPC-SSA-725-14-EyR, diagnóstico y tratamiento de la deficiencia de vitamina A en niños. 4. Reporte en el SINBA-SIS.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos	1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos de apoyo integral. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.	
12	Diagnóstico y tratamiento de Dengue clásico (y otras fiebres producidas por Flavivirus y Arbovirus)	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas. 3. Apego a la normatividad correspondiente. 4. Aplicación de la GPC-SSA-151-08-EyR, manejo y tratamiento del dengue no grave y el dengue grave, fiebre del dengue [dengue clásico].	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SINBA-SIS. 3. GPC-SSA-151-08-EyR, manejo y tratamiento del dengue no grave y el dengue grave, fiebre del dengue [dengue clásico].	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos	1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos de apoyo integral. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.	

JCSSA001401		HOSPITAL REGIONAL COCULA		CONSULTA EXTERNA HP					
Normatividad aplicable	Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Criterios a evaluar Proceso		Criterios a evaluar DOCUMENTAL		MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional		Evidencia Observacional		Evidencia Documental			
		El evaluador deberá:		El evaluador deberá:		El evaluador deberá:		Criterios y Subcriterios	
13	NOM-031-SSA2-1999 Para la atención a la salud del niño. NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica. NOM-016-SSA2-2012 Para la vigilancia, prevención, control, manejo y tratamiento del cólera. NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. GPC-SSA-156-08-EyR Diagnóstico y tratamiento de la diarrea aguda en niños de 2 meses a 5 años en el primer y segundo nivel de atención. Otras enfermedades intestinales especificadas debidas a protozoarios CIE-10 A07.8. Enfermedad intestinal debida a protozoarios, no especificada CIE-10 A07.9. Infección intestinal viral, sin otra especificación CIE-10 A08.4. Otras gastroenteritis y colitis de origen infeccioso, no especificadas CIE-10 A09. Intervención 40. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento del Síndrome Diarreico agudo	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas. 3. Apego a la normatividad correspondiente. 4. Aplicación de la GPC-SSA-156-08-EyR, diagnóstico y tratamiento de la diarrea aguda en niños de 2 meses a 5 años en el primer y segundo nivel de atención.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SUIVE. 3. Reporte en el SINBA-SIS. 4. Sistemada información en control de niño y control de curvas de peso y talla.5. GPC-SSA-156-08-EyR, diagnóstico y tratamiento de la diarrea aguda en niños de 2 meses a 5 años en el primer y segundo nivel de atención.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.-Información, conocimiento, innovación y tecnología 4.- Planeación de Procesos 7.- Mejora de Procesos 1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.
14	NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica. NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. GPC-SS-027-08-EyR Prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección de vías urinarias no complicada en menores de 18 años en el primero y segundo nivel de atención. GPC-IMSS-077-08-EyR Diagnóstico y tratamiento de la infección aguda, no complicada del tracto urinario en la mujer. Cistitis CIE-10 N30. Infección de las vías genitourinarias en el embarazo CIE-10 O23. Intervención 49. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento de cistitis	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas. 3. Apego a la normatividad correspondiente. 4. Aplicación de la GPC-SS-027-08-EyR, prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección de vías urinarias no complicada en menores de 18 años en el primero y segundo nivel de atención. GPC-IMSS-077-08-EyR, diagnóstico y tratamiento de la infección aguda, no complicada del tracto urinario en la mujer.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SINBA-SIS. 3. GPC-SS-027-08-EyR, prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección de vías urinarias no complicada en menores de 18 años en el primero y segundo nivel de atención. GPC-IMSS-077-08-EyR, diagnóstico y tratamiento de la infección aguda, no complicada del tracto urinario en la mujer.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.-Información, conocimiento, innovación y tecnología 4.- Planeación de Procesos 7.- Mejora de Procesos 1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.
15	NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica. NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. GPC-IMSS-081-08-EyR Diagnóstico y tratamiento de vaginitis infecciosa en mujeres en edad reproductiva, en un primer nivel de atención. Candidiasis de la vulva y de la vagina CIE-10 B37.3 Vaginitis aguda. CIE-10 N76.0. Intervención 50. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento de vaginitis aguda	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas. 3. Apego a la normatividad correspondiente. 4. Aplicación de la GPC-IMSS-081-08-EyR, diagnóstico y tratamiento de vaginitis infecciosa en mujeres en edad reproductiva, en un primer nivel de atención.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SINBA-SIS. 3. GPC-IMSS-081-08-EyR, diagnóstico y tratamiento de vaginitis infecciosa en mujeres en edad reproductiva, en un primer nivel de atención.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.-Información, conocimiento, innovación y tecnología 4.- Planeación de Procesos 7.- Mejora de Procesos 1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.
16	NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica. NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. GPC-IMSS-609-13-EyR Diagnóstico y tratamiento de candidiasis vulvovaginal en mujeres. Candidiasis de la vulva y de la vagina CIE-10 B37.3. Vulvitis aguda CIE-10 N76.2. Intervención 51. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento de vulvitis aguda	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas. 3. Apego a la normatividad correspondiente. 4. Aplicación de la GPC-IMSS-609-13-EyR, diagnóstico y tratamiento de candidiasis vulvovaginal en mujeres.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SINBA-SIS. 3. GPC-IMSS-609-13-EyR, diagnóstico y tratamiento de candidiasis vulvovaginal en mujeres.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.-Información, conocimiento, innovación y tecnología 4.- Planeación de Procesos 7.- Mejora de Procesos 1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.
17	NOM-039-SSA2-2002 Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual. NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica. NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. Hepatitis aguda tipo A, sin coma hepático CIE-10 B15.9. Hepatitis aguda tipo B, sin agente delta in-sin coma hepático CIE-10 B16.9. Intervención 81. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento de infección aguda por virus de la Hepatitis A y B	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas. 3. Apego a la normatividad correspondiente.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SINBA-SIS. 3. Protocolos de atención.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.-Información, conocimiento, innovación y tecnología 4.- Planeación de Procesos 7.- Mejora de Procesos 1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.
18	NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica. NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. GPC-ISSSTES-516-11-EyR Diagnóstico y tratamiento de gastritis aguda (erosiva) en los 3 niveles de atención. GPC-IMSS-071-08-EyR Diagnóstico y tratamiento de gastritis aguda (erosiva) en los 3 niveles de atención. GPC-IMSS-071-08-EyR, diagnóstico y tratamiento de dispepsia funcional. Otras gastritis agudas (erosivas) en los 3 niveles de atención. GPC-IMSS-071-08-EyR, diagnóstico y tratamiento de dispepsia funcional. GPC-IMSS-071-08-EyR, diagnóstico y tratamiento de dispepsia funcional.	Diagnóstico y tratamiento de gastritis aguda, duodenitis y dispepsia	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas. 3. Apego a la normatividad correspondiente. 4. Aplicación de la GPC-ISSSTES-516-11-EyR, diagnóstico y tratamiento de gastritis aguda (erosiva) en los 3 niveles de atención. GPC-IMSS-071-08-EyR, diagnóstico y tratamiento de dispepsia funcional.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SINBA-SIS. 3. GPC-ISSSTES-516-11-EyR, diagnóstico y tratamiento de gastritis aguda (erosiva) en los 3 niveles de atención. GPC-IMSS-071-08-EyR, diagnóstico y tratamiento de dispepsia funcional.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.-Información, conocimiento, innovación y tecnología 4.- Planeación de Procesos 7.- Mejora de Procesos 1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.



CEDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

JCSBA001401		HOSPITAL REGIONAL COCULA		CONSULTA EXTERNA HP									
C	Normatividad aplicable	Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		C	Criterios a evaluar Proceso		C	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		C	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
			Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental			Criterios y Subcriterios	
			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:				
19	NOM-004-SSA3-2012 Del Expedientetécnico. GPC-IMSS-042-08-EyR Diagnóstico y tratamiento del síndrome de colon irritable. Disfunción autonómica somatomorfa CIE-10 F45.3. Otras colitis y gastroenteritis no infecciosas CIE-10 K52, Síndrome del colon irritable CIE-10 K58. Intervención 83. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento de síndrome de intestino irritable	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas. 3. Apego a la normatividad correspondiente. 4. Aplicación de la GPC-IMSS-042-08-EyR, diagnóstico y tratamiento del síndrome de colon irritable.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SINRA-SIS. 3. GPC-IMSS-042-08-EyR, diagnóstico y tratamiento del síndrome de colon irritable.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos	1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.			
20	NOM-030-SSA2-2009 Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica. NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica. NOM-004-SSA3-2012 Del Expedientetécnico. GPC-IMSS-739-15-EyR Intervenciones de enfermería para la atención integral del adulto con hipertensión arterial. GPC-IMSS-238-09-EyR Diagnóstico y manejo de la hipertensión arterial en el adulto mayor y situaciones especiales. Hipertensión esencial (primaria) CIE-10 I10X. Intervención 95. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento de hipertensión arterial	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas. 3. Apego a la normatividad correspondiente. 4. Aplicación de la GPC-IMSS-739-15-EyR, intervenciones de enfermería para la atención integral del adulto con hipertensión arterial. GPC-IMSS-238-09-EyR, diagnóstico y manejo de la hipertensión arterial en el adulto mayor y situaciones especiales.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SINRA-SIS. 3. GPC-IMSS-739-15-EyR, intervenciones de enfermería para la atención integral del adulto con hipertensión arterial. GPC-IMSS-238-09-EyR, diagnóstico y manejo de la hipertensión arterial en el adulto mayor y situaciones especiales.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos	1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.			
21	NOM-005-SSA2-1993 De los servicios de planificación familiar. NOM-004-SSA3-2012 Del ExpedienteClínico. Consejo y asesoramiento general sobre la anticoncepción CIE-10 Z30.0. Intervención 91. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Consejo y asesoramiento general sobre anticoncepción mediante el uso del condón	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas. 3. Apego a la normatividad correspondiente.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SINRA-SIS. 3. GPC-IMSS-677-13, prevención y tratamiento de la osteoporosis inducida por glucocorticoides. GPC-IMSS-673-13, diagnóstico y tratamiento de la osteoporosis en mujeres posmenopáusicas. GPC-IMSS-083-08, diagnóstico y tratamiento de la osteoporosis en el adulto.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos	1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.			
22	NOM-004-SSA3-2012. ExpedienteClínico. GPC SSA 158 09 Trastorno por déficit de atención e hiperactividad en niños y adolescentes en atención primaria y especializada. Perturbación de la actividad y de la atención CIE-10 F90.0. Hiperactividad CIE-10 R46.3. Otro asesoramiento CIE-9-MC 94.49. Intervención CAUSES 94. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento por déficit de atención con componente hiperactivo	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas. 3. Apego a la normatividad correspondiente. 4. Aplicación de la GPC SSA 158 09 trastorno por déficit de atención e hiperactividad en niños y adolescentes en atención primaria y especializada.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SINRA-SIS. 3. GPC SSA 158 09, trastorno por déficit de atención e hiperactividad en niños y adolescentes en atención primaria y especializada.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos	1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.			
23	NOM-004-SSA3-2012. ExpedienteClínico. GPC 528 IMSS 12 Tratamiento de los trastornos del espectro autista. Autismo en la niñez CIE-10 F84.0 Autismo atípico CIE-10 F84.1. Síndrome de Asperger CIE-10 F84.5. Intervención CAUSES 95. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento de autismo y síndrome de Asperger	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas. 3. Apego a la normatividad correspondiente. 4. Aplicación de la GPC 528 IMSS 12 tratamiento de los trastornos del espectro autista.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SINRA-SIS. 3. GPC 528 IMSS 12, tratamiento de los trastornos del espectro autista.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos	1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.			
24	NOM-004-SSA3-2012. Del Expedientetécnico. GPC IMSS 13 09 Diagnóstico y manejo de la dismenorrea. Dismenorrea primaria CIE-10 N94.4. Intervención CAUSES 96. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento de dismenorrea primaria	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas. 3. Apego a la normatividad correspondiente. 4. Aplicación de la GPC IMSS 13 09 diagnóstico y manejo de la dismenorrea.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SINRA-SIS. 3. Documental o electrónica de la GPC IMSS 13 09, diagnóstico y manejo de la dismenorrea.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos	1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.			



JCSSA001401		HOSPITAL REGIONAL COCULA		CONSULTA EXTERNA HP									
Normatividad aplicable	Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Criterios a evaluar Proceso		Criterios a evaluar DOCUMENTAL		MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD					
		Evidencia Observacional		Evidencia Observacional		Evidencia Documental							
		El evaluador deberá:		El evaluador deberá:		El evaluador deberá:		Criterios y Subcriterios					
25	NOM-004-SSA3-2012. Expediente Clínico. NOM-039-SSA2-2002 Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual. GPC IMSS 077 06 Diagnóstico y tratamiento de la infección aguda, no complicada del tracto urinario en la mujer. GPC IMSS 078 08 Diagnóstico y tratamiento de la infección del tracto urinario bajo durante el embarazo, en un primer nivel de atención, GPC SS 027 08 Prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección de vías urinarias no complicada en menores de 18 años en el primero y segundo nivel de atención. Uretritis y síndrome uretral CIE-10 N34. Intervención CAUSES 102. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas. 3. Apego a la normatividad correspondiente. 4. Aplicación de la GPC IMSS 077 06 diagnóstico y tratamiento de la infección aguda, no complicada del tracto urinario en la mujer. GPC IMSS 078 08, diagnóstico y tratamiento de la infección del tracto urinario bajo durante el embarazo, en un primer nivel de atención, GPC SS 027 08, prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección de vías urinarias no complicada en menores de 18 años en el primero y segundo nivel de atención.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SUIVE. 3. Reporte en el SINBA-SIS. 4. Documental o electrónica de GPC IMSS 077 06 Diagnóstico y tratamiento de la infección aguda, no complicada del tracto urinario en la mujer. GPC IMSS 078 08 Diagnóstico y tratamiento de la infección del tracto urinario bajo durante el embarazo, en un primer nivel de atención, GPC SS 027 08, prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección de vías urinarias no complicada en menores de 18 años en el primero y segundo nivel de atención.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 7.- Mejora de Procesos 1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.					
26	NOM-004-SSA3-2012. Expediente Clínico. NOM-031-SSA2-1999 Para la atención a la salud del niño. NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica. GPC SSA 119 08 Diagnóstico y tratamiento de la desnutrición en menores de 5 años. GPC-IMSS-029-08 Control y seguimiento de la salud en la niña y el niño menor de 5 años en el primer nivel de atención. Kwashiorkor CIE-10 E40X. Kwashiorkor marasmático CIE-10 E42X. Intervención 106 CAUSES. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas. 3. Apego a la normatividad correspondiente. 4. Aplicación de la GPC SSA 119 08 diagnóstico y tratamiento de la desnutrición en menores de 5 años. GPC-IMSS-029-08, control y seguimiento de la salud en la niña y el niño menor de 5 años en el primer nivel de atención.	1	Verificar: 1. Expediente clínico de la utilización de los programas preventivos en estos grupos. 2. Reporte en el SUIVE. 3. Reporte en el SINBA-SIS. 4. Sistema de información en control de niño y control de curvas de peso y talla. 5. GPC SSA 119 08, diagnóstico y tratamiento de la desnutrición en menores de 5 años. GPC-IMSS-029-08, control y seguimiento de la salud en la niña y el niño menor de 5 años en el primer nivel de atención.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 7.- Mejora de Procesos 1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.					
27	NOM-004-SSA3-2012. Expediente Clínico. NOM-031-SSA2-1999 Para la atención a la salud del niño. Sistema nutricional CIE-10 E41X. E42X. Intervención 107 CAUSES. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas. 3. Apego a la normatividad correspondiente.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Registro en el SINBA-SIS. 3. Sistema de información en control de niño y control de curvas de peso y talla.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 7.- Mejora de Procesos 1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.					
28	NOM-004-SSA3-2012. Expediente Clínico. Retardo del desarrollo debido a desnutrición proteicoenergética CIE-10 E43X. Secuelas de la desnutrición y otras deficiencias nutricionales CIE-10 E64. Intervención 108 CAUSES. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas. 3. Apego a la normatividad correspondiente.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SINBA-SIS. 3. Sistema de información en control de niño y control de curvas de peso y talla.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 7.- Mejora de Procesos 1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.					
29	NOM-004-SSA3-2012. Expediente Clínico. NOM-031-SSA2-1999. Para la atención de la salud del niño. NOM-017-SSA2-2012. Para la vigilancia epidemiológica. NOM-008-SSA3-2010 Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad. GPC-IMSS-046-08 Prevención, diagnóstico y tratamiento del sobrepeso y la obesidad. Obesidad debida a exceso de calorías CIE-10 E66.0. Intervención 109 CAUSES. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas. 3. Apego a la normatividad correspondiente. 4. Aplicación de la GPC-IMSS-046-08 prevención, diagnóstico y tratamiento del sobrepeso y la obesidad exógena.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SUIVE. 3. Reporte en el SINBA-SIS. 4. Sistema de información en control de niño y control de curvas de peso y talla. 5. Documental o electrónica de GPC-IMSS-046-08, prevención, diagnóstico y tratamiento del sobrepeso y la obesidad exógena.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 7.- Mejora de Procesos 1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.					
30	NOM-004-SSA3-2012. Expediente Clínico. NOM-031-SSA2-1999. Para la atención de la salud del niño. GPC-IMSS-258-10 Diagnóstico y manejo de la laringotraqueitis aguda en pacientes mayores de 3 meses hasta 15 años de edad. Laringitis y traqueitis agudas CIE-10 J04. Intervención 110 CAUSES. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas. 3. Apego a la normatividad correspondiente. 4. Aplicación de la GPC-IMSS-258-10, diagnóstico y manejo de la laringotraqueitis aguda en pacientes mayores de 3 meses hasta 15 años de edad.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SUIVE. 3. Reporte en el SINBA-SIS. 4. Documental o electrónica de GPC-IMSS-258-10, diagnóstico y manejo de la laringotraqueitis aguda en pacientes mayores de 3 meses hasta 15 años de edad.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 7.- Mejora de Procesos 1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.					



CEDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

JCSA001401		HOSPITAL REGIONAL COCUILA		CONSULTA EXTERNA HP													
Normatividad aplicable		Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA	Evidencia Observacional	El evaluador deberá:	Criterios a evaluar PROCESO	Evidencia Observacional	El evaluador deberá:	Criterios a evaluar DOCUMENTAL	Evidencia Documental	El evaluador deberá:	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	Criterios y Subcriterios				
31	NOM-004-SSA3-2012. Expediente Clínico. NOM-031-SSA2-1999. NOM-031-SSA2-1999. Para la atención de la salud del niño. NOM-017-SSA3-2012. Para la vigilancia epidemiológica. Otitis media suprativa y la no especificada CIE-10 H66. Miringotomía CIE-9-MC 20.1X. Intervención 111 CAUSES. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento de otitis media suprativa	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas. 3. Apego a la normatividad correspondiente.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SUIVE. 3. Reporte en el SINBA-SIS.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 7.- Mejora de Procesos	1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.							
32	NOM-004-SSA3-2012. Expediente Clínico. NOM-031-SSA2-1999. NOM-031-SSA2-1999. Para la atención de la salud del niño. GPC-IMS-080-08 Diagnóstico y tratamiento de la sinusitis aguda en el adulto. Sinusitis aguda CIE-10 J01. Intervención 112 CAUSES. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud	Diagnóstico y tratamiento de sinusitis aguda	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas. 3. Apego a la normatividad correspondiente. 4. Aplicación de la GPC-IMS-080-08, diagnóstico y tratamiento de la sinusitis aguda en el adulto.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SUIVE. 3. Reporte en el SINBA-SIS. 4. Documental o electrónica de GPC-IMS-080-08, diagnóstico y tratamiento de la sinusitis aguda en el adulto.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos	1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.							
33	NOM-004-SSA3-2012. Expediente Clínico. NOM-017-SSA2-2012. Para la vigilancia epidemiológica. GPC-SS-009-08 Diagnóstico y tratamiento del asma en menores de 18 años en el primer y segundo nivel de atención. Asma. CIE-10 J45. Estado asmático CIE-10 J46X. Intervención CAUSES 114. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento del asma y sus exacerbaciones en menores de 18 años	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Que el personal se encuentre en su área de trabajo en el turno correspondiente, portando uniforme y gafete, desarrollando las actividades correspondientes a su formación y perfil. 2. Que corresponda el registro de entrada y salida con el horario en Plantilla de personal. 3. Cumplir con las capacitaciones de los Programas establecidos y las específicas de acuerdo a su competencia	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SINBA-SIS y SUIVE. 3. GPC-SS-009-08, diagnóstico y tratamiento del asma en menores de 18 años en el primer y segundo nivel de atención, y sistemas de información diarios de casos.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos	1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.							
34	NOM-004-SSA3-2012. Expediente Clínico. GPC-IMS-696-13 Tratamiento farmacológico para pacientes adultos con psoriasis en placas. Psoriasis vulgar CIE-10 L40.0. Psoriasis pustulosa generalizada CIE-10 L40.1. Acrodermatitis continua CIE-10 L40.2. Pustulosis palmar y plantar CIE-10 L40.3. Psoriasis guttata CIE-10 L40.4. Otras psoriasis CIE-10 L40.8. Psoriasis, no especificada CIE-10 L40.9. Intervención 117 CAUSES. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento de psoriasis	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas. 3. Apego a la normatividad correspondiente. 4. Aplicación de la GPC-IMS-696-13, tratamiento farmacológico para pacientes adultos con psoriasis en placas.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SINBA-SIS. 3. GPC-IMS-696-13, tratamiento farmacológico para pacientes adultos con psoriasis en placas.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos	1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.							
35	NOM-004-SSA3-2012. Expediente Clínico. GPC-ISSSTE-254-12 Diagnóstico de la esofagitis por reflujo en niños y adultos en los tres niveles de atención. Enfermedad del reflujo gastroesofágico con esofagitis CIE-10 K21.0. Intervención 118 CAUSES. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento de esofagitis por reflujo	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas. 3. Apego a la normatividad correspondiente. 4. Aplicación de la GPC-ISSSTE-254-12, diagnóstico de la esofagitis por reflujo en niños y adultos en los tres niveles de atención.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SINBA-SIS. 3. GPC-ISSSTE-254-12, diagnóstico de la esofagitis por reflujo en niños y adultos en los tres niveles de atención.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos	1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.							
36	NOM-004-SSA3-2012. Expediente Clínico. NOM-017-SSA2-2012. Para la vigilancia epidemiológica. GPC-BSA-150-08 Manejo de la úlcera péptica en adultos en el primer y segundo nivel de atención. Úlcera gástrica, crónica sin hemorragia ni perforación CIE-10 K25.7 Úlcera péptica, de sitio no especificado, crónica, sin hemorragia, ni perforación CIE-10 K27.7. Intervención 119 CAUSES. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento de úlcera gástrica y péptica crónica no perforada	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas. 3. Apego a la normatividad correspondiente. 4. Aplicación de la GPC-BSA-150-08, manejo de la úlcera péptica en adultos en el primer y segundo nivel de atención.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SUIVE. 3. Reporte en el SINBA-SIS. 4. Documental o electrónica de GPC-BSA-150-08, manejo de la úlcera péptica en adultos en el primer y segundo nivel de atención y sistemas de información diarios de casos.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos	1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.							
37	NOM-004-SSA3-2012. Expediente Clínico. NOM-037-SSA2-2002 Para la prevención, tratamiento y control de las dislipidemias. GPC-IMS-233-09 Diagnóstico y tratamiento de las dislipidemias. Trastornos del metabolismo de las lipoproteínas y otras lipidemias CIE-10 E78: Intervención 120 CAUSES. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento de dislipidemia	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas. 3. Apego a la normatividad correspondiente. 4. Aplicación de la GPC-IMS-233-09 diagnóstico y tratamiento de las dislipidemias.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SINBA-SIS. 3. GPC-IMS-233-09, diagnóstico y tratamiento de las dislipidemias.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos	1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.							

JCSSA001401		HOSPITAL REGIONAL COCULA		CONSULTA EXTERNA HP									
Normatividad aplicable	Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Firma	Criterios a evaluar Proceso		Firma	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Firma	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD		
		Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental			Criterios y Subcriterios		
		El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:					
38	38	NOM-004-SSA3-2012. ExpedienteClínico. GPC-SSA-292-10 Hipertiroidismo durante el embarazo. Tirotoxicosis con bocio difuso CIE-10 E05.0. Tirotoxicosis con nódulo solitario tiroideo tóxico CIE-10 E05.1. Tirotoxicosis con bocio multinodular tóxico CIE-10 E05.2. Tirotoxicosis por tejido tiroideo ectópico CIE-10 E05.3. Tirotoxicosis facticia CIE-10 E05.4. Otras tirotoxicosis CIE-10 E05.8. Tirotoxicosis, no especificada CIE-10 E05.9. Intervención 121 CAUSES. SistemaNacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento de hipertiroidismo	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas. 3. Apego a la normatividad correspondiente. 4. Aplicación de la GPC-SSA-292-10, hipertiroidismo durante el embarazo.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SINBA-SIS. 3. Sistema de información en crónicas y/o tarjetero de enfermedades crónicas. 4. GPC-SSA-292-10, hipertiroidismo durante el embarazo.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.-Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos	1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.		
39	39	NOM-004-SSA3-2012. ExpedienteClínico. GPC-SSA-292-10 Hipertiroidismo durante el embarazo. GPC-IMSS-514-11 Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de Graves en mayores de 18 años. Crisis o tormenta tirotoxic CIE-10 E05.5. Tiroiditis postparto CIE-10 O90.5. Intervención 122 CAUSES. SistemaNacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento de crisis tirotoxic	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas. 3. Apego a la normatividad correspondiente. 4. Aplicación de la GPC-SSA-292-10, hipertiroidismo durante el embarazo. GPC-IMSS-514-11, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de Graves en mayores de 18 años.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SINBA-SIS. 3. GPC-SSA-292-10, hipertiroidismo durante el embarazo. GPC-IMSS-514-11, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de Graves en mayores de 18 años.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.-Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos	1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.		
40	40	NOM-004-SSA3-2012. ExpedienteClínico. NOM-034-SSA2-2013 Para la prevención y control de los defectos al nacimiento. GPC-IMSS-265-10 Diagnóstico y tratamiento de hipotiroidismo primario en adultos. Síndrome congénito de deficiencia de yodo CIE-10 E00. Trastornos tiroideos vinculados a deficiencia de yodo y afecciones relacionadas CIE-10 E01. Hipotiroidismo subclínico por deficiencia de yodo CIE-10 E02X. Otros hipotiroidismos CIE-10 E03. Otros bocios no tóxicos CIE-10 E04. Intervención 123 CAUSES. SistemaNacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento de hipotiroidismo	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas. 3. Apego a la normatividad correspondiente. 4. Aplicación de la GPC-IMSS-265-10, diagnóstico y tratamiento de hipotiroidismo primario en adultos.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SINBA-SIS. 3. GPC-IMSS-265-10, diagnóstico y tratamiento de hipotiroidismo primario en adultos.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.-Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos	1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.		
41	41	NOM-004-SSA3-2012. ExpedienteClínico. NOM-015-SSA2-2010 Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus. GPC-SSA-302-10 Diagnóstico, tratamiento y referencia oportuna de la diabetes mellitus tipo I en el niño y adolescente en el segundo y tercer nivel de atención. Diabetes mellitus insulinodependiente, sin mención de complicación CIE-10 E10.9. Intervención 124 CAUSES. SistemaNacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento de diabetes mellitus tipo I	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas. 3. Apego a la normatividad correspondiente. 4. Aplicación de la GPC-SSA-302-10, diagnóstico, tratamiento y referencia oportuna de la diabetes mellitus tipo I en el niño y adolescente en el segundo y tercer nivel de atención.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SUIVE. 3. Reporte en el SINBA-SIS. 4. Sistema de información en enfermedades crónicas y/o tarjetero de enfermedades crónicas. 5. GPC-SSA-302-10, diagnóstico, tratamiento y referencia oportuna de la diabetes mellitus tipo I en el niño y adolescente en el segundo y tercer nivel de atención.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.-Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos	1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.		
42	42	NOM-004-SSA3-2012. ExpedienteClínico. GPC-SSA-219-09 Diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca aguda. GPC-S-186-15 Diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca aguda y crónica en niños. GPC-ISSSTE-722-15 Prevención, diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca crónica en adultos en los tres niveles de atención. Insuficiencia cardíaca CIE-10 I50. Intervención 125 CAUSES. SistemaNacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento de insuficiencia cardíaca	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas. 3. Apego a la normatividad correspondiente. 4. Aplicación de la GPC-SSA-219-09, diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca aguda. GPC-S-186-15, diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca aguda y crónica en niños. GPC-ISSSTE-722-15 prevención, diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca crónica en adultos en los tres niveles de atención.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SINBA-SIS. 3. GPC-SSA-302-10, diagnóstico, tratamiento y referencia oportuna de la diabetes mellitus tipo I en el niño y adolescente en el segundo y tercer nivel de atención.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.-Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos	1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.		
43	43	NOM-004-SSA3-2012. ExpedienteClínico. GPC-IMSS-369-10 Tratamiento farmacológico de la artritis idiopática juvenil. GPC-IMSS-195-10 Diagnóstico y tratamiento de la artritis reumatoide del adulto. reumatoides seropositiva, sin otra especificación CIE-10 M05.9. Otras artritis reumatoides CIE-10 M06. Artritis reumatoide del adulto. reumatoides seropositiva, sin otra especificación CIE-10 M08.0. Artritis juvenil de comienzo generalizado CIE-10 M08.2. Poliartritis juvenil (seronegativa) CIE-10 M08.3. Artritis juvenil, no especificada CIE-10 M08.9. Intervención 128 CAUSES. SistemaNacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento de artritis reumatoide	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas. 3. Apego a la normatividad correspondiente. 4. Aplicación de la GPC-IMSS-369-10, tratamiento farmacológico de la artritis idiopática juvenil. GPC-IMSS-195-10, diagnóstico y tratamiento de la artritis reumatoide del adulto.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SINBA-SIS. 3. GPC-IMSS-369-10, tratamiento farmacológico de la artritis idiopática juvenil. GPC-IMSS-195-10, diagnóstico y tratamiento de la artritis reumatoide del adulto	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.-Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos	1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.		



JCSSA001401		HOSPITAL REGIONAL COCULA		CONSULTA EXTERNA HP											
Normatividad aplicable	Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Evidencia Observacional	El evaluador deberá:	Criterios a evaluar Proceso		Evidencia Observacional	El evaluador deberá:	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Evidencia Documental	El evaluador deberá:	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional				Evidencia Observacional				Evidencia Documental					
		El evaluador deberá:				El evaluador deberá:				El evaluador deberá:				Criterios y Subcriterios	
44	NOM-004-SSA3-2012. Expediente Clínico. GPC-SSA-666-14 Prevención, diagnóstico y manejo de la depresión prenatal y posparto en el primer y segundo nivel de atención. GPC-IMSS-170-09 Diagnóstico y tratamiento del trastorno bipolar. GPC-IMSS-161-09 Diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo de 18 a 59 años. Trastorno afectivo bipolar CIE-10 F31. Episodio depresivo CIE-10 F32. Trastorno depresivo recurrente CIE-10 F33. Trastornos del humor [afectivos] persistentes CIE-10 F34. Psicoterapia verbal exploratoria CIE-9-MC 94.37. Psicoterapia verbal de apoyo CIE-9-MC 94.38. Intervención 129 CAUSES. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento de trastornos de ansiedad (ansiedad generalizada, trastornos de pánico, reacción de estrés, trastornos de adaptación, trastornos de estrés posttraumático y trastornos)	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas. 3. Apego a la normatividad correspondiente. 4. Aplicación de la GPC-SSA-666-14, prevención, diagnóstico y manejo de la depresión prenatal y posparto en el primer y segundo nivel de atención. GPC-IMSS-170-09, diagnóstico y tratamiento del trastorno bipolar. GPC-IMSS-161-09, diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo de 18 a 59 años.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SINBA-SIS. 3. Reporte en SUIVE. 4. GPC-SSA-666-14, prevención, diagnóstico y manejo de la depresión prenatal y posparto en el primer y segundo nivel de atención. GPC-IMSS-170-09, diagnóstico y tratamiento del trastorno bipolar. GPC-IMSS-161-09, diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo de 18 a 59 años.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos	1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.					
45	NOM-004-SSA3-2012. Expediente Clínico. Trastorno de pánico [ansiedad paroxística episódica] CIE-10 F41.0. Trastorno de ansiedad generalizada CIE-10 F41.1. Reacción al estrés grave y trastornos de adaptación CIE-10 F43. Intervención 130 CAUSES. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento de trastornos de ansiedad (ansiedad generalizada, trastornos de pánico, reacción de estrés, trastornos de adaptación, trastornos de estrés posttraumático y trastornos)	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas. 3. Apego a la normatividad correspondiente. 4. Aplicación de la GPC-SSA-666-14, prevención, diagnóstico y manejo de la depresión prenatal y posparto en el primer y segundo nivel de atención. GPC-IMSS-170-09, diagnóstico y tratamiento del trastorno bipolar. GPC-IMSS-161-09, diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo de 18 a 59 años.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SINBA-SIS. 3. Reporte en SUIVE. 4. GPC-SSA-666-14, prevención, diagnóstico y manejo de la depresión prenatal y posparto en el primer y segundo nivel de atención. GPC-IMSS-170-09, diagnóstico y tratamiento del trastorno bipolar. GPC-IMSS-161-09, diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo de 18 a 59 años.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos	1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.					
46	NOM-004-SSA3-2012. Expediente Clínico. GPC-SSA-299-10 Diagnóstico y tratamiento del delirium en el adulto mayor. GPC-SSA-222-09 Diagnóstico y tratamiento de la esquizofrenia en adultos en el primer y segundo nivel de atención. GPC-IMSS-465-11 Prevención, diagnóstico y tratamiento del delirium, en el anciano hospitalizado. Delirio, no inducido por el alcohol o por otras sustancias psicoactivas CIE-10 P05. Esquizofrenia CIE-10 F20. Trastorno esquizotípico CIE-10 F21X. Psicosis de origen no orgánico, no especificada CIE-10 F29X. Intervención 131 CAUSES. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento de trastornos psicóticos (esquizofrenia, psicosis y esquizotípico)	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas. 3. Apego a la normatividad correspondiente. 4. Aplicación de la GPC-SSA-299-10, diagnóstico y tratamiento del delirium en el adulto mayor. GPC-SSA-222-09, diagnóstico y tratamiento de la esquizofrenia en adultos en el primer y segundo nivel de atención. GPC-IMSS-465-11, prevención, diagnóstico y tratamiento del delirium, en el anciano hospitalizado.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SINBA-SIS. 3. GPC-SSA-299-10, diagnóstico y tratamiento del delirium en el adulto mayor. GPC-SSA-222-09, diagnóstico y tratamiento de la esquizofrenia en adultos en el primer y segundo nivel de atención. GPC-IMSS-465-11, prevención, diagnóstico y tratamiento del delirium, en el anciano hospitalizado.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos	1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.					
47	NOM-004-SSA3-2012. Expediente Clínico. GPC-IMSS-244-09 Diagnóstico y tratamiento de la primera crisis convulsiva en niños. Epilepsia CIE-10 R40. Convulsiones no clasificadas en otra parte CIE-10 R56 Intervención 132 CAUSES. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento de trastornos convulsivos	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas. 3. Apego a la normatividad correspondiente. 4. Aplicación de la GPC-SSA-244-09, diagnóstico y tratamiento de la primera crisis convulsiva en niños.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SINBA-SIS. 3. GPC-IMSS-244-09, diagnóstico y tratamiento de la primera crisis convulsiva en niños.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos	1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.					
48	NOM-004-SSA3-2012. Expediente Clínico. NOM-017-SSA3-2012. Para la vigilancia epidemiológica. NOM-034-SSA2- 2013 Para la prevención y control de los defectos del nacimiento. GPC-S-091-08- Diagnóstico y tratamiento oportuno de displasia del desarrollo de la cadera del recién nacido en el primer nivel de atención. Deformidades congénitas de la cadera CIE-10 Q65. Ejercicio fisioterapéutico CIE-9-MC 00.00. Terapia ocupacional en paciente pediátrico CIE-9-MC 00.06. Ejercicios de fisioterapia CIE-9-MC 93.1. Intervención 134 CAUSES. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento de trastornos de la cadera	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas. 3. Apego a la normatividad correspondiente. 4. Aplicación de la GPC-S-091-08, diagnóstico y tratamiento oportuno de displasia del desarrollo de la cadera del recién nacido en el primer nivel de atención.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SINBA-SIS y en el SUIVE. 3. GPC-S-091-08, diagnóstico y tratamiento oportuno de displasia del desarrollo de la cadera del recién nacido en el primer nivel de atención.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos	1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.					



CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN										acreditación de establecimientos y servicios de atención en salud		CAUSES-2H-2018		
JCSA001401 HOSPITAL REGIONAL COCULA														
CONSULTA EXTERNA HP														
Normatividad aplicable		Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA	Criterios a evaluar Proceso	Criterios a evaluar DOCUMENTAL	Modelo de GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	Criterios y Subcriterios							
			Evidencia Observacional	Evidencia Observacional	Evidencia Documental									
			El evaluador deberá:	El evaluador deberá:	El evaluador deberá:									
49	NOM-004-SSA3-2012. Expediente clínico. GPC-IMSS-584-12 Tratamiento de la fractura de clavícula en el adulto. GPC-IMSS-578-12 Diagnóstico y tratamiento de fractura cerrada de meseta tibial en el adulto. GPC-IMSS-577-12 Diagnóstico y tratamiento de las lesiones de meniscos en rodilla del adulto. GPC-IMSS-576-12 Diagnóstico y tratamiento de fractura de húmero proximal cerrada en el adulto joven. GPC-IMSS-575-12 Diagnóstico y tratamiento de fractura cerrada de rótula en el adulto. GPC-IMSS-573-12 Tratamiento de fractura desplazada del cuello femoral con artroplastia total en adultos mayores de 65 años. GPC-IMSS-555-12 Diagnóstico y tratamiento de fracturas de la diáfisis del húmero en el adulto. GPC-IMSS-534-11 Diagnóstico y tratamiento de fractura cerrada de la epifisis inferior del radio en los adultos mayores. GPC-IMSS-501-11 Tratamiento de las fracturas del pie en adultos. GPC-IMSS-493-11 Tratamiento de la fractura del tobillo en el adulto. GPC-IMSS-437-12 Diagnóstico y tratamiento de las fracturas y luxaciones del codo en el niño. GPC-IMSS-267-10 Diagnóstico y tratamiento de las fracturas transtrocantericas en pacientes mayores de 65 años. GPC-IMSS-266 Diagnóstico y tratamiento de fractura diafisaria cerrada de cúbito. GPC-IMSS-193-08 Diagnóstico y tratamiento de fracturas de antebrazo. GPC-IMSS-139-08 Diagnóstico y tratamiento de fractura de diáfisis de tibia. GPC-IMSS-115-08 Diagnóstico y tratamiento de fracturas intracapsulares del extremo proximal del fémur. Otras terapias físicas CIE-10 Z50.1. Atención por otros procedimientos de rehabilitación CIE-10 Z50.8. Atención por procedimiento de rehabilitación, no especificada CIE-10 Z50.9. Terapia ocupacional en lesiones de mano y extremidad superior CIE-9-MC 00.C3. Terapia ocupacional en paciente pediátrico CIE-9-MC 00.C6. Terapia ocupacional en paciente neurológico CIE-9-MC 00.C7. Terapia ocupacional: adiestramiento en cuidado y uso de órtesis en pacientes amputados CIE-9-MC 00.C8. Terapia ocupacional: adiestramiento en cuidado y uso de prótesis en pacientes amputados CIE-9-MC 00.C9. Evaluación funcional CIE-9-MC 93.01. Pruebas manuales de función muscular: (Balance muscular) CIE-9-MC 93.04. Pruebas de amplitud de movimiento: (Balance articular) CIE-9-MC 93.05. Ejercicios de fisioterapia CIE-9-MC 93.1. Otra manipulación musculoesquelética en Medicina Física y Rehabilitación CIE-9-MC 93.2. Intervención 135 CAUSES. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de	Rehabilitación de fracturas	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas. 3. Apego a la normatividad correspondiente. 4. Aplicación de la GPC-IMSS-584-12, y Tratamiento de la fractura de clavícula en el adulto. GPC-IMSS-578-12, diagnóstico y tratamiento de fractura cerrada de meseta tibial en el adulto. GPC-IMSS-577-12, diagnóstico y tratamiento de las lesiones de meniscos en rodilla del adulto. GPC-IMSS-576-12, diagnóstico y tratamiento de fractura de húmero proximal cerrada en el adulto joven. GPC-IMSS-575-12, diagnóstico y tratamiento de fractura cerrada de rótula en el adulto. GPC-IMSS-573-12, diagnóstico y tratamiento de fractura desplazada del cuello femoral con artroplastia total en adultos mayores de 65 años. GPC-IMSS-555-12, diagnóstico y tratamiento de fracturas de la diáfisis del húmero en el adulto. GPC-IMSS-534-11, diagnóstico y tratamiento de fractura cerrada de la epifisis inferior del radio en los adultos mayores. GPC-IMSS-501-11, diagnóstico y tratamiento de las fracturas del pie en adultos. GPC-IMSS-493-11, diagnóstico y tratamiento de la fractura del tobillo en el adulto. GPC-IMSS-437-12, diagnóstico y tratamiento de las fracturas y luxaciones del codo en el niño. GPC-IMSS-267-10, diagnóstico y tratamiento de las fracturas transtrocantericas en pacientes mayores de 65 años. GPC-IMSS-266, diagnóstico y tratamiento de fractura diafisaria cerrada de cúbito. GPC-IMSS-193-08, diagnóstico y tratamiento de fracturas de antebrazo. GPC-IMSS-139-08, diagnóstico y tratamiento de fractura de diáfisis de tibia. GPC-IMSS-115-08, diagnóstico y tratamiento de fracturas intracapsulares del extremo proximal del fémur.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SINBA-SIS. 3. GPC-IMSS-584-12, tratamiento de la fractura de clavícula en el adulto. GPC-IMSS-578-12, diagnóstico y tratamiento de fractura cerrada de meseta tibial en el adulto. GPC-IMSS-577-12, diagnóstico y tratamiento de las lesiones de meniscos en rodilla del adulto. GPC-IMSS-576-12, diagnóstico y tratamiento de fractura de húmero proximal cerrada en el adulto joven. GPC-IMSS-575-12, diagnóstico y tratamiento de fractura cerrada de rótula en el adulto. GPC-IMSS-573-12, diagnóstico y tratamiento de fractura desplazada del cuello femoral con artroplastia total en adultos mayores de 65 años. GPC-IMSS-555-12, diagnóstico y tratamiento de fracturas de la diáfisis del húmero en el adulto. GPC-IMSS-534-11, diagnóstico y tratamiento de fractura cerrada de la epifisis inferior del radio en los adultos mayores. GPC-IMSS-501-11, diagnóstico y tratamiento de las fracturas del pie en adultos. GPC-IMSS-493-11, diagnóstico y tratamiento de la fractura del tobillo en el adulto. GPC-IMSS-437-12, diagnóstico y tratamiento de las fracturas y luxaciones del codo en el niño. GPC-IMSS-267-10, diagnóstico y tratamiento de las fracturas transtrocantericas en pacientes mayores de 65 años. GPC-IMSS-266, diagnóstico y tratamiento de fractura diafisaria cerrada de cúbito. GPC-IMSS-193-08, diagnóstico y tratamiento de fracturas de antebrazo. GPC-IMSS-139-08, diagnóstico y tratamiento de fractura de diáfisis de tibia. GPC-IMSS-115-08, diagnóstico y tratamiento de fracturas intracapsulares del extremo proximal del fémur.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población	3.4 Información en salud de referencia.	4.1 Planeación estratégica.	4.2 Cumplimiento de la Regulación.	7.1 Administración de Procesos estratégicos.	7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.
50	NOM-004-SSA3-2012. Expediente Clínico. NOM-028-SSA2-2009 Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones. NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica. GPC-SS-023-08 Prevención, detección y consejería en adicciones para adolescentes y adultos en el primer nivel de atención. Consulta para asesoría y vigilancia por abuso de alcohol CIE-10 E71.4. Consulta para asesoría y vigilancia por abuso de drogas CIE-10 E71.5. Consulta para asesoría por abuso de tabaco CIE-10 E71.6. Problemas relacionados con el uso del tabaco CIE-10 E72.0. Problemas relacionados con el uso del alcohol CIE-10 E72.1. Problemas relacionados con el uso de drogas CIE-10 E72.2. Psicoterapia verbal exploratoria CIE-9-MC 94.37. Asesoramiento sobre toxicomanía CIE-9-MC 94.45. Asesoramiento sobre alcoholismo CIE-9-MC 94.46. Intervención 137 CAUSES. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Detección temprana de adicciones (Consejería)	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas. 3. Apego a la normatividad correspondiente. 4. Aplicación de la GPC-SS-023-08, prevención, detección y consejería en adicciones para adolescentes y adultos en el primer nivel de atención.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SINBA-SIS. 3. GPC-SS-023-08, prevención, detección y consejería en adicciones para adolescentes y adultos en el primer nivel de atención.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población	3.4 Información en salud de referencia.	4.1 Planeación estratégica.	4.2 Cumplimiento de la Regulación.	7.1 Administración de Procesos estratégicos.	7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.
51	NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica. NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. GPC-IMSS-588-12-EyR Diagnóstico diferencial de los exantemas infecciosos en la infancia. GPC-IMSS-466-11-EyR Diagnóstico y tratamiento de escarlatina. CIE-10 A03X Escarlatina. Intervención 30. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento de escarlatina	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas. 3. Apego a la normatividad correspondiente. 4. Aplicación de la GPC-IMSS-588-12-EyR, diagnóstico diferencial de los exantemas infecciosos en la infancia. GPC-IMSS-466-11-EyR, diagnóstico y tratamiento de escarlatina.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SINBA-SIS y SIUIVE. 3. GPC-IMSS-588-12-EyR, diagnóstico diferencial de los exantemas infecciosos en la infancia. GPC-IMSS-466-11-EyR, diagnóstico y tratamiento de escarlatina.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población	3.4 Información en salud de referencia.	4.1 Planeación estratégica.	4.2 Cumplimiento de la Regulación.	7.1 Administración de Procesos estratégicos.	7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.



CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

JCSSA001401		HOSPITAL REGIONAL COCULA		CONSULTA EXTERNA HP								
Normatividad aplicable		Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA	Criterios a evaluar Proceso	Criterios a evaluar DOCUMENTAL	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD						
			Evidencia Observacional	Evidencia Observacional	Evidencia Documental	Criterios y Subcriterios						
			El evaluador deberá:	El evaluador deberá:	El evaluador deberá:							
52	NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica.NOM-004-SSA3-2012 Del Expedientelínico.GPC-IMSS-588-12-EyR Diagnóstico diferencial de los exantemas infecciosos en la infancia. GPC-IMSS-138-08-EyR Prevención, diagnóstico y tratamiento de la rubéola en el primer nivel de atención. GPC-IMSS-109-08-EyR Prevención, diagnóstico y tratamiento del paciente pediátrico con sarampión. Sarampión sin complicaciones CIE-10 B05.9. Rubéola sin complicaciones CIE-10 B06.9. Parotiditis, sin complicaciones CIE-10 B26.9. Intervención 31. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento de Sarampión, Rubéola, y Parotiditis	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas. 3. Apego a la normatividad correspondiente. 4. GPC-IMSS-588-12-EyR, diagnóstico diferencial de los exantemas infecciosos en la infancia. GPC-IMSS-138-08-EyR, prevención, diagnóstico y tratamiento de la rubéola en el primer nivel de atención. GPC-IMSS-109-08-EyR, prevención, diagnóstico y tratamiento del paciente pediátrico con sarampión.	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SINBA-SIS y SUIVE. 3. GPC-IMSS-588-12-EyR, diagnóstico diferencial de los exantemas infecciosos en la infancia. GPC-IMSS-138-08-EyR, prevención, diagnóstico y tratamiento de la rubéola en el primer nivel de atención. GPC-IMSS-109-08-EyR, prevención, diagnóstico y tratamiento del paciente pediátrico con sarampión.	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población	1.4 Oferta de servicios.	3.4 Información en salud de referencia.	4.1 Planeación estratégica.	4.2 Cumplimiento de la Regulación.	7.1 Administración de Procesos estratégicos.	7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.
53	NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica. NOM-004-SSA3-2012 Del Expedientelínico. GPC-IMSS-588-12-EyR Diagnóstico, tratamiento y prevención de la varicela infantil en el primer nivel de atención. GPC-IMSS-588-12-EyR Diagnóstico diferencial de los exantemas infecciosos en la infancia. CIE-10 B01.9. Varicela sin complicaciones. Intervención 32. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento de Varicela	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas. 3. Apego a la normatividad correspondiente. 4. Aplicación de la GPC-IMSS-588-12-EyR, diagnóstico, tratamiento y prevención de la varicela infantil en el primer nivel de atención. GPC-IMSS-588-12-EyR, diagnóstico diferencial de los exantemas infecciosos en la infancia.	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SINBA-SIS. y SUIVE. 3. GPC-IMSS-588-12-EyR, diagnóstico, tratamiento y prevención de la varicela infantil en el primer nivel de atención. GPC-IMSS-588-12-EyR, diagnóstico diferencial de los exantemas infecciosos en la infancia.	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población	1.4 Oferta de servicios.	3.4 Información en salud de referencia.	4.1 Planeación estratégica.	4.2 Cumplimiento de la Regulación.	7.1 Administración de Procesos estratégicos.	7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.
54	NOM-031-SSA2-1999 Para la atención a la salud del niño. NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica. NOM-004-SSA3-2012 Del Expedientelínico.GPC-IMSS-073-08-EyR Diagnóstico y tratamiento de faringoamigdalitis aguda. GPC-IMSS-062-08-EyR Diagnóstico y manejo de la infección aguda de vías aéreas superiores en pacientes mayores de 3 meses hasta 18 años de edad. Faringitis aguda. CIE-10 J02. Amigdalitis aguda CIE-10 J03. Infecciones agudas de vías respiratorias superiores, de sitios múltiples o no especificados CIE-10 J06. Absceso periamigdalino CIE-10 J36X. Intervención 33. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento de faringoamigdalitis aguda	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas. 3. Apego a la normatividad correspondiente. 4. Aplicación de la GPC-IMSS-073-08-EyR, diagnóstico y tratamiento de faringoamigdalitis aguda. GPC-IMSS-062-08-EyR, diagnóstico y manejo de la infección aguda de vías aéreas superiores en pacientes mayores de 3 meses hasta 18 años de edad.	Verificar:1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SINBA-SIS y SUIVE. 3. GPC-IMSS-073-08-EyR, diagnóstico y tratamiento de faringoamigdalitis aguda. GPC-IMSS-062-08-EyR, diagnóstico y manejo de la infección aguda de vías aéreas superiores en pacientes mayores de 3 meses hasta 18 años de edad.	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población	1.4 Oferta de servicios.	3.4 Información en salud de referencia.	4.1 Planeación estratégica.	4.2 Cumplimiento de la Regulación.	7.1 Administración de Procesos estratégicos.	7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.
55	NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica.NOM-004-SSA3-2012 Del Expedientelínico. Tos ferina (tos convulsiva) CIE-10 A37. Intervención 34. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento de tos ferina	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas. 3. Apego a la normatividad correspondiente.	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SINBA-SIS y SUIVE. 3. Protocolo de atención.	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población	1.4 Oferta de servicios.	3.4 Información en salud de referencia.	4.1 Planeación estratégica.	4.2 Cumplimiento de la Regulación.	7.1 Administración de Procesos estratégicos.	7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.
56	NOM-031-SSA2-1999 Para la atención a la salud del niño. NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica. NOM-004-SSA3-2012 Del Expedientelínico. GPC-IMSS-496-11-EyR Prevención, diagnóstico y tratamiento de la otitis media aguda en la edad pediátrica. Otitis media no suprativa CIE-10 H65. Intervención 35. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento de otitis media no suprativa	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas. 3. Apego a la normatividad correspondiente. 4. Aplicación de la GPC-IMSS-496-11-EyR, prevención, diagnóstico y tratamiento de la otitis media aguda en la edad pediátrica.	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SINBA-SIS y SUIVE. 3. GPC-IMSS-496-11-EyR, prevención, diagnóstico y tratamiento de la otitis media aguda en la edad pediátrica.	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población	1.4 Oferta de servicios.	3.4 Información en salud de referencia.	4.1 Planeación estratégica.	4.2 Cumplimiento de la Regulación.	7.1 Administración de Procesos estratégicos.	7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.
57	NOM-031-SSA2-1999 Para la atención a la salud del niño. NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica. NOM-004-SSA3-2012 Del Expedientelínico.GPC-IMSS-062-08-EyR Diagnóstico y tratamiento de la infección aguda de vías aéreas superiores en pacientes mayores de 3 meses hasta 18 años de edad. Rinofaringitis aguda [resfriado común] CIE-10 J00X Intervención 36. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento de rinofaringitis aguda	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas. 3. Apego a la normatividad correspondiente. 4. Aplicación de laGPC-IMSS-062-08-EyR, diagnóstico y manejo de la infección aguda de vías aéreas superiores en pacientes mayores de 3 meses hasta 18 años de edad.	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SINBA-SIS. 3. GPC-IMSS-062-08-EyR, diagnóstico y manejo de la infección aguda de vías aéreas superiores en pacientes mayores de 3 meses hasta 18 años de edad.	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población	1.4 Oferta de servicios.	3.4 Información en salud de referencia.	4.1 Planeación estratégica.	4.2 Cumplimiento de la Regulación.	7.1 Administración de Procesos estratégicos.	7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.

CEDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

CAUSAS-2M-2018

JCSSA001401		HOSPITAL REGIONAL COCULA		CONSULTA EXTERNA HP					
Normatividad aplicable	Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Criterios a evaluar Proceso		Criterios a evaluar DOCUMENTAL		MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional		Evidencia Observacional		Evidencia Documental			
		El evaluador deberá:		El evaluador deberá:		El evaluador deberá:		Criterios y Subcriterios	
58	NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica. NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico GPC-IMSS-035-08-EyR Diagnóstico y tratamiento de la conjuntivitis. Conjuntivitis CIE-10 B10, Intervención 37. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento de conjuntivitis	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas. 3. Apego a la normatividad correspondiente. 4. Aplicación de la GPC-IMSS-035-08-EyR, diagnóstico y tratamiento de la conjuntivitis.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SINRA-SIS y SUIVE. 3. GPC-IMSS-035-08-EyR Diagnóstico y tratamiento de la conjuntivitis.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos 1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.
59	NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. GPC-IMSS-041-08-EyR Diagnóstico y tratamiento de la rinitis alérgica. Rinitis alérgica y vasomotora CIE-10 J30. Intervención 38. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento de rinitis alérgica y vasomotora	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas. 3. Apego a la normatividad correspondiente. 4. Aplicación de la GPC-IMSS-041-08-EyR, diagnóstico y tratamiento de la rinitis alérgica.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SINRA-SIS. 3. GPC-IMSS-041-08-EyR, diagnóstico y tratamiento de la rinitis alérgica.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos 1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.
60	NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica. NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. GPC-ISSSTE-253-12-EyR Prevención, diagnóstico y tratamiento de fiebre paratifoidea y otras salmonelosis en niños y adolescentes en primero y segundo nivel de atención. Fiebre paratifoidea CIE-10 A01.1. Fiebre paratifoidea B CIE-10 A01.2. Fiebre paratifoidea C CIE-10 A01.3. Fiebre paratifoidea, no especificada CIE-10 A01.4. Otras infecciones debidas a Salmonella CIE-10 A02. Intervención 41. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento de fiebre paratifoidea y otras salmonelosis	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas. 3. Apego a la normatividad correspondiente. 4. Aplicación de la GPC-ISSSTE-253-12-EyR, prevención, diagnóstico y tratamiento de fiebre paratifoidea y otras salmonelosis en niños y adolescentes en primero y segundo nivel de atención.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SINRA-SIS y SUIVE. 3. GPC-ISSSTE-253-12-EyR, prevención, diagnóstico y tratamiento de fiebre paratifoidea y otras salmonelosis en niños y adolescentes en primero y segundo nivel de atención.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos 1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.
61	NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica. NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. GPC-IMSS-259-10-EyR Diagnóstico y tratamiento para la fiebre tifoidea. Fiebre tifoidea CIE-10 A01.0. Intervención 42. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento de fiebre tifoidea	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas. 3. Apego a la normatividad correspondiente. 4. Aplicación de la GPC-IMSS-259-10-EyR, diagnóstico y tratamiento para la fiebre tifoidea.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SINRA-SIS y SUIVE. 3. GPC-IMSS-259-10-EyR, diagnóstico y tratamiento para la fiebre tifoidea.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos 1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.
62	NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. GPC-SSA-217-09-EyR Prevención, diagnóstico y tratamiento del herpes zóster en el adulto. Herpes zóster sin complicaciones CIE-10 B02.9. Intervención 43. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento de herpes zóster	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas. 3. Apego a la normatividad correspondiente. 4. Aplicación de la GPC-SSA-217-09-EyR, prevención, diagnóstico y tratamiento del herpes zóster en el adulto.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SINRA-SIS. 3. GPC-SSA-217-09-EyR, prevención, diagnóstico y tratamiento del herpes zóster en el adulto.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos 1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.
63	NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. Estomatitis candidiásica CIE-10 B37.0. Intervención 44. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento de candidiasis oral	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas. 3. Apego a la normatividad correspondiente.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SINRA-SIS. 3. Protocolo de atención.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos 1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.



CEDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

JCSSA001401 HOSPITAL REGIONAL COCULA									
CONSULTA EXTERNA HP									
Normatividad aplicable	Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Criterios a evaluar Proceso		Criterios a evaluar DOCUMENTAL		MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SAUD	
		Evidencia Observacional		Evidencia Observacional		Evidencia Documental		Criterios y Subcriterios	
		El evaluador deberá:		El evaluador deberá:		El evaluador deberá:			
64	NOM-031-SSA2-1999 Para la atención de la salud del niño. NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica. NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. Disenteria amebiana aguda CIE-10 A06.0. Amebiasis intestinal crónica CIE-10 A06.1. Colitis amebiana no disintérica CIE-10 A06.2. Intervención 54. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 4/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento de Amebiasis	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas. 3. Apego a la normatividad correspondiente.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SINBA-SIS y SUIVE. 3. Protocolo de atención.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos 1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.
65	NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica. NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. Anquilostomiasis Y Necatoriasis CIE-10 B76. Intervención 55. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento de anquilostomiasis y necatoriasis	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas. 3. Apego a la normatividad correspondiente.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SINBA-SIS y SUIVE. 3. Protocolo de atención.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos 1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.
66	NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica. NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. Ascariasis CIE-10 B77. Intervención 56. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento de ascariasis	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas. 3. Apego a la normatividad correspondiente.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SINBA-SIS y SUIVE. 3. Protocolo de atención.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos 1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.
67	NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica. NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. Enterobiasis CIE-10 B60X. Intervención 57. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento de enterobiasis	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas. 3. Apego a la normatividad correspondiente.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SINBA-SIS y SUIVE. 3. Protocolo de atención.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos 1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.
68	NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica. NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. Esquistosomiasis CIE-10 B67. Intervención 58. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento farmacológico de esquistosomiasis	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas. 3. Apego a la normatividad correspondiente.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SINBA-SIS y SUIVE. 3. Protocolo de atención.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos 1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.
69	NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica. NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. Esquistosomiasis (bilharziasis) CIE-10 B65. Intervención 59. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento farmacológico de esquistosomiasis	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas. 3. Apego a la normatividad correspondiente.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SINBA-SIS y SUIVE. 3. Protocolo de atención.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos 1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.



CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

CAUSES-2M-2016

JCSSA01401		HOSPITAL REGIONAL COCULA		CONSULTA EXTERNA HP						
Normatividad aplicable		Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Criterios a evaluar Proceso		Criterios a evaluar DOCUMENTAL		MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
			Evidencia Observacional		Evidencia Observacional		Evidencia Documental			
			El evaluador deberá:		El evaluador deberá:		El evaluador deberá:			
70	NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica. NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. Estrongioidiasis CIE-10 B78. Intervención 60. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento farmacológico de estrongioidiasis	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas. 3. Apego a la normatividad correspondiente.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SINBA-SIS y SUIVE. 3. Protocolo de atención.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos 1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.	
71	NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica. NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. Intervención 61. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento farmacológico de filariasis	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas. 3. Apego a la normatividad correspondiente.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SINBA-SIS y SUIVE. 3. Protocolo de atención.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos 1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.	
72	NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica. NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. SSA2-1999. GPC-SSSTE-252-12-EyR. Prevención, diagnóstico y tratamiento farmacológico de la giardiasis en niños y adolescentes de 1 a 18 años en el primer y segundo nivel de atención. (Lambliasis) CIE-10 A07.1. Intervención 62. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento farmacológico de giardiasis	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas. 3. Apego a la normatividad correspondiente. 4. Aplicación de la GPC-SSSTE-252-12-EyR, prevención, diagnóstico y tratamiento farmacológico de la giardiasis en niños y adolescentes de 1 a 18 años en el primer y segundo nivel de atención.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SINBA-SIS y SUIVE. 3. GPC-SSSTE-252-12-EyR, prevención, diagnóstico y tratamiento farmacológico de la giardiasis en niños y adolescentes de 1 a 18 años en el primer y segundo nivel de atención.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos 1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.	
73	NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica. NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. Teniasis CIE-10 B68. Intervención 63. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento farmacológico de teniasis	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas. 3. Apego a la normatividad correspondiente.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SINBA-SIS y SUIVE. 3. Protocolo de atención.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos 1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.	
74	NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica. NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. Tricuriasis CIE-10 B79X. Intervención 64. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento farmacológico de tricuriasis	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas. 3. Apego a la normatividad correspondiente.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SINBA-SIS y SUIVE. 3. Protocolo de atención.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos 1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.	
75	NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica. NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. Triquinosis CIE-10 B75X. Intervención 65. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento farmacológico de triquinosis	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas. 3. Apego a la normatividad correspondiente.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SINBA-SIS y SUIVE. 3. Protocolo de atención.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos 1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.	



JCSSA001401		HOSPITAL REGIONAL COCUILA		CONSULTA EXTERNA HP					
Normatividad aplicable	Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Criterios a evaluar Proceso		Criterios a evaluar DOCUMENTAL		MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional		Evidencia Observacional		Evidencia Documental			
		El evaluador deberá:		El evaluador deberá:		El evaluador deberá:		Criterios y Subcriterios	
76	NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica. NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. CIE-10 A23. Intervención 66. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento farmacológico de brucelosis	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas. 3. Apego a la normatividad correspondiente.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SINBA-SIS y SUIVE. 3. Protocolo de atención.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación estratégica. 7.- Mejora de Procesos 1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.
77	NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica. NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. GPC-IMSS-543-12-EyR Diagnóstico y tratamiento de escabiosis. Escabiosis CIE-10 B86X. Intervención 67. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento de escabiosis	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas. 3. Apego a la normatividad correspondiente. 4. Aplicación de la GPC-IMSS-543-12-EyR, diagnóstico y tratamiento de escabiosis.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SINBA-SIS y SUIVE. 3. GPC-IMSS-543-12-EyR, diagnóstico y tratamiento de escabiosis.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación estratégica. 7.- Mejora de Procesos 1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.
78	NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. GPC-IMSS-602-13-EyR Diagnóstico y tratamiento de la pediculosis capitis en escolares y adolescentes. Pediculosis y phthiriasis CIE-10 B85. Intervención 68. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento de pediculosis y phthiriasis	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas. 3. Apego a la normatividad correspondiente. 4. Aplicación de la GPC-IMSS-602-13-EyR, diagnóstico y tratamiento de la pediculosis.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SINBA-SIS. 3. GPC-IMSS-602-13-EyR, diagnóstico y tratamiento de la pediculosis.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación estratégica. 7.- Mejora de Procesos 1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.
79	NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. GPC-IMSS-086-08-EyR Diagnóstico y tratamiento de tiña y onicomicosis en el primer nivel de atención. Tiña de la barba y del cuero cabelludo CIE-10 B35.0. Tiña de la mano CIE-10 B35.2. Tiña del pie [Tiña pedis] CIE-10 B35.3. Tiña del cuerpo [Tiña corporis] CIE-10 B35.4. Tiña imbricada [Tiña imbricata] CIE-10 B35.5. Tiña inguinal [Tiña cruris] CIE-10 B35.6. Otras dermatofitosis CIE-10 B35.8. Dermatomitosis, no especificada CIE-10 B35.9. Otras micosis superficiales CIE-10 B36. Intervención 69. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento de micosis superficiales (excepto onicomicosis)	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas. 3. Apego a la normatividad correspondiente. 4. Aplicación de la GPC-IMSS-086-08-EyR, diagnóstico y tratamiento de tiña y onicomicosis en el primer nivel de atención.	1	Verificar: 1. Expediente clínico 2. Reporte en el SINBA-SIS. 3. GPC-IMSS-086-08-EyR, diagnóstico y tratamiento de tiña y onicomicosis en el primer nivel de atención.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación estratégica. 7.- Mejora de Procesos 1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.



CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

JCSSA001401		HOSPITAL REGIONAL COCULA		CONSULTA EXTERNA HP					
Normatividad aplicable	Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Criterios a evaluar Proceso		Criterios a evaluar DOCUMENTAL		MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional		Evidencia Observacional		Evidencia Documental		Criterios y Subcriterios	
		El evaluador deberá:		El evaluador deberá:		El evaluador deberá:			
80	NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica. NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. Crisipela CIE-10 A46X. Celulitis CIE-10 L03. Intervención 71. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento de erisipela y celulitis	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas. 3. Apego a la normatividad correspondiente.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SINBA-SIS y SUIVE. 3. Protocolo de atención.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación de Procesos 7.- Mejora de Procesos 1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.
81	NOM-011-SSA3-2014 Criterios para la atención de enfermos en situación terminal a través de cuidados paliativos. NOM-006-SSA3-2011 Para la práctica de la anestesiología. NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. GPC-IMSS-440-11-ByR Cuidados paliativos. Dolor no especificado en otra parte CIE-10 R52. Atención paliativa CIE-10 R51.5. Intervención 89. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Manejo ambulatorio de cuidados paliativos y dolor crónico	Verificar existencia de casos en el diagnóstico de salud o Sistema de Información en Salud mensual o anual y hojas diarias.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas. 3. Apego a la normatividad correspondiente. 4. Aplicación de la GPC-IMSS-440-11-ByR, cuidados paliativos.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Reporte en el SINBA-SIS. 3. GPC-IMSS-440-11-ByR, cuidados paliativos.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación de Procesos 7.- Mejora de Procesos 1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.
82	ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/09/17.	Seguridad del Paciente	Verificar que el establecimiento cuente con un procedimiento documentado para la comunicación efectiva Acción Esencial 2 (D, E) y 3B definido y aplicado al Establecimiento	1	Verificar que: 1. Las prescripciones médicas y anotaciones en documentos del Expediente clínico estén con letra legible, sin abreviaturas, sin enmendaduras, tachaduras, para mejorar la comunicación efectiva. 2. Comunica los Resultados críticos a los pacientes de conformidad con el procedimiento establecido.	1	Verificar: 1. Registros de supervisión de seguimiento. 2. Constancias de capacitación o listas de asistencia.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación de Procesos 7.- Mejora de Procesos 1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.
				82		79		80	

CALIFICACIÓN CONSULTA EXTERNA HP 98.37%

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN									
HOSPITAL REGIONAL COCULA									
MEDICINA PREVENTIVA HG, HP									
Normatividad aplicable	Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL	
		Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental	
		El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:	
									MODELO DE GESTIÓN
									Criterios
1	NOM-003-SEGOB-2011. Numeral 5. Obligaciones del patrón. 5.8 y Capítulo II, 11.1 al 11.5 de la NOM-002-STPS-2010.	Verificar: 1. Existencia de señalización. 2. Que cuente con señalamiento de emergencia para protección civil. 3. Que el punto de reunión esté delimitado e identificado.	1	Verificar: 1. Que los usuarios identifiquen las condiciones que representen riesgo para su salud e integridad física. 2. Ubicar equipos para la respuesta a emergencias e instalaciones o servicios de atención a la población en caso de desastre 3. Ubicación del punto de reunión.	1	Verificar: 1. Constancia de capacitación en materia de prevención de incendios y atención de emergencias.	0	4.- Planeación 5.- Responsabilidad social 7.- Mejora de procesos	
2	Numeral 5. Generalidades. 5.3 y 5.6. De la NOM 005-SSA3-2010 y NOM-030-SSA-2013. ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/09/17. ASEP 6C.	Verificar: 1. Que exista las condiciones generales de infraestructura, con facilidades arquitectónicas. 2. Que cuente con ruta de acceso y salida.	1	Verificar: 1. Que cuente con facilidades arquitectónicas para efectuar las actividades médicas propias del establecimiento de acuerdo con su denominación y oferta de servicios. 2. Que las áreas, salas o locales sean apropiados para la espera de pacientes y usuarios. 3. Que exista la disponibilidad de servicios sanitarios. 4. Que cuente con los accesos y salidas con la infraestructura necesaria para cubrir las necesidades especiales de las personas con discapacidad y adultos mayores.	1	Verificar bitácora de limpieza del área y baños.	1	4.- Planeación 5.- Responsabilidad social 7.- Mejora de procesos	
3	Título, Establecimientos, Capítulo I, Disposiciones comunes RIS 102 Fracción V y el numeral 5. Obligaciones del patrón, 5.10 y 5.11 de la NOM-025-STPS-2008.	Verificar que cuente con el suministro de iluminación y ventilación adecuadas.	1	Verificar: 1. Que los espacios estén provistos de iluminación suficiente, ya sea natural o artificial, adecuada a la naturaleza del trabajo. 2. Que la ventilación sea adecuada para la renovación continua del aire, evitar el calor excesivo, la condensación del vapor y polvo.	1	Verificar programa y registro del mantenimiento para las luminarias.	1	4.- Planeación 5.- Responsabilidad social 7.- Mejora de procesos	
4	Numeral 6. Especificaciones. 6.1.Consulta General. 6.1.1. Consultorio de medicina general o familiar. 6.1.1.4. De la NOM-005-SSA3-2010. ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/09/17. ASEP 5B	Verificar que cuente con lavabo con cartel de higiene de manos.	1	Verificar: 1. Existencia de abasto suficiente de insumos para higiene de manos: Jabón (líquido o gel), toallas desechables. 2. Evaluar la técnica de higiene de manos en el personal. 3. Existencia y funcionalidad de lavabo.	1	Verificar: 1.Bitácoras de mantenimiento preventivo-correctivo. 2. Sistema de Abasto de insumos.	1	4.- Planeación 5.- Responsabilidad social 7.- Mejora de procesos	
5	NOM 005-SSA3-2010. El numeral 5. Generalidades, 5.7 y 6. Especificaciones: 6.1.3. 2 y 6.1.3.3 de la norma.	Verificar que cuente con suministro de los recursos energéticos y de consumo indispensables para el funcionamiento del establecimiento de atención médica.	1	Verificar que existan contactos apropiadamente distribuidos, en número suficiente para los equipos instalados, eléctricamente polarizados y aterrizados, evitando el uso de extensiones eléctricas o contactos múltiples en un solo contacto.	1	Verificar bitácora de mantenimiento.	1	4.- Planeación 5.- Responsabilidad social 7.- Mejora de procesos	
6		Verificar que exista el siguiente mobiliario: asiento para el personal, asiento para el paciente y acompañante, banqueta de altura o similar, báscula con estadímetro, cubeta o cesto para bolsa de basura municipal, guarda de medicamentos, materiales e instrumental, mesa de exploración con plegaderas, mesa de mayo, Pasteur o similar, mueble para escribir.	1	Verificar: 1. Condiciones de funcionalidad. 2. Limpieza del mobiliario. 3. Pintura, sin zonas de oxidación o deterioro.	1	Verificar bitácoras de mantenimiento e inventario del mobiliario.	1	4.- Planeación 5.- Responsabilidad social 7.- Mejora de procesos	
7	NOM-005-SSA3-2010 que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios. Numerales, 6.1.2; 6.1.2.1; 1.1.1; 1.1.2; 1.1.3; 1.1.4; 1.1.5; 1.1.6; 3.1; 1.1.7; 1.1.8; 1.1.9; 1.1.10; 1.1.11; NOM-036-SSA2-2010, Prevención y control de enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, fagoterápicos (sueros) e inmunoglobulinas en el humano: 1.2.1; 1.2.1.1; 1.2.2; 1.2.3; 1.2.4; 1.2.5; 1.2.6; 1.3; 1.3.1; 1.3.2; 1.3.4; 1.3.5; 1.3.6; 1.3.7; 1.3.8; 1.3.9; 1.3.10; 1.3.11; 1.3.12; 1.3.13; 1.4; 1.4.1; 1.4.2.	Verificar que exista el siguiente equipo médico: 1. Esfigmomanómetro mercurial, aneróide o electrónico con brazalete de tamaño que requiera para su actividad principal. 2. Estetoscopio binauricular y estetoscopio Pinard (exclusivo HD). 3. Estuche de diagnóstico básico que incluya oftalmoscopio, otoscopio y faringoscopio. 4. Lámpara de examen con fuente de luz de fibra óptica. 5. Glucometro. 6. Plímetro para valoración nutricional. 7. Báscula para bebé. 8. Negatoscopio. 9. Electrocardiógrafo de un canal.	1	Verificar: 1. Existencia de un programa para la gestión del equipo y tecnología biomédica 2. Que el equipo médico se encuentre funcionando y en buenas condiciones.	1	Verificar: 1. inventario del equipo médico. 2. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo del equipo médico 3. Informe de calibración de las básculas, termómetro digital y esfigmomanómetro, presentando los certificados vigentes de los instrumentos de prueba que a su vez deberán estar calibrados con trazabilidad a patrones nacionales. De conformidad con lo establecido por la Secretaría de Economía a través de la Dirección General de Normatividad así como por el Centro Nacional de Metrología.	1	4.- Planeación 5.- Responsabilidad social 7.- Mejora de procesos	
8	Manual de Vacunación 2008 - 2009. Secretaría de Salud	Verificar que exista el siguiente instrumental: caja con tapa para soluciones desinfectantes, espejos Graves chicos, medianos y grandes (opcional), mango para bisturí, martillo percusor, pinza de anillos, pinza de disección con dientes y sin dientes, pinza tipo mosquito, pinza para sujetar cuello de matriz (opcional), pinza curva, portagujas recto, con ranura central y estrías cruzadas, rídon de 250 ml o de mayor capacidad, tijera recta, torcedero con tapa.	1	Verificar: 1. Que el instrumental este en buenas condiciones. 2. Que el empaque del instrumental este rotulado con la fecha de esterilización 3. Que no esté oxidado y funcione. 4. Que sea suficiente de acuerdo a la productividad. 5. Que esté completo.	1	Verificar: 1. Resguardo del instrumental. 2. Bitácora de uso de los desinfectantes. 3. Verificar listado de contenido del empaque 4. Identificación del Reporte de mantenimiento preventivo y correctivo del instrumental.	1	4.- Planeación 5.- Responsabilidad social 7.- Mejora de procesos	
9		Verificar que exista lo siguiente: cinta métrica, termómetro clínico, insumos para la vacunación, torundas, alcohol, agua bidestilada o agua estéril, algodón, termómetro de 9 litros, jeringas y agujas según corresponda para cada tipo de biológico.	1	Verificar que los insumos se encuentren en buenas condiciones y con fecha de caducidad vigente.	1	Verificar sistema de abasto de los insumos.	1	4.- Planeación 5.- Responsabilidad social 7.- Mejora de procesos	
10	Numeral 6.1.2. Consultorio de medicina preventiva. 6.1.2.1. 6.1.2.2. De la NOM-005-SSA3-2010. Numerales 9.7.1; 9.7.2; 9.7.4; 9.7.4.1; 9.7.4.2; 9.7.4.3; 9.7.4.4; 9.7.4.5; 12.1 al 12.3. De la NOM-036-SSA2-2012. Manual de Vacunación 2008-2009 Cap. 14.	Verificar: 1. Que cuente con alarmas (visuales y auditivas), termómetro exterior, puerta completamente lisa, termómetros de vástago, termómetro lineal, equipo de calibración, (termómetro lineal, vaso metálico de aluminio o de acero inoxidable, llave calibradora, o una llave española y termómetro de vástago), estantes (parillas) de acero inoxidable, charolas de aluminio, perforadas, para contener los biológicos, paquetes refrigerantes. Botellas de plástico con agua (cerradas). 2. Que se encuentre conectado a planta de emergencia.	1	Verificar: 1. Que se lleve a cabo control de temperatura como mínimo 2 veces al día los 365 días del año. 2. Que en la cara externa de la puerta del refrigerador se encuentre la leyenda "ALTO, NO LA ABRA SIN NECESIDAD. CONTIENE PRODUCTOS BIOLÓGICOS". 3. Que el biológico esté almacenado en el refrigerador: en el primer estante se colocan las vacunas: Babin, SRP, SR, Varicela y la bacteriana BCG. En el segundo estante: DPT, pentavalente acelular (DPTaV1P+Hib), toxoide tetánico y difterico (Td para el adulto y DT infantil) Antineumocócica conjugada, Antineumocócica 23 serotipos, Anti influenza, Anti hepatitis A, Anti hepatitis B, Anti rotavirus, contra el VPH, vacuna 10Tpa, y vacuna antineumocócica. Y de acuerdo a lo que determine en la normatividad vigente el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia. 4. Que todas las vacunas recibidas y las existentes estén identificadas utilizando para esto marbetes o etiquetas que se adhieren en las charolas o estantes que las contengan, los datos que deben contener son los siguientes: día de identificación del almacén o unidad de salud, unidad refrigerante (Nº de cámara fría o refrigerador), tipo de vacuna, presentación dosis/frasco, fecha de ingreso, número de lote, fecha de caducidad. 5. Que se encuentre limpio. 6. Que no haya objetos ajenos al almacenamiento.	1	Verificar: 1. Inventario de equipo. 2. Bitácora de mantenimiento preventivo correctivo. 3. Registro de calibración de termómetros. 4. Gráfica de control de temperatura. 5. Manual de Vacunación vigente 6. Plan de contingencia. 7. Bitácora de limpieza del refrigerador. 8. Propio o subrogado 9. Sistema de Referencia y contra referencia 10. Lineamientos Generales del Programa de Vacunación Universal y Semanas Nacionales de Salud, vigentes.	1	4.- Planeación 5.- Responsabilidad social 7.- Mejora de procesos	

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN												
CJCSA001401		HOSPITAL REGIONAL COCULA										
				MEDICINA PREVENTIVA HG, HP								
Normatividad aplicable		Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN
			Evidencia Observacional	El evaluador deberá:		Evidencia Observacional	El evaluador deberá:		Evidencia Documental	El evaluador deberá:		
11	Numeral 6.1.2. Consultorio de medicina preventiva. 6.1.2.1. y 6.1.2.2. De la NOM-005-SSA3-2010. Numerales 12. Eventos temporalmente asociados a la vacunación. Los numerales 9.10.1.2, 9.10.1.3; 12.1 al 12.3. De la NOM-036-SSA2-2012. Manual de Vacunación 2008-2009 Cap. 14.	Términos 9 L	Verificar: 1. Que los termos cuentan con seis paquetes refrigerantes en su interior que forman un cubo, cada paquete refrigerante debe ser de plástico resistente con boquilla de rosca, en su interior solo debe contener agua. 2. Que exista termómetro de vástago, vasos contenedores.	1	Verificar: 1. Existencia de biológico de acuerdo a programación. 2. Que el termómetro de vástago se encuentre entre 2 y 8 grados centígrados. 3. Que se lleve a cabo el control de temperatura.	1	Verificar: 1. Movimiento del biológico. 2. Censo nominal. 3. Gráfica de control de temperatura.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos			
12	Manual de Vacunación 2008 - 2009. Secretaría de Salud	Puesto de vacunación fijo	Verificar: 1. Que exista mesa de trabajo, dos sillas, termo de 5 litros. 2. Empaques de jeringas. 3. Alcoholidas o torundas alcoholadas y algodón con agua estéril, inyectable o solución fisiológica al 0.9%. 4. Cartillas nacionales de salud (Cartillas Nacionales de Vacunación). 5. Hojas de registros. 6. Toallas desechables. 7. Jabón líquido o gel. 8. Contenedor rígido para punzocortantes.	1	Verificar que el acomodo del equipo e insumos se apega a lo establecido en el Manual de Vacunación vigente: 1. En una mesa, preferentemente metálica y limpia con técnica aséptica, colocar un campo, que puede ser de tela, papel kraft o pliego de papel de estraza limpios (deberá cambiarse cada vez que se requiera o al inicio de la jornada de trabajo, no se debe envolver con papel o tela el termo ni colocarle cinta adhesiva). 2. Que se identifique el puesto de vacunación con una pancarta alusiva. 3. La instalación del espacio de trabajo del puesto de vacunación, independientemente del lado donde se precise colocar cada uno, izquierdo o derecho, debe contar con un área blanca y un área gris. 4. El área blanca se encontrará dentro de los límites del campo, se realiza la preparación de la dosis de vacuna que será aplicada y se colocarán solo el termo sumativo, las jeringas, alcoholidas alcoholadas, torundas húmedas, algodón, agua estéril, solución fisiológica al 0.9% o agua inyectable. 5. Área gris donde se colocan las Cartillas Nacionales de Salud (Cartillas Nacionales de Vacunación), las hojas de registros de dosis aplicadas y de control de temperatura, las toallas desechables, el jabón líquido o gel para aseo de manos, el contenedor rígido para punzocortantes, las bolsas de polietileno transparentes para el desecho no clasificado como RPBI; aquí se realizan las actividades complementarias a la vacunación; cuidar en todo momento que los rayos del sol no afecten directamente el termo.	1	Verificar: 1. Hojas de registros de cartillas. 2. Registro y control de aplicación de biológico. 3. Censo nominal. 3. Hoja de movimiento de biológico.	1	5.- Responsabilidad Social 7.- Mejora de Procesos			
13	CAUSAS 2016. Intervención No. 13. Intervención No. 14. Intervenciones No. 9. Intervenciones No. 2 y 11. Intervención No. 4. Intervención No 7. Intervención. No. 3. Intervención. No. 6 y 15. Intervención. No.5. Intervención No. 8. Intervención No 12 Intervención No. 161. Intervención No. 1. Intervención No. 10.	Biológico	Verificar que se cuente con el siguiente biológico: toxoides tetánico y difterico (Td) suspensión inyectable, vacuna contra el sarampión de 23 serotipos, vacuna anti poliomielitica oral tipo Sabin suspensión de virus atenuados, vacuna recombinante contra la Hepatitis B suspensión inyectable, vacuna contra coronavirus suspensión oral, vacuna triple viral (SRV) contra sarampión, rubéola y parotiditis solución inyectable, vacuna pentavalente acelular, vacuna anti influenza suspensión inyectable, vacuna contra meningococo conjugada suspensión inyectable, vacuna antipertussis con toxoides difterico y tetánico (DPT) suspensión inyectable, vacuna contra sarampión y rubéola (SRV), vacuna Tdpa, vacuna BCG suspensión inyectable, vacuna contra el virus del papiloma humano suspensión inyectable. Y las que determine en la normatividad vigente el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia.	0	Verificar: 1. Que el biológico se encuentre en óptimas condiciones. 2. Que el biológico se encuentre almacenado en los estantes correspondientes. 3. Relación entre la existencia física y la hoja de movimiento de biológico y censo nominal.	1	Verificar: 1. Sistema de Abasto de biológico. 2. Censo nominal. 3. Hoja de movimiento de biológico.	1	4 Planeación 7.- Mejora de Procesos			
14	Manual de Vacunación 2008-2009. ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/09/17. AESP 1A y 1B	Sistema de información para vacunación	Verificar que se cuente con formatos para el registro de las acciones de vacunación de acuerdo a la normatividad vigente (Manual de Vacunación), entradas y salidas de vacuna, acta administrativa circunstanciada de inactivación de biológicos, censo nominal.	1	Verificar: 1. El adecuado llenado y control de los formatos. 2. Que coincida la vacuna anotada con la existente. 3. Cuento con los dos datos para la identificación del paciente.	1	Verificar: 1. Formatos control de vacuna. 2. Censo nominal. 3. Registro de eventos supuestamente atribuibles a la vacunación o inmunización (ESAVI), graves y no graves, formatos ESAVI 1 y ESAVI 2.	1	4.-Planeación 7.-Mejora de Procesos			
15	Numeral 6. Manejo de Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos. 6.7 Programa de Contingencias de la NOM-087-SERANAT-SSA1-2002. Artículo 8 del Reglamento en materia de R.P.B.I. De la Ley General del Equilibrio Ecológico y la Protección al Ambiente.	Control de los Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos (R.P.B.I.)	Verificar existencia de contenedores para el manejo del R.P.B.I.	1	Verificar: 1. Que la señalización de la circulación de los contenedores este colocada del área generadora hacia el almacén temporal. 2. Que los R.P.B.I. Estén identificados y separados en los contenedores correspondientes de acuerdo a sus características físicas y biológicas infecciosas.	1	Verificar bitácora de registro de la recolección del R.P.B.I. (datos específicos como fecha, peso, tipo de residuo, firma del responsable del área y firma del responsable de la recolección).	1	4.-Planeación 7.-Mejora de Procesos			
16	ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/09/17.	Seguridad del Paciente	Verificar procedimientos documentados para: identificar al paciente (A), comunicación efectiva (D, E y F) y reducción del riesgo de infecciones asociadas a la atención a la salud (B), definido y aplicado al establecimiento.	1	Verificar que: 1. El personal identifica al paciente usando al menos nombre completo y fecha de nacimiento. 2. Que el personal realice las notas correspondientes en el expediente clínico y/o hoja diaria o censo. 3. Realice el procedimiento definido para la referencia y contrareferencia del paciente. 4. Que el personal conozca la técnica de higiene de manos (evaluar la técnica y el apego de acuerdo a los 5 momentos establecidos).	1	Verificar registros en expediente clínico, hoja diaria y/o censo.	1	6.- Responsabilidad Social 7.- Mejora de Procesos			
17			Verificar que el área cuente con un procedimiento documentado para la seguridad en los procedimientos Acción Esencial 4B.	1	Verificar que se realiza el tiempo fuera en la colocación o retiro de dispositivos (sondas, catéteres, dispositivos intrauterinos, entre otros).	1	Verificar los registros del tiempo fuera en los expedientes clínicos.	1	7.- Mejora de Procesos			
18			Verificar que el área cuente con un procedimiento documentado para la seguridad en el proceso de medicación Acción Esencial 1A, 3C, 3D, 3E, 3F.	1	Verificar que se realiza la doble verificación en la preparación y administración de medicamentos de alto riesgo (insulinas).	1	Verificar los registros de notificación de eventos adversos relacionados con la medicación.	1	7.- Mejora de Procesos			
				17					18			
CALIFICACIÓN MED PREVENTIVA HG, HP		86.303								17		

CALIFICACIÓN MED PREVENTIVA HG, HP

96.30%

[illegible][illegible]

Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD
CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD

servicios de atención médica
CAUSES-28-2018
IN DE CALIDAD EN SALUD
y Subcritérios
4.2 Cumplimiento de la Regulación 4.3 Planeación operativa 7.2 Administración de procesos de apoyo integral
5.3 Hospital Seguro 7.2 Administración de procesos de apoyo integral
4.2 Cumplimiento de la Regulación 4.3 Planeación operativa 7.2 Administración de procesos de apoyo integral
4.2 Cumplimiento de la Regulación 4.3 Planeación operativa 7.2 Administración de procesos de apoyo integral
4.2 Cumplimiento de la Regulación 4.3 Planeación operativa 7.2 Administración de procesos de apoyo integral
5.1 Responsabilidad pública 7.2 Administración de procesos de apoyo integral
7.4 Gestión del Riesgo en la Atención
7.4 Gestión del Riesgo en la Atención

acreditación de establecimientos y servicios de atención médica

Criterios a evaluar Estructura		Criterios a evaluar Proceso		Criterios a evaluar Documento		Modelo de Gestión de Calidad en Salud	
Normatividad aplicable	Concepto	Evidencia Observacional	Evidencia Observacional	Evidencia Documental	Evidencia Documental	Criterios y Subcriterios	
		El evaluador deberá:	El evaluador deberá:	El evaluador deberá:	El evaluador deberá:		
1	NOM-003-SEGOB-2011. Numeral 5. Obligaciones del patrón. 5.8 y Capítulo 11, 11.1 al 11.5 de la NOM-002-STPS-2010.	Verificar: 1. Existencia de señalización. 2. Que cuente con señalización de emergencia para protección civil. 3. Que el punto de reunión esté delimitado e identificado.	Verificar: 1. Que los usuarios identifiquen las condiciones que representan riesgo para su salud e integridad física. 2. Ubicar equipos para la respuesta a emergencias e instalaciones o servicios de atención a la población en caso de desastre. 3. Ubicación del punto de reunión.	1	Verificar constancia de capacitación en materia de prevención de incendios y atención de emergencias.	6.- Planeación 5.- Responsabilidad social 7.- Mejora de Procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.
2	Numeral 5. Generalidades. 5.3 y 5.6. De la NOM 005-SSA3-2010 y NOM-030-SSA-2013. ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/09/17. ASEP 6C	Verificar: 1. Que exista las condiciones generales de infraestructura, con facilidades arquitectónicas. 2. Que cuente con ruta de acceso y salida.	Verificar: 1. Que cuente con facilidades arquitectónicas para efectuar las actividades médicas propias del establecimiento de acuerdo con su denominación y oferta de servicios. 2. Que las áreas, salas o locales sean apropiados para la espera de pacientes y usuarios. 3. Que exista la disponibilidad de servicios sanitarios. 4. Que cuente con los accesos y salidas con la infraestructura necesaria para cubrir las necesidades especiales de las personas con discapacidad y adultos mayores.	1	Verificar bitácora de limpieza del área y baños.	6.- Planeación 5.- Responsabilidad social 7.- Mejora de Procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.
3	Título, Establecimientos, Capítulo 1, disposiciones comunes R13 102 Fracción V y el numeral 3. Obligaciones del patrón. 5.10 y 5.11 de la NOM-025-STPS-2008.	Verificar que cuente con el suministro de iluminación y ventilación adecuadas.	Verificar: 1. Que los espacios estén provistos de iluminación suficiente, ya sea natural o artificial, adecuada a la naturaleza del trabajo. 2. Que la ventilación sea adecuada para la renovación continua del aire, evitar el calor excesivo, la condensación del vapor y polvo.	1	Verificar programa y Registro del mantenimiento para las luminarias.	6.- Planeación 5.- Responsabilidad social 7.- Mejora de Procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.
4	Numeral 6. Especificaciones. 6.1.Consulta General. 6.1.1. Consultorio de medicina general o familiar. 6.1.1.1. De la NOM-005-SSA3-2010. ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/09/17. ASEP 5B	Verificar que cuente con lavabo con cartel de higiene de manos.	Verificar: 1. Existencia de abasto suficiente de insumos para higiene de manos: Jabón (líquido o gel), toallas desechables. 2. Evaluar la técnica de higiene de manos en el personal. 3. Existencia y funcionalidad de lavabo.	1	Verificar: 1. Bitácoras de mantenimiento preventivo-correctivo. 2. Sistema de Abasto de insumos.	6.- Planeación 5.- Responsabilidad social 7.- Mejora de Procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.
5	NOM 005-SSA3-2010. El numeral 5. Generalidades, 5.7 y 6. Especificaciones. 6.1.3. 2 y 6.1.3.3 de la	Verificar que cuente con suministro de los recursos energéticos y de consumo indispensables para el funcionamiento del establecimiento de atención médica.	Verificar que existan contactos apropiadamente distribuidos, en número suficiente para los equipos instalados, eléctricamente polarizados y aterrizados, evitando el uso de extensiones eléctricas o contactos múltiples en un solo contacto.	1	Verificar bitácora de mantenimiento.	6.- Planeación 5.- Responsabilidad social 7.- Mejora de Procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.
6		Verificar que exista el siguiente mobiliario: asiento para el personal, asiento para el paciente y acompañante, banqueta de altura o similar, báscula con estadímetro, cubeta o cetro para bolsa de basura municipal, guarda de medicamentos, materiales o instrumental, mesa de exploración con piaseras, mesa de mayo. Pasture o similar, mueble para escribir.	Verificar: 1. Condiciones de funcionalidad. 2. Limpieza del mobiliario. 3. Pintura, sin zonas de oxidación o deterioro.	1	Verificar bitácoras de mantenimiento e inventario del mobiliario.	6.- Planeación 5.- Responsabilidad social 7.- Mejora de Procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.
7	NOM-005-SSA3-2010 que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios. Numerales: 4.1. 6.1.2.1. 1.1. 1.1.1. 1.1.2. 1.1.3. 1.1.4. 1.1.5. 1.1.6. 3.1. 1.1.7. 1.1.8. 1.1.9. 1.1.10. 1.1.11. NOM-036-SSA-2012, Prevención y control de enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, ferolesopécicos (sueros) e inmunoglobulinas en el niño. 1.2. 1.2.1. 1.2.2. 1.2.3. 1.2.4. 1.2.5. 1.2.6. 1.3. 1.3.1. 1.3.2. 1.3.4. 1.3.5. 1.3.6. 1.3.7. 1.3.8. 1.3.9. 1.3.10. 1.3.11. 1.3.12. 1.3.13. 1.4.1.4.1. 1.4.2. Manual de Vacunación 2008 - 2009. Secretaría de Salud	Verificar que exista el siguiente equipo médico: 1. Esfigmomanómetro mercurial, aneroide o electrónico con brazalete de tamaño que requiera para su actividad principal. 2. Estetoscopio binauricular. 3. Estetoscopio Pinard. 4. Estuche de diagnóstico básico que incluya oftalmoscopio, otoscopio y faringoscopio. 5. Lámpara de examen con fuente de luz de fibra óptica. 6. Glucometro. 7. Filómetro para valoración nutricional. 8. Báscula pesa bebé. 9. Negatoscopio. 10. Electrocardiógrafo de un canal.	Verificar: 1. Existencia de un programa para la gestión del equipo y tecnología biomédica. 2. Que el equipo médico se encuentre funcionando y en buenas condiciones.	1	Verificar: 1. Inventario del equipo médico. 2. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo del equipo médico. 3. Informe de calibración de las básculas, termómetro digital y esfigmomanómetro, presentando los certificados vigentes de los instrumentos de prueba que a su vez deberán estar calibrados con trazabilidad a los patrones nacionales. De conformidad con lo establecido por la Secretaría de Economía a través de la Dirección General de Normatividad así como por el Centro Nacional de Metrología.	6.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 6.- Planeación 7.- Mejora de Procesos	1.4 Oferta de servicios.3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.
8		Verificar que exista el siguiente instrumental: caja con tapa para soluciones desinfectantes, espumas Grasses chinos, medianos y grandes (opcional), mango para bisturí, martillo percusor, pinza de anillos, pinza de disección con dientes y sin dientes, pinza tipo mosquito, pinza para sujetar cuello de matriz (opcional), pinza curva, portapijamas recto, con ramra central y estrías cruzadas, ríñon de 250 ml o de mayor capacidad, tijera recta, toroderador con tapa.	Verificar: 1. Que el instrumental este en buenas condiciones. 2. Que el empaque del instrumental este rotulado con la fecha de esterilización. 3. Que no esté oxidado y funcione. 4. Que sea suficiente de acuerdo a la productividad. 5. Que este completo.	1	Verificar: 1. Resguardo del instrumental. 2. Bitácora de uso de los desinfectantes. 3. Verificar listado de contenido del empaque 4. Identificación del Reporte de mantenimiento preventivo y correctivo del instrumental.	6.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 6.- Planeación 7.- Mejora de Procesos	1.4 Oferta de servicios.3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.
9		Verificar que exista lo siguiente: cinta métrica, termómetro clínico, insumos para la vacunación, torundas, alcohol, agua hisetilada o agua estéril, algodón, sero de 9 litros, jeringas y agujas según corresponda para cada tipo de biológico.	Verificar que los insumos se encuentren en buenas condiciones y con fecha de caducidad vigente.	1	Verificar sistema de abasto de los insumos.	6.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 6.- Planeación 7.- Mejora de Procesos	1.4 Oferta de servicios.3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.
10	Numeral 6.1.2. Consultorio de medicina preventiva. 6.1.2.1. V. 6.1.2.2. de la NOM-005-SSA3-2010. Numerales 9.7.1. 9.7.2. 9.7.4.1. 9.7.4.2. 9.7.4.3. 9.7.4.4. 9.7.4.5. 12.1 al 12.3. De la NOM-036-SSA-2012. Manual de Vacunación 2008-2009. Cap. 14.	Refrigerador de 10 a 18 plus cubitos (una sola puerta)	Verificar: 1. Que se lleve a cabo control de temperatura como mínimo 2 veces al día los 365 días del año. 2. Que en la cara externa de la puerta del refrigerador se encuentre la leyenda "ALTO, NO LA ABRA SIN NECESIDAD. CONTIENE PRODUCTOS BIOLÓGICOS". 3. Que el biológico este almacenado en el refrigerador: en el primer estante se colocan las vacunas Sabin, SRP, SR, Parotida y la bacteriana BCG. En el segundo estante: SRP, pentavalente acellular (OPAVTVP/Hib), toxoide tetánico y difterico (Td) para el adulto y Td infantil Anti-inmunequímicos conjuga, Anti-inmunequímicos 23 serotipos, Anti influenza, Anti hepatitis A, Anti hepatitis B, Anti rotavirus, contra el VPH, vacuna Tdpa, y vacuna antineisporococ. Y de acuerdo a lo que señale en la normatividad vigente el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia. 4. Que todas las vacunas recibidas y las existentes estén identificadas utilizando para esto marbetes o etiquetas que se adhieran en las charolas o estantes que las contengan, los datos que deben contener son los siguientes: datos de identificación del almacén o unidad de salud, unidad refrigerante (Nº de cámara fría o refrigerador), tipo de vacuna, presentación dosis/frasco, fecha de ingreso, número de lote, fecha de caducidad, 5. Que se encuentre limpio. 6. Que no haya objetos ajenos al almacenamiento.		Verificar: 1. Inventario de equipo. 2. Bitácora de mantenimiento preventivo correctivo. 3. Registro de calibración de termómetros. 4. Gráfica de control de temperatura. 5. Manual de Vacunación vigente. 6. Plan de contingencia. 7. Bitácora de limpieza del refrigerador. 8. Propio o subrogado 9. Sistema de Referencia y contra referencia 10. Lineamientos Generales del Programa de Vacunación Universal y Semanas Nacionales de Salud, vigentes.	6.- Planeación 5.- Responsabilidad social 7.- Mejora de Procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.



CEDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

JCSBA001401

HOSPITAL REGIONAL COCULA

MEDICINA PREVENTIVA SEMI													
Normatividad aplicable		Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar Proceso		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
			Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental			Evidencia Documental	
			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:	
												Críticos y Subcríticos	
11	Numeral 6.1.2. Consultorio de medicina preventiva. 6.1.2.1. Y 6.1.2.2. De la NOM-005-SSA3-2010. Numerales 12. Eventos temporales asociados a la vacunación. Los numerales 9.10.1.2, 9.10.1.3, 11.1 al 12.3. De la NOM-036-SSA2-2012. Manual de Vacunación 2008-2009 Cap. 14.	Términos 9.1	Verificar: 1. Que los termos cuenten con seis paquetes refrigerantes en su interior que forman un cubo, cada paquete refrigerante debe ser de plástico resistente con boquilla de teflón, en su interior solo debe contener agua. 2. Que exista de termómetro de vástago, vasos contenedores.	1	Verificar: 1. Existencia de biológico de acuerdo a programación. 2. Que el termómetro de vástago se encuentre entre 2 y 8 grados centígrados. 3. Que se lleve a cabo el control de temperatura.	1	Verificar: 1. Movimiento del biológico. 2. Censo nominal. 3. Gráfica de control de temperatura.	1	4.- Planeación 5.- Responsabilidad social 7.- Mejora de Procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.			
			Verificar: 1. Que exista mesa de trabajo, dos sillas, termo de 9 litros. 2. Empaques de jeringas. 3. Alcohollas o torundas alcoholadas y algodón con agua estéril, inyectable o solución fisiológica al 0.9%. 4. Cartillas nacionales de salud (Cartillas Nacionales de Vacunación). 5. Hojas de registros. 6. Toallas desechables. 7. Jabón líquido o gel. 8. Contenedor rígido para punzocortantes.	1	Verificar que el acomodo del equipo e insumos se apega a lo establecido en el Manual de Vacunación vigente: 1. En una mesa, preferentemente metálica y limpia con técnica aséptica, colocar un campo, que puede ser de tela, papel kraft o pliego de papel de estraza limpios (deberá cambiarse cada vez que se requiera o al inicio de la jornada de trabajo, no se debe envolver con papel o tela el termo ni colocarle cinta adhesiva); 2. Que se identifique el puesto de vacunación con una pancarta alusiva. 3. La instalación del espacio de trabajo del puesto de vacunación, independientemente del lado donde se precise colocar cada uno, izquierdo o derecho, debe contar con un área blanca y un área gris. 4. El área blanca se encontrará dentro de los límites del campo, se realizará la preparación de la dosis de vacuna que será aplicada y se colocarán sólo el termo normativo, las jeringas, alcohollas alcoholadas, torundas húmedas, algodón, agua estéril, solución fisiológica al 0.9% o agua inyectable. 5. Área gris donde se colocan las Cartillas Nacionales de Salud (Cartillas Nacionales de Vacunación), las hojas de registros de dosis aplicadas y de control de temperatura, las toallas desechables, el Jabón líquido o gel para asear de manos, el contenedor rígido para punzocortantes, las bolsas de polietileno transparentes para el desecho no clasificado como RPEI; aquí se realizan las actividades complementarias a la vacunación: cuidar en todo momento que los rayos del sol no afecten directamente al termo.	1		4.- Planeación 5.- Responsabilidad social 7.- Mejora de Procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.				
12	Manual de Vacunación 2008 - 2009. Secretaría de Salud	Puesto de vacunación fijo	Verificar que se cuente con el siguiente biológico: toxoides tetánico y diftérico (Td) suspensión inyectable, vacuna acelular antipertussis, tétanos y difteria TdPa, solución inyectable; vacuna contra el neumococo de 23 serotipos, vacuna anti poliomielítica oral tipo Sabin suspensión de virus atenuados SIBORSE Y CUANDO ESTE CERCA A UNA SEM, vacuna recombinante contra la Hepatitis B suspensión inyectable, vacuna contra Rotavirus suspensión oral, vacuna triple viral (SRP) contra sarampión, rubéola y parotiditis solución inyectable, vacuna pentavalente acelular, vacuna anti influenza suspensión inyectable, vacuna contra neumococo conjugada suspensión inyectable, vacuna antipertussis con toxoides diftérico y tetánico (DPT) suspensión inyectable, vacuna contra sarampión y rubéola (SR) vacuna BCG suspensión inyectable, vacuna contra el virus del papiloma humano suspensión inyectable. Y las que determine en la normatividad vigente el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia.	1	Verificar: 1. Que el biológico se encuentre en óptimas condiciones. 2. Que el biológico se encuentre almacenado en los estantes correspondientes. 3. Relación entre la existencia física y la hoja de movimiento de biológico y censo nominal.	1	Verificar: 1. Sistema de abasto de biológico. 2. Censo nominal. 3. Hoja de movimiento de biológico. 4. Evidencia de capacitación para aplicación de biológicos en situaciones especiales: en prenaturos, embarazadas, infección por VIH.	1	4.- Planeación 5.- Responsabilidad social 7.- Mejora de Procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.			
			Verificar que cuente con formatos para el registro de las acciones de vacunación de acuerdo a la normatividad vigente (Manual de Vacunación), entradas y salidas de vacuna, acta administrativa circunstanciada de inactivación de biológicos, censo nominal.	1	Verificar: 1. El adecuado llenado y control de los formatos. 2. Que coincida la vacuna anotada con la existente.	1	Verificar: 1. Formatos control de vacuna. 2. Censo nominal. 3. Registro de eventos supuestamente atribuibles a la vacunación o inmunización (ESAVI), graves y no graves, formatos ESAVI 1 y ESAVI 2.	1	4.- Planeación 5.- Responsabilidad social 7.- Mejora de Procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.			
13	CAUSES 2016. Intervención No. 13. Intervención No. 14. Intervenciones No. 9. Intervenciones No. 2 y 11. Intervención No. 4. Intervención No. 7. Intervención No. 3. Intervención No. 6 y 15. Intervención No. 5. Intervención No. 8. Intervención No. 12 Intervención No. 161. Intervención No. 1. Intervención No. 10.	Biológico	Verificar existencia de contenedores para el manejo del R.P.B.I.	1	Verificar: 1. Que la señalización de la circulación de los contenedores este colocada del Área generadora hacia el almacén temporal. 2. Que los R.P.B.I. Estén identificados y separados en los contenedores correspondientes de acuerdo a sus características físicas y biológicas infecciosas.	1	Verificar bitácora de registro de la recolección del R.P.B.I. (datos específicos como fecha, peso, tipo de residuo, firma del responsable del área y firma del responsable de la recolección).	1	4.- Planeación 5.- Responsabilidad social 7.- Mejora de Procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.			
			Verificar procedimientos documentados para: identificar al paciente (A), comunicación efectiva (D,E,y F) y reducción del riesgo de infecciones asociadas a la atención a la salud (B), definido y aplicado al establecimiento.	1	Verificar que: 1. El personal identifica al paciente usando al menos nombre completo y fecha de nacimiento 2. Que el personal realice las notas correspondientes en el expediente clínico y/o hoja diaria o censo 3. Realice el procedimiento definido para la referencia y contrarreferencia del paciente. 4. Que el personal conozca la técnica de higiene de manos (evaluar la técnica y el apego de acuerdo a los 5 momentos establecidos).	1	Verificar Registros en expediente clínico, hoja diaria y/o censo.	1	4.- Planeación 5.- Responsabilidad social 7.- Mejora de Procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.			
14	Manual de Vacunación 2008-2009. ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/09/17. ASEP 1A y 1B.	Sistema de información para vacunación.	Verificar que el área cuente con un procedimiento documentado para la seguridad en los procedimientos Acción Especial 4B.	1	Verificar que se realiza el tiempo fuera en la colocación o retiro de dispositivos (sondas, catéteres, dispositivos intrauterinos, entre otros).	1	Verificar los registros del tiempo fuera en los expedientes clínicos.	1	4.- Planeación 5.- Responsabilidad social 7.- Mejora de Procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.			
			Verificar que el área cuente con un procedimiento documentado para la seguridad en el Proceso de medicación Acción Especial 3A, 3C, 3D, 3E, 3F.	1	Verificar que: 1. se realiza la doble verificación en la preparación y administración de medicamentos de alto riesgo (insulinas).	1	Verificar los registros de notificación de eventos adversos relacionados con la medicación.	1	4.- Planeación 5.- Responsabilidad social 7.- Mejora de Procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.			
15	Numeral 6. Manejo de Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos. 6.7 Programa de Contingencias de la NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002. Artículo 8 del Reglamento en materia de R.P.B.I. De la Ley General del Equilibrio Ecológico y la Protección al Ambiente.	Control de los Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos (R.P.B.I.)	Verificar que se cuente con el siguiente biológico: toxoides tetánico y diftérico (Td) suspensión inyectable, vacuna acelular antipertussis, tétanos y difteria TdPa, solución inyectable; vacuna contra el neumococo de 23 serotipos, vacuna anti poliomielítica oral tipo Sabin suspensión de virus atenuados SIBORSE Y CUANDO ESTE CERCA A UNA SEM, vacuna recombinante contra la Hepatitis B suspensión inyectable, vacuna contra Rotavirus suspensión oral, vacuna triple viral (SRP) contra sarampión, rubéola y parotiditis solución inyectable, vacuna pentavalente acelular, vacuna anti influenza suspensión inyectable, vacuna contra neumococo conjugada suspensión inyectable, vacuna antipertussis con toxoides diftérico y tetánico (DPT) suspensión inyectable, vacuna contra sarampión y rubéola (SR) vacuna BCG suspensión inyectable, vacuna contra el virus del papiloma humano suspensión inyectable. Y las que determine en la normatividad vigente el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia.	1	Verificar: 1. Que el biológico se encuentre en óptimas condiciones. 2. Que el biológico se encuentre almacenado en los estantes correspondientes. 3. Relación entre la existencia física y la hoja de movimiento de biológico y censo nominal.	1	Verificar: 1. Sistema de abasto de biológico. 2. Censo nominal. 3. Hoja de movimiento de biológico. 4. Evidencia de capacitación para aplicación de biológicos en situaciones especiales: en prenaturos, embarazadas, infección por VIH.	1	4.- Planeación 5.- Responsabilidad social 7.- Mejora de Procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.			
			Verificar que cuente con formatos para el registro de las acciones de vacunación de acuerdo a la normatividad vigente (Manual de Vacunación), entradas y salidas de vacuna, acta administrativa circunstanciada de inactivación de biológicos, censo nominal.	1	Verificar: 1. El adecuado llenado y control de los formatos. 2. Que coincida la vacuna anotada con la existente.	1	Verificar: 1. Formatos control de vacuna. 2. Censo nominal. 3. Registro de eventos supuestamente atribuibles a la vacunación o inmunización (ESAVI), graves y no graves, formatos ESAVI 1 y ESAVI 2.	1	4.- Planeación 5.- Responsabilidad social 7.- Mejora de Procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.			
16	ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/09/17.	Seguridad del Paciente	Verificar que el área cuente con un procedimiento documentado para la seguridad en los procedimientos Acción Especial 4B.	1	Verificar que se realiza el tiempo fuera en la colocación o retiro de dispositivos (sondas, catéteres, dispositivos intrauterinos, entre otros).	1	Verificar los registros del tiempo fuera en los expedientes clínicos.	1	4.- Planeación 5.- Responsabilidad social 7.- Mejora de Procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.			
			Verificar que el área cuente con un procedimiento documentado para la seguridad en el Proceso de medicación Acción Especial 3A, 3C, 3D, 3E, 3F.	1	Verificar que: 1. se realiza la doble verificación en la preparación y administración de medicamentos de alto riesgo (insulinas).	1	Verificar los registros de notificación de eventos adversos relacionados con la medicación.	1	4.- Planeación 5.- Responsabilidad social 7.- Mejora de Procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.			
17	ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/09/17.	Seguridad del Paciente	Verificar que el área cuente con un procedimiento documentado para la seguridad en los procedimientos Acción Especial 4B.	1	Verificar que se realiza el tiempo fuera en la colocación o retiro de dispositivos (sondas, catéteres, dispositivos intrauterinos, entre otros).	1	Verificar los registros del tiempo fuera en los expedientes clínicos.	1	4.- Planeación 5.- Responsabilidad social 7.- Mejora de Procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.			
			Verificar que el área cuente con un procedimiento documentado para la seguridad en el Proceso de medicación Acción Especial 3A, 3C, 3D, 3E, 3F.	1	Verificar que: 1. se realiza la doble verificación en la preparación y administración de medicamentos de alto riesgo (insulinas).	1	Verificar los registros de notificación de eventos adversos relacionados con la medicación.	1	4.- Planeación 5.- Responsabilidad social 7.- Mejora de Procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.			
18	ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/09/17.	Seguridad del Paciente	Verificar que el área cuente con un procedimiento documentado para la seguridad en los procedimientos Acción Especial 4B.	1	Verificar que se realiza el tiempo fuera en la colocación o retiro de dispositivos (sondas, catéteres, dispositivos intrauterinos, entre otros).	1	Verificar los registros del tiempo fuera en los expedientes clínicos.	1	4.- Planeación 5.- Responsabilidad social 7.- Mejora de Procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.			
			Verificar que el área cuente con un procedimiento documentado para la seguridad en el Proceso de medicación Acción Especial 3A, 3C, 3D, 3E, 3F.	1	Verificar que: 1. se realiza la doble verificación en la preparación y administración de medicamentos de alto riesgo (insulinas).	1	Verificar los registros de notificación de eventos adversos relacionados con la medicación.	1	4.- Planeación 5.- Responsabilidad social 7.- Mejora de Procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.			

18

18

18

CALIFICACIÓN MED PREVENTIVA RMI

100.000



CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN										CAUSES-2N-2018			
JCSSA001401										HOSPITAL REGIONAL COCULA			
										HOSPITALIZACIÓN HG			
Normatividad aplicable		Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
			Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental			Criterios y Subcriterios	
			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:				
1			Verificar: 1. Existencia de señalización. 2. Que cuente con señalamiento de emergencia para protección civil. 3. Que el punto de reunión esté delimitado e identificado.	1	Verificar: 1. Rutas de evacuación y directorio. 2. Limpieza de las instalaciones. 3. Iluminación y ventilación adecuadas. 4. Instalaciones hidrosanitarias funcionando adecuadamente. 5. Las dimensiones y circulaciones de las áreas deberán permitir el desarrollo de las funciones y actividades propias del personal de enfermería.	1	Verificar: 1. Manuales de organización y procedimientos del servicio. 2. Bitácora de limpieza firmada por turno y por supervisor o jefe del servicio. 3. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo. 4. Bitácora para el registro de indicaciones verbales y telefónicas.	1	4.- Planeación. 5.- Responsabilidad social. 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
2	Los numerales 5.1.10, 5.1.13.1, 6.6, 6.6.1 ; 6.6.1.1; 6.6.7.4 ; 6.6.1.1.1; 6.6.1.1.2; 6.6.1.1.3; 6.6.1.1.4; y Apéndice G de la NOM-016-SSA3-2012. Establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada. NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 4.13 ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/09/17. AESP 2A	Central de Enfermería	Verificar EQUIPO MÉDICO: 1. Carro para curación. 2. Mesa mayo con charola. 3. Mesa Pasteur. 4. Portavenoclisis rodable. 5. Caja para desinfección de instrumentos. 6. Lebrillos. 7. Electrocardiógrafo multicanal con interpretación. 8. Esfigmomanómetro aneroides con brazalete del tamaño que requiera para su actividad principal. 9. Sistema de intercomunicación bidireccional. 10. Estetoscopio de cápsula doble (en su caso con cápsula tamaño pediátrico). 11. Estuche de diagnóstico que incluya oftalmoscopio, otoscopio y faringoscopio, con pilas y focos de repuesto. 12. Lámpara de haz dirigible. 13. Pinza de traslado. 14. Termómetros clínicos digitales (baterías de repuesto). 15. Toruñero con tapa. 16. Lámpara de examen con fuente de luz de fibra óptica o LED. 18. Negatoscopio o sustituto tecnológico.	1	Verificar: 1. Existencia de un Programa para la Gestión del Equipo y Tecnología Biomédica 2. Que el equipo médico se encuentre funcionando y en buenas condiciones. 3. El lavado de aseó de manos debe contar con: el cartel de 5 momentos de aseó de manos, y aplicado por el personal, con el abasto suficiente de insumos. 4. Funcionamiento adecuado y su ubicación debe tener libre y rápido acceso a las áreas en donde se encuentren internados los pacientes a su cargo.	1	Verificar: 1. Identificación del inventario del equipo médico 2. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo del equipo médico 3. Informe de calibración del equipo médico presentando los certificados vigentes de los instrumentos de prueba que a su vez deberán estar calibrados con trazabilidad a patrones nacionales. De conformidad con lo establecido por la Secretaría de Economía a través de la Dirección General de Normatividad así como por el Centro Nacional de Metrología.	1	4.- Planeación. 5.- Responsabilidad social. 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
3			Verificar MOBILIARIO: 1. Baño de artesa (en caso de atender pacientes pediátricos). 2. Asiento. 3. Bote para basura tipo municipal (bolsa cualquier color, excepto rojo o amarillo). 4. Bote para RPBI (bolsa roja). 5. Carro de curación. 6. Lavabo con el cartel de la técnica de higiene de manos 7. Mesa alta con tarja. 8. Mesa Mayo con charola. 9. Mesa Pasteur. 10. Mostrador escritorio. 11. Sistema porta Expedientes. 12. Anaquel o vitrina para guarda de insumos y medicamentos para el uso diario de los pacientes.	1	Verificar: 1. Existencia, funcionalidad y sin fugas hidrosanitarias. 2. Que el mobiliario se encuentre en buenas condiciones físicas así como los contenedores de RPBI . 3. Evaluar la técnica de higiene de manos. 4. Que el personal identifique al paciente desde el momento en que solicita atención. 5. Abasto e insumos para la higiene de manos: jabón (líquido o gel) y toallas desechables.	0	Verificar: 1. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo del mobiliario. 2. Bitácora de recolección de RPBI.	1	4.- Planeación. 5.- Responsabilidad social. 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
4			Verificar: 1. Que se cuente con contactos conectados a la planta de emergencia, diferenciados en color naranja o un color distintivo o una marca que los haga fácilmente identificables.	1	Verificar el área su funcionamiento a través del equipo conectado a los contactos diferenciados en color naranja.	1	1. No aplica	NA	4.- Planeación. 5.- Responsabilidad social. 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
5			Verificar: 1. Existencia. 2. Ubicación. 3. Señalización.	1	Verificar: 1. El área de trabajo de enfermeras, deberá estar libre de fuentes de contaminación. 2. Mantenimiento preventivo y correctivo de la infraestructura. 3. Limpieza. 4. Instalaciones hidráulicas sin fugas.	1	Verificar: 1. Bitácora de limpieza firmada por turno y por supervisor o jefe del servicio. 2. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo.	1	4.- Planeación. 5.- Responsabilidad social. 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
6	ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/09/17. AESP 5B	Sala de curaciones	Verificar MOBILIARIO: 1. Lavabo. 2. Anaquel o vitrina para guarda de insumos y medicamentos para el uso diario de los pacientes 4. Carteles de higiene de manos.	1	Verificar: 1. Abasto e insumos para higiene de manos: jabón (líquido o gel), toallas desechables. 2. Evaluar la técnica de higiene de manos en el personal. 3. El mobiliario para guarda de medicamentos en buenas condiciones físicas y en orden.	1	Verificar: 1. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo. 2. Bitácora de recolección de RPBI.	1	4.- Planeación. 5.- Responsabilidad social. 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
7			Verificar EQUIPO 1. Caja de Doayan. 2. Equipo de curaciones. 3. Caja para desinfección de instrumentos. 4. Termómetro clínico . 5. Toruñero con tapa.	1	Verificar: 1. Condiciones adecuadas. 2. Que la desinfección de instrumentos sea en base a las técnicas establecidas. 3. Los recipientes que contengan desinfectante deben permanecer tapados y rotulados con el nombre del producto, la fecha de preparación y caducidad, se debe contar con una bitácora de uso.	1	Verificar manual de procedimientos.	1	4.- Planeación. 5.- Responsabilidad social. 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN													
CAUSES-2N-2018													
JCSSA001401 HOSPITAL REGIONAL COCULA													
HOSPITALIZACIÓN HG													
Normatividad aplicable		Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
			Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental			Criterios y Subcriterios	
			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:				
8			Verificar MEDICAMENTOS Y MATERIAL DE CURACIÓN: 1. Antisépticos. 2. Gasas y apósitos. 3. Analgésicos. 4. Suturas. 5. Soluciones intravenosas. 6. Anestésicos locales. 7. Jeringas con agujas.	1		Verificar: 1.Suficiencia. 2. Sistema de Abasto. 3. Fecha de esterilización y de caducidad. 4. Existencia de mínimo cinco paquetes de cada sutura. 5. Empaques íntegros. 6. Rótulo de fecha de la apertura del medicamento (no mayor de siete días). 7. Rótulo de fecha de llenado de los antisépticos (cada 24 horas).	1	Verificar: 1. Registros de sistema de abasto.	1	4.- Planeación. 5.- Responsabilidad social. 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.		
9	NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, en su numeral 4 y 6	Manejo de Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos	Verificar existencia de contenedores para el manejo del R.P.B.I.	1		Verificar: 1. Que exista la señalización de la circulación de los contenedores hacia el almacén temporal. 2. Que los R.P.B.I. Estén identificados y separados en los contenedores correspondientes de acuerdo a sus características físicas y biológicas infecciosas.	1	Verificar bitácora de registro de la recolección del R.P.B.I. con los datos específicos como fecha, peso, tipo de residuo, firma del responsable del área y firma del responsable de la recolección.	1	4.- Planeación. 5.- Responsabilidad social. 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.		
10		Área de hospitalización adultos	Verificar: INFRAESTRUCTURA: Que las áreas de hospitalización cuenten con: 1. Una toma fija por cama para el suministro de oxígeno. 2. Una toma fija de aire comprimido por cada dos camas. 3. Una toma fija de aspiración controlada, pudiendo ser esta última por medio de equipos portátiles. 4. Sanitario y regaderas.	1		Verificar: 1. Limpieza, sanitización y revisiones de seguridad de las áreas de hospitalización. 2. Existencia y funcionamiento de todas las instalaciones hidrosanitarias, de gases medicinales y eléctricas.	0	Verificar: 1. Bitácora de limpieza firmada por turno y por supervisor o jefe del servicio. 2. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo. 3. Bitácora de mantenimiento a las tomas de oxígeno y aire.	1	4.- Planeación. 5.- Responsabilidad social. 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.		
11			Verificar en área de encamados MOBILIARIO: 1. Bote para basura tipo municipal (bolsa de cualquier color, excepto rojo o amarillo). 2. Bote para RPBI (bolsa roja). 3. Banqueta de altura. 4. Mesa puente. 5. Cama de hospitalización adultos con barandales. 6. Buró hospitalario. 7. Elemento divisorio por cada cama. 8. Lámpara de cabecera. 9. Lavabo con carteles de higiene de manos.	1		Verificar: 1. Funcionalidad y buen estado de mobiliario. 2. Manejo de R.P.B.I. de acuerdo a lo normado. 3. Abasto e insumos para la higiene de manos: jabón (líquido o gel) y toallas desechables. 4. Evaluar la técnica para higiene de manos. 5. Existencia de espacios tributarios y privacidad para la atención.	1	Verificar: 1. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo del equipo y mobiliario. 2. Abasto de insumos.	1	4.- Planeación. 5.- Responsabilidad social. 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.		
12	El Apéndice N y numerales 6.6.7 y 6.6.7.1 al 6.6.8.1.3 Los numerales, 6.6.7.2, 6.6.7.3, 6.6.7.4, 6.6.7.5, 6.6.7.6, 6.6.7.7, 6.6.7.8; de la NOM-016-SSA3-2012. Establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada. ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/09/17. AESP 5B		Verificar EQUIPO:1. Báscula con estadímetro 2. Fonodetector portátil de latidos fetales (En áreas de pacientes obstétricas).3. Sistema de comunicación bidireccional, así como de llamado de emergencia conectado a la central de enfermeras. 4. Bomba de infusión volumétrica.5. Flujoómetro de pared estándar.6. Aspirador neumático de pared portátil. 7. Cardiotocógrafo.	1		Verificar: 1. Funcionalidad y buen estado del equipo. 2. Calibración de báscula. 3. Funcionalidad del Sistema de comunicación, y del llamado de emergencia.	1	Verificar: 1. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo del equipo y mobiliario. 2. Registro de calibración de las básculas por jornada laboral.	1	4.- Planeación. 5.- Responsabilidad social. 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.		
13			Cuarto de aislados (área de adultos y pediátrica)	Verificar: 1. Existencia. 2. Ubicación. 3. Señalización. 4. Filtro de aislamiento con lavado el cual deberá contar con cartel de higiene de manos. 5. Sistema de aire acondicionado con filtros de alta eficiencia. 6. Equipo Médico: Monitor de signos vitales, bomba de infusión volumétrica, flujoómetro de pared estándar, aspirador neumático de pared o portátil.	2		Verificar: 1. Limpieza. 2. Infraestructura e instalaciones hidrosanitarias en buenas condiciones. 3. Procedimiento establecido, conocido y aplicado para el recambio de filtros HEPA, que permita la circulación cuando menos de seis veces y el recambio de dos volúmenes por hora. 4. Abasto suficiente insumos para protección del personal y de familiares para el acceso al cuarto de aislados (gorros, cubrebocas y batas de algodón o desechables). 5. Abasto suficiente de material para la higiene de manos: jabón (líquido o gel), toallas desechables. 6. Evaluar la técnica de higiene de manos en el personal. 7. Mobiliario funcional y en buen estado.	2	Verificar: 1. Bitácora de limpieza firmada por turno y por supervisor o jefe del servicio. 2. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo del equipo. 3. Bitácora de mantenimiento a las tomas de oxígeno y aire. 4. Bitácora de mantenimiento y recambio del Sistema de aire.	2	4.- Planeación 5.- Responsabilidad social 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.	
14	El Apéndice P y N y los numerales 6.6.7 y 6.6.7.1 al 6.6.8.1.3 Los numerales, 6.6.7.2,		Verificar: INFRAESTRUCTURA: Que el área hospitalización pediátrica cuente con las siguientes características: 1. Señalización. 2. Una toma fija de oxígeno por cama. 3. Una toma fija de aire comprimido por cada dos camas. 4. Una toma fija de aspiración controlada (equipos portátiles).	1		Verificar: 1. Infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y de gases en buenas condiciones. 2. Procedimiento establecido, conocido y aplicado para el mantenimiento y sanitización del equipo y mobiliario. 3. Limpieza de las áreas.	0	Verificar: 1. Bitácora de limpieza firmada por turno y por supervisor o jefe del servicio. 2. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo del equipo. 3. Registro de calibración de básculas por jornada laboral. 4. Bitácora de mantenimiento a las tomas de oxígeno y aire. 5. Registro de calibración de las básculas.	1	4.- Planeación 5.- Responsabilidad social 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.		

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN											CAUSAS-2N-2018		
JCS8A001401											HOSPITAL REGIONAL COCULA		
											HOSPITALIZACIÓN HG		
Normatividad aplicable		Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
			Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental			Criterios y Subcriterios	
			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:				
15	6.6.7.3, 6.6.7.4, 6.6.7.5, 6.6.7.6, 6.6.7.7, 6.6.7.8, 6.6.8, 6.6.8.1, 6.6.8.1.1, 6.6.8.1.2, 6.6.8.1.3 de la NOM-016-SSA3-2012. Establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada. Acuerdo CSG 60/06.03.17 por el que el Consejo de Salubridad General, declara la obligatoriedad de la implementación de las "Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente", en todos los establecimientos de atención médica del Sistema Nacional de Salud. Acción Esencial 5B	Hospitalización Pediátrica	Verificar MOBILIARIO: 1. Cama de hospitalización pediátrica. 2. Elemento divisorio entre cada cama. 3. Sistema de comunicación bidireccional. 4. Lavabo el cual deberá contar con cartel de higiene de manos 5. Bote para basura tipo municipal. 6. Banqueta de altura. 7. Lámpara de cabecera. 8. Mesa puente (para niños mayores). 9. Baño de artesa (en el caso de brindar atención a neonatos y lactantes).	1	Verificar: 1. Funcionalidad y buen estado de mobiliario. 2.Manejo de R.P.B.I. de acuerdo a lo normado. 3. Abasto de insumos para la higiene de manos: jabón (líquido o gel), toallas desechables 4. Evaluar técnica de higiene de manos en el personal 5. Existencia de espacios tributarios y privacidad para la atención.	1	Verificar: 1. Bitácora de limpieza firmada por turno y por supervisor o jefe del servicio. 2. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo.	1	4.- Planeación 5.- Responsabilidad social 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
16			Verificar EQUIPO: 1. Báscula con estadímetro (en su caso báscula pesabebés). 2. Incubadora de traslado. 3. Incubadora para cuidados generales (en su caso). 4. Racinetes (en su caso) 5. Bomba de infusión volumétrica y Bomba de infusión de jeringa. 6. Estetoscopio de cápsula pediátrica, 7. Esfigmomanómetro aneroides con brazalete pediátrico, lactante y neonatal, 8.Flujoómetro de pared estándar.9. Estuche de diagnóstico que incluya oftalmoscopio, otoscopio y faringoscopio. 10. Cuna de calor radiante (con fototerapia opcional).	1	Verificar: 1. Existencia. 2. Funcionalidad y buen estado del equipo.	1	Verificar: 1. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo del equipo médico. 2. Bitácora de limpieza y exhaustivos a la incubadora. 3. Registros de calibración.	1	4.- Planeación 5.- Responsabilidad social 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
17	ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/09/17. AESP 1	Atención de pacientes	Verificar: 1. Brazaletes. 2. Rótulos en cabecera. 3. Membrete en soluciones, sondas y catéteres.	1	Verificar: 1. Que exista identificación en brazaletes y cabecera por lo menos con nombre y fecha de nacimiento del paciente, fecha y hora de ingreso. 2. Membrete en soluciones con nombre, fecha y hora de inicio y término. 3. Sondas y catéteres con membrete que contenga nombre, fecha y hora. 4. Revisar hojas de enfermería y soluciones que se estén administrando al paciente.	1	Verificar: 1. Registros de ingreso y membrete.	1	4.- Planeación 5.- Responsabilidad social 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
18	numeral 6.6.7.1 de la NOM-016-SSA3-2012. Establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.	Oficina de trabajo médico	Verificar: 1. Existencia. 2. Ubicación. 3. Señalización. 4. Mobiliario y equipo de cómputo.	1	Verificar: 1. Limpieza. 2. Infraestructura en buen estado. 3. Mobiliario en buenas condiciones.	1	Verificar bitácora de limpieza firmada por turno y por supervisor o jefe del servicio.	1	4.- Planeación 5.- Responsabilidad social 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
19	numeral 6.6.7.1 de la NOM-016-SSA3-2012. Establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.	Sanitario para el personal	Verificar: 1. Sanitarios independientes para hombres y mujeres, papel sanitario y bote de campana o de pedal para basura. 2. Lavabo con cartel de la técnica de higiene de manos.	1	Verificar: 1. Limpieza e higiene de los sanitarios 2. Sin fugas de agua o drenaje. 3. Abasto e insumo para la higiene de manos: jabón (líquido o gel), toallas desechables.	1	Verificar: 1. Bitácora de limpieza firmada por turno y por supervisor o jefe del servicio. 2. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo.	1	4.- Planeación 5.- Responsabilidad social 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
20	Los numerales 4.12. de la NOM-016-SSA3-2012. Establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.	Cuarto séptico	Verificar: 1. Cuarto séptico cercano al área, con tarja, mesa de trabajo y repisas de acero inoxidable para el almacenamiento de utensilios varios. 2. Área de lavado de instrumental, con agua corriente, tarja y área de secado.	1	Verificar: 1. Que se utilice el cuarto séptico para el almacenamiento, limpieza y sanitización de los recipientes utilizados para recolectar las excretas de pacientes, así como para el acopio de ropa de cama y pacientes. 2. Que su ubicación sea accesible.	1	Verificar bitácora de control de limpieza y exhaustivos del área firmada por el jefe de turno o supervisor.	1	4.- Planeación 5.- Responsabilidad social 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
21	Los numerales 4.11. de la NOM-016-SSA3-2012. Establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.	Cuarto de aseo	Verificar: 1. Existencia. 2. Ubicación. 3. Señalización. 4. Tarja para lavado de instrumentos de aseo (evitando la contaminación de áreas que requieran condiciones especiales de asepsia).	1	Verificar: 1. Que el cuarto de aseo este ubicado estratégicamente para evitar la contaminación de áreas que requieran condiciones especiales de asepsia.	1	Verificar bitácora de control de limpieza y exhaustivos del área firmada por el jefe de turno o supervisor.	1	4.- Planeación 5.- Responsabilidad social 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
Clínica de Catéteres													



CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN									
CAUSES-ZN-2018									
JCSSA001401 HOSPITAL REGIONAL COCULA									
HOSPITALIZACIÓN HG									
Normatividad aplicable	Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Criterios a evaluar PROCESO		Criterios a evaluar DOCUMENTAL		MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional		Evidencia Observacional		Evidencia Documental		Evidencia Documental	
		El evaluador deberá:		El evaluador deberá:		El evaluador deberá:		El evaluador deberá:	
		Puntaje	Puntaje	Puntaje	Puntaje	Puntaje	Puntaje	4.- Planeación	4.1 Planeación
22		1	1	1	1	1	1	4.- Planeación 5.- Responsabilidad social 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
23	Apartados 5., 6.1. NORMA Oficial Mexicana NOM-022-SSA3-2012, que instituye las condiciones para la administración de la terapia de infusión en los Estados Unidos Mexicanos. Protocolo para el manejo estandarizado del paciente con catéter periférico central y permanente. Primera Edición: Agosto de 2011. Secretaría de Salud, DGCE.	1	1	1	1	1	1	4.- Planeación 5.- Responsabilidad social 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
24		1	1	1	1	1	1	4.- Planeación 5.- Responsabilidad social 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
Atención Médica									
25	NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico GPC-SSA-185-10-EyR, Diagnóstico y tratamiento de pielonefritis aguda no complicada en el adulto.- CIE 10 N10X Nefritis tubulointerstitial aguda. Intervención 172 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	1	1	1	1	1	1	4.- Planeación. 5.- Responsabilidad social. 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN													
CAUSES-2N-2018													
JCS5A01401 HOSPITAL REGIONAL COCULA													
HOSPITALIZACIÓN HG													
Normatividad aplicable		Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
			Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental			Evidencia Documental	
			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:	
Criterios y Subcriterios													
26	NOM-031-SSA2-1999 Para la atención a la salud del niño. NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica. NOM-004-SSA3-2012 del Expediente clínico. GPC-IMSS-032-08-EyR, Diagnóstico y tratamiento de bronquiolitis aguda en niñas / niños y en el primer nivel de atención. CIE-10 J21 Bronquiolitis aguda. Intervención 173 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Bronquiolitis	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa de diagnóstico, tratamiento y apoyo de casos de Bronquiolitis.	1	Verificar en el expediente clínico, proceso de control y seguimiento de actividades preventivas, diagnóstico, tratamiento o referencia y servicios de apoyo con registros en nota médica y Reporte en el Sistema de información SINBA, Aplicación de la GPC-IMSS-032-08-EyR, Diagnóstico y tratamiento de bronquiolitis aguda en niñas / niños y en el primer nivel de atención.	1	Verificar: 1. Registros en el expediente clínico de la utilización de los programas preventivos en estos grupos. 2. Registro en expediente clínico y Reporte (físico o electrónico) del SINBA-SIS y SUIVE. 3. Existencia documental o electrónica de la GPC-IMSS-032-08-EyR, Diagnóstico y tratamiento de bronquiolitis aguda en niñas / niños y en el primer nivel de atención.	1	4.- Planeación. 5.- Responsabilidad social. 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
27	NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica. NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. GPC-SSA-189-10-EyR Diagnóstico y tratamiento oportuno de la bronquitis aguda no complicada en el paciente adulto. CIE-10 J20 Bronquitis aguda , Intervención 174 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Bronquitis Aguda	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa de diagnóstico, tratamiento y apoyo de casos de Bronquitis aguda.	1	Verificar en el expediente clínico, proceso de control y seguimiento de actividades preventivas, diagnóstico, tratamiento o referencia y servicios de apoyo con registros en nota médica y Reporte en el Sistema de información SINBA, Aplicación de la GPC-IMSS-032-08-EyR, Diagnóstico y tratamiento de bronquiolitis aguda en niñas / niños y en el primer nivel de atención.	1	Verificar: 1. Registros en el expediente clínico de la utilización de los programas preventivos en estos grupos. 2.Registro en expediente clínico y Reporte (físico o electrónico) del SINBA-SIS y SUIVE. 3. Existencia documental o electrónica de la GPC-SSA-189-10-EyR Diagnóstico y tratamiento oportuno de la bronquitis aguda no complicada en el paciente adulto.	1	4.- Planeación. 5.- Responsabilidad social. 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
28	NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica. NOM-004-SSA3-2012 del Expediente clínico. GPC-SS-310-10-EyR, Meningitis bacteriana no clasificada en otra parte. CIE-10 G02 Meningitis en enfermedades bacterianas clasificadas en otra parte. CIE-10 G01X Meningitis en otras enfermedades infecciosas. Clasificadas otra parte CIE-10 G02 Meningitis debida a otras causas y a las no especificadas CIE-10 G03 Encefalitis mielitica y encefalomielitis. CIE-10 G04 Encefalitis mielitica y encefalomielitis en enfermedades. Clasificadas en otra parte CIE-10 G05. Punción espinal CIE-9-MC 03.31, GPC-SS-310-10-EyR Diagnóstico y tratamiento de la meningitis bacteriana aguda en adultos. Intervención 175 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Meningitis y Meningoencefalitis agudas	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa de diagnóstico, tratamiento y apoyo de casos de meningitis y meningoencefalitis agudas.	1	Verificar en el expediente clínico, proceso de control y seguimiento de actividades preventivas, diagnóstico, tratamiento o referencia y servicios de apoyo con registros en nota médica y Reporte en el Sistema de información SINBA, Aplicación de la GPC-SS-310-10-EyR Diagnóstico y tratamiento de la meningitis bacteriana aguda en adultos.	1	Verificar: 1. Registros en el expediente clínico de la utilización de los programas preventivos en estos grupos. 2. Registro en expediente clínico y Reporte (físico o electrónico) del SINBA-SIS y SUIVE. 3. Existencia documental o electrónica de la GPC-SS-310-10-EyR Diagnóstico y tratamiento de la meningitis bacteriana aguda en adultos.	1	4.- Planeación. 5.- Responsabilidad social. 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
29	NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico GPC-ISSSTE-638-13-EyR Diagnóstico y tratamiento de las complicaciones intratemporales de la otitis media supurativa en niños y adultos en el segundo y tercer nivel de atención. GPC-IMSS-521-11-EyR, Diagnóstico y tratamiento de mastoiditis aguda. Mastoiditis y afecciones relacionadas CIE-10 H70 Miringotomía CIE-9-MC 20 Mastoidectomía CIE-9-MC 20.4, Intervención 176 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Mastoiditis	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa de diagnóstico, tratamiento y apoyo de casos de mastoiditis.	1	Verificar en el expediente clínico, proceso de control y seguimiento de actividades preventivas, diagnóstico, tratamiento o referencia y servicios de apoyo con registros en nota médica y Reporte en el Sistema de información SINBA, Aplicación de la GPC-ISSSTE-638-13-EyR Diagnóstico y tratamiento de las complicaciones intratemporales de la otitis media supurativa en niños y adultos en el segundo y tercer nivel de atención. GPC-IMSS-521-11-EyR, Diagnóstico y tratamiento de mastoiditis aguda.	1	Verificar: 1. Registros en el expediente clínico de la utilización de los programas preventivos en estos grupos. 2. Registro en expediente clínico y Reporte (físico o electrónico) del SINBA-SIS. 3. Existencia documental o electrónica de la GPC-ISSSTE-638-13-EyR Diagnóstico y tratamiento de las complicaciones intratemporales de la otitis media supurativa en niños y adultos en el segundo y tercer nivel de atención. GPC-IMSS-521-11-EyR, Diagnóstico y tratamiento de mastoiditis aguda.	1	4.- Planeación. 5.- Responsabilidad social. 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
30	NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico, GPC-SSA-111-08-EyR Prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento de la osteomielitis hematogena aguda en el primer nivel de atención, Osteomielitis, CIE-10 M86 Secuestrectomía, sitio no especificado CIE-9-MC 77 Amputación de miembro superior, no especificada de otra manera CIE-9-MC 84 Amputación de miembro inferior, no especificada de otra manera CIE-9-MC 84.1 Desbridamiento excisional de herida, infección o quemadura CIE-9-MC 86.22, Intervención 177 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Osteomielitis	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa de diagnóstico, tratamiento y apoyo de casos de Osteomielitis.	1	Verificar en el expediente clínico, proceso de control y seguimiento de actividades preventivas, diagnóstico, tratamiento o referencia y servicios de apoyo con registros en nota médica y Reporte en el Sistema de información SINBA, Aplicación de la GPC-SSA-111-08-EyR Prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento de la osteomielitis hematogena aguda en el primer nivel de atención.	1	Verificar: 1. Registros en el expediente clínico de la utilización de los programas preventivos en estos grupos. 2. Registro en expediente clínico y Reporte (físico o electrónico) del SINBA-SIS. 3. Existencia documental o electrónica de la GPC-SSA-111-08-EyR Prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento de la osteomielitis hematogena aguda en el primer nivel de atención.	1	4.- Planeación. 5.- Responsabilidad social. 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			

acreditación de establecimientos y servicios de atención médica

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN													
CAUSES-2N-2018													
JCSA001401 HOSPITAL REGIONAL COCULA													
HOSPITALIZACIÓN HG													
Normatividad aplicable		Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
			Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental				
			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			Criterios y Subcriterios	
31	NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica. NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico.GPC-SSA-098-08-EyR Prevención de neumonía asociada con la ventilación mecánica, en niños y adultos en el segundo y tercer nivel de atención. GPC-S-120-08-EyR Diagnóstico y tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad en las / los pacientes de 3 meses a 18 años en el primero y segundo nivel de atención. GPC-IMSS-624-13-EyR Prevención, diagnóstico y tratamiento de la neumonía asociada a ventilación mecánica, CIE-10 J12 Neumonía viral no clasificada en otra parte, CIE-10 J13X . Intervención 178 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Neumonía en menores de 18 años	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa de diagnóstico, tratamiento y apoyo de casos de neumonía en menores de 18 años.	1	Verificar en el expediente clínico, proceso de control y seguimiento de actividades preventivas, diagnóstico, tratamiento o referencia y servicios de apoyo con registros en nota médica y Reporte en el Sistema de información SINBA, Aplicación de la GPC-SSA-098-08-EyR Prevención de neumonía asociada con la ventilación mecánica, en niños y adultos en el segundo y tercer nivel de atención. GPC-S-120-08-EyR Diagnóstico y tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad en las / los pacientes de 3 meses a 18 años en el primero y segundo nivel de atención. GPC-IMSS-624-13-EyR Prevención, diagnóstico y tratamiento de la neumonía asociada a ventilación mecánica.	1	Verificar: 1. Registros en el expediente clínico de la utilización de los programas preventivos en estos grupos. 2. Registro en expediente clínico y Reporte (físico o electrónico) del SINBA-SIS y SUIVE. 3. Existencia documental o electrónica de la GPC-SSA-098-08-EyR Prevención de neumonía asociada con la ventilación mecánica, en niños y adultos en el segundo y tercer nivel de atención. GPC-S-120-08-EyR Diagnóstico y tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad en las / los pacientes de 3 meses a 18 años en el primero y segundo nivel de atención. GPC-IMSS-624-13-EyR Prevención, diagnóstico y tratamiento de la neumonía asociada a ventilación mecánica.	1	4.- Planeación. 5.- Responsabilidad social. 7.- Mejora de procesos. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.				
32	NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica. NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. GPC-SSA-098-08-EyR Prevención de neumonía asociada con la ventilación mecánica, en niños y adultos en el segundo y tercer nivel de atención GPC-IMSS-624-13-EyR Prevención, diagnóstico y tratamiento de la neumonía asociada a ventilación mecánica, GPC-IMSS-234-09-EyR Diagnóstico y tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad en el adulto. CIE-10 J12 Neumonía viral no clasificada en otra parte. Neumonía debida a Streptococcus pneumoniae CIE-10 J13X Neumonía debida a Haemophilus influenzae CIE-10 J14X Neumonía bacteriana no clasificada en otra parte CIE-10 J15 Neumonía debida a otros microorganismos infecciosos, no clasificados en otra parte CIE-10 J16 Neumonía en enfermedades clasificadas en otra parte CIE-10 J17 Neumonía organismo no especificado. Intervención 179 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Neumonía en adultos	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa de diagnóstico, tratamiento y apoyo de casos de neumonía en adultos.	1	Verificar en el expediente clínico, proceso de control y seguimiento de actividades preventivas, diagnóstico, tratamiento o referencia y servicios de apoyo con registros en nota médica y Reporte en el Sistema de información SINBA, Aplicación de la GPC-SSA-098-08-EyR Prevención de neumonía asociada con la ventilación mecánica, en niños y adultos en el segundo y tercer nivel de atención. GPC-IMSS-624-13-EyR Prevención, diagnóstico y tratamiento de la neumonía asociada a ventilación mecánica, GPC-IMSS-234-09-EyR Diagnóstico y tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad en el adulto.	1	Verificar: 1. Registros en el expediente clínico de la utilización de los programas preventivos en estos grupos. 2. Registro en expediente clínico y Reporte (físico o electrónico) del SINBA-SIS y SUIVE. 3. Existencia documental o electrónica de la GPC-SSA-098-08-EyR Prevención de neumonía asociada con la ventilación mecánica, en niños y adultos en el segundo y tercer nivel de atención. GPC-IMSS-624-13-EyR Prevención, diagnóstico y tratamiento de la neumonía asociada a ventilación mecánica, GPC-IMSS-234-09-EyR Diagnóstico y tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad en el adulto.	1	4.- Planeación. 5.- Responsabilidad social. 7.- Mejora de procesos. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.				
33	NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica. NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. CIE-10 A06.4 Absceso hepático amebiano. Hepatotomía CIE-9-MC 50.0X. Intervención 180 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Absceso Hepático Amebiano	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa de diagnóstico, tratamiento y apoyo de casos de absceso hepático amebiano.	1	Verificar en el expediente clínico, proceso de control y seguimiento de actividades preventivas, diagnóstico, tratamiento o referencia y servicios de apoyo con registros en nota médica y Reporte en el Sistema de información.	1	Verificar: 1. Registros en el expediente clínico de la utilización de los programas preventivos en estos grupos. 2. Registro en expediente clínico y Reporte (físico o electrónico) del SINBA-SIS y SUIVE. 3. Existencia documental o electrónica de la GPC-IMSS-282-10-EyR Diagnóstico y tratamiento del neumotórax espontáneo.	1	4.- Planeación. 5.- Responsabilidad social. 7.- Mejora de procesos. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.				
34	NOM-039-SSA2-2002 Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual. NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. GPC-IMSS-072-08-EyR Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad inflamatoria pélvica en mujeres mayores de 14 años con vida sexual activa. CIE-10 N70 Salpingitis y ooforitis. Enfermedades inflamatorias del útero, excepto cuello CIE-10 N71 Parametrítis y celuitis pélvica aguda CIE-10 N73.0 Parametrítis y celuitis pélvica crónica CIE-10 N73.1 Parametrítis y celuitis pélvica no especificada CIE-10 N73.2 Otras enfermedades inflamatorias pélvicas femeninas CIE-10 N73.8 Enfermedad inflamatoria pélvica femenina, Intervención 181 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Enfermedad Pélvica Inflamatoria	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa de diagnóstico, tratamiento y apoyo de casos de enfermedad pélvica inflamatoria.	1	Verificar en el expediente clínico, proceso de control y seguimiento de actividades preventivas, diagnóstico, tratamiento o referencia y servicios de apoyo con registros en nota médica y Reporte en el Sistema de información SINBA, Aplicación de la GPC-IMSS-072-08-EyR Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad inflamatoria pélvica en mujeres mayores de 14 años con vida sexual activa.	1	Verificar: 1. Registros en el expediente clínico de la utilización de los programas preventivos en estos grupos. 2. Registro en expediente clínico y Reporte (físico o electrónico) del SINBA-SIS y SUIVE. 3. Existencia documental o electrónica de la GPC-IMSS-072-08-EyR Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad inflamatoria pélvica en mujeres mayores de 14 años con vida sexual activa.	1	4.- Planeación. 5.- Responsabilidad social. 7.- Mejora de procesos. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.				



CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN												
CAUSES-2N-2018												
JCSA01401 HOSPITAL REGIONAL COCULA												
HOSPITALIZACIÓN HG												
Normatividad aplicable	Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental			Criterios y Subcriterios	
		El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:				
35	NOM-007-SSA2-2016 Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. GPC-SSA-026-08-EYR Prevención, diagnóstico y referencia de la amenaza de aborto en el primer nivel de atención. CIE-10 O20.0 Amenaza de aborto. Intervención 182 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Amenaza de Aborto	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa de diagnóstico, tratamiento y apoyo de casos de amenaza de aborto.	1	Verificar en el expediente clínico, proceso de control y seguimiento de actividades preventivas, diagnóstico, tratamiento o referencia y servicios de apoyo con registros en nota médica y Reporte en el Sistema de Información SINBA, Aplicación de la GPC-SSA-026-08-EYR Prevención, diagnóstico y referencia de la amenaza de aborto en el primer nivel de atención.	1	Verificar: 1. Registros en el expediente clínico de la utilización de los programas preventivos en estos grupos. 2. Registro en expediente clínico y Reporte (físico o electrónico) del SINBA-SIS. 3. Existencia documental o electrónica de la GPC-SSA-026-08-EYR Prevención, diagnóstico y referencia de la amenaza de aborto en el primer nivel de atención.	1	4.- Planeación. 5.- Responsabilidad social. 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.		
36	NOM-007-SSA2-2016 Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. GPC-SSA-118-08-EYR Prevención primaria y tamizaje del parto pretérmino en el primer nivel de atención. GPC-IMSS-063-08-EYR Diagnóstico y manejo del parto pretérmino en el segundo y tercer nivel de atención. CIE-10 O47.0 Falso trabajo de parto antes de las 37 semanas completas de gestación. Intervención183 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Parto Pretérmino	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa de diagnóstico, tratamiento y apoyo de casos de amenaza de parto pretérmino.	1	Verificar en el expediente clínico, proceso de control y seguimiento de actividades preventivas, diagnóstico, tratamiento o referencia y servicios de apoyo con registros en nota médica y Reporte en el Sistema de Información SINBA, Aplicación de la GPC-SSA-118-08-EYR Prevención primaria y tamizaje del parto pretérmino en el primer nivel de atención. GPC-IMSS-063-08-EYR Diagnóstico y manejo del parto pretérmino en el segundo y tercer nivel de atención.	1	Verificar: 1. Registros en el expediente clínico de la utilización de los programas preventivos en estos grupos. 2. Registro en expediente clínico y Reporte (físico o electrónico) del SINBA-SIS. 3. Existencia documental o electrónica de la GPC-SSA-118-08-EYR Prevención primaria y tamizaje del parto pretérmino en el primer nivel de atención. GPC-IMSS-063-08-EYR Diagnóstico y manejo del parto pretérmino en el segundo y tercer nivel de atención.	1	4.- Planeación. 5.- Responsabilidad social. 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.		
37	NOM-007-SSA2-2016 Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio . NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. GPC-SS-753-15-EYR Intervenciones de enfermería durante el puerperio fisiológico en el primer nivel de atención. GPC-IMSS-052-08-EYR Vigilancia y manejo del parto. CIE-10 O80 Parto único espontaneo. Otros partos únicos asistidos. CIE-10 O83 Parto múltiple, todos espontáneos. CIE-10 O84.0 Examen y atención del postparto. CIE-10 Z39 Episiotomía CIE-9-MC 73.6X. Procedimiento que reducen la morbilidad y la mortalidad materno-neonatal al nacimiento. Intervención 184 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Parto y puerperio fisiológico	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa de diagnóstico, tratamiento y apoyo de casos de atención del parto y puerperio fisiológico.	1	Verificar en el expediente clínico, proceso de control y seguimiento de actividades preventivas, diagnóstico, tratamiento o referencia y servicios de apoyo con registros en nota médica y Reporte en el Sistema de Información SINBA, Aplicación de la GPC-SS-753-15-EYR Intervenciones de enfermería durante el puerperio fisiológico en el primer nivel de atención. GPC-IMSS-052-08-EYR Vigilancia y manejo del parto; promoción de la lactancia materna	1	Verificar: 1. Registros en el expediente clínico de la utilización de los programas preventivos en estos grupos. 2. Registro en expediente clínico y Reporte (físico o electrónico) del SINBA-SIS. 3. Existencia documental o electrónica de la GPC-SS-753-15-EYR Intervenciones de enfermería durante el puerperio fisiológico en el primer nivel de atención. GPC-IMSS-052-08-EYR Vigilancia y manejo del parto.	1	4.- Planeación. 5.- Responsabilidad social. 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.		
38	NOM-007-SSA2-2016 Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio . NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. GPC-IMSS-272-10-EYR Diagnóstico y tratamiento de sepsis puerperal. CIE-10 N73.3 Peritonitis pélvica aguda, femenina. Peritonitis pélvica crónica, femenina CIE-10 N73.4. Peritonitis pélvica femenina, no especificada CIE-10 N73.5 Adherencias peritoneales pélvicas femeninas Intervención 185 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Pelvipерitonitis	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa de diagnóstico, tratamiento y apoyo de casos de pelvipерitonitis.	1	Verificar en el expediente clínico, proceso de control y seguimiento de actividades preventivas, diagnóstico, tratamiento o referencia y servicios de apoyo con registros en nota médica y Reporte en el Sistema de Información SINBA, Aplicación de la GPC-IMSS-272-10-EYR Diagnóstico y tratamiento de sepsis puerperal.	1	Verificar: 1. Registros en el expediente clínico de la utilización de los programas preventivos en estos grupos. 2. Registro en expediente clínico y Reporte (físico o electrónico) del SINBA-SIS. 3. Existencia documental o electrónica de la GPC-IMSS-272-10-EYR Diagnóstico y tratamiento de sepsis puerperal.	1	4.- Planeación. 5.- Responsabilidad social. 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.		
39	NOM-007-SSA2-2016 Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio . NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. GPC-IMSS-272-10-EYR Diagnóstico y tratamiento de sepsis puerperal. CIE-10 O85X Sepsis puerperal. Intervención 186 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Endometritis Puerperal	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa de diagnóstico, tratamiento y apoyo de casos de Endometritis puerperal.	1	Verificar en el expediente clínico, proceso de control y seguimiento de actividades preventivas, diagnóstico, tratamiento o referencia y servicios de apoyo con registros en nota médica y Reporte en el Sistema de Información SINBA, Aplicación de la GPC-IMSS-272-10-EYR Diagnóstico y tratamiento de sepsis puerperal.	1	Verificar: 1. Registros en el expediente clínico de la utilización de los programas preventivos en estos grupos. 2. Registro en expediente clínico y Reporte (físico o electrónico) del SINBA-SIS. 3. Existencia documental o electrónica de la GPC-IMSS-272-10-EYR Diagnóstico y tratamiento de sepsis puerperal.	1	4.- Planeación. 5.- Responsabilidad social. 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.		

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN										
CAUSES-2N-2018										
JCSSA001401 HOSPITAL REGIONAL COCULA										
HOSPITALIZACIÓN HG										
Normatividad aplicable	Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		
		Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental		
		El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:		
MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD										
Criterios y Subcriterios										
40	NOM-007-SSA2-2016 Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio . NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. GPC-IMSS-436-11-Eyr Detección y tratamiento inicial de las emergencias obstétricas. GPC-IMSS-272-10-Eyr Diagnóstico y tratamiento de sepsis puerperal. CIE-10 O85X Pírexia de origen desconocido consecutiva al parto CIE-10 O86.4 Otras infecciones puerperales especificadas CIE-10 O86.8 Choque séptico CIE-10 R57.2 <sepsis puerperal. Intervención 187 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Choque Séptico Puerperal	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa de diagnóstico, tratamiento y apoyo de casos de choque séptico puerperal.	1	Verificar en el expediente clínico, proceso de control y seguimiento de actividades preventivas, diagnóstico, tratamiento o referencia y servicios de apoyo con registros en nota médica y Reporte en el Sistema de información SINBA, Aplicación de la GPC-IMSS-436-11-Eyr Detección y tratamiento inicial de las emergencias obstétricas. GPC-IMSS-272-10-Eyr Diagnóstico y tratamiento de sepsis puerperal.	1	Verificar: 1. Registros en el expediente clínico de la utilización de los programas preventivos en estos grupos. 2. Registro en expediente clínico y Reporte (físico o electrónico) del SINBA-SIS. 3. Existencia documental o electrónica de la GPC-IMSS-436-11-Eyr Detección y tratamiento inicial de las emergencias obstétricas. GPC-IMSS-272-10-Eyr Diagnóstico y tratamiento de sepsis puerperal.	1	4.- Planeación. 5.- Responsabilidad social. 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
41	NOM-034-SSA2-2013 Para la prevención y control de los defectos al nacimiento NOM-007-SSA2-2016 Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio . NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. GPC-SS-055-08-Eyr Atención del recién nacido sano GPC-SS-055-08-Eyr Detección de hipocausia en el recién nacido GPC-SSSTE-699-13-Eyr Prevención, control y detección en el recién nacido de término sano en el primer nivel de atención a la salud. CIE-10 Z00.1 Control de la salud de rutina del niño. Producto del parto no especificado CIE-10 Z37.9 Pruebas neonatales CIE-9-MC 00.1. Reconocimiento médico general CIE-9-MC 89.7X. Intervención 188 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Recién Nacido	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa de diagnóstico, tratamiento y apoyo de casos de recién nacido.	1	Verificar en el expediente clínico, proceso de control y seguimiento de actividades preventivas, diagnóstico, tratamiento o referencia y servicios de apoyo con registros en nota médica y Reporte en el Sistema de información SINBA, Aplicación de la GPC-SSA-226-09-Eyr Atención del recién nacido sano GPC-SS-055-08-Eyr Detección de hipocausia en el recién nacido GPC-SSSTE-699-13-Eyr Prevención, control y detección en el recién nacido de término sano en el primer nivel de atención a la salud; promoción de la lactancia materna.	1	Verificar: 1. Registros en el expediente clínico de la utilización de los programas preventivos en estos grupos. 2. Registro en expediente clínico y Reporte (físico o electrónico) del SINBA-SIS. 3. Existencia documental o electrónica de la GPC-SSA-226-09-Eyr Atención del recién nacido sano GPC-SS-055-08-Eyr Detección de hipocausia en el recién nacido GPC-SSSTE-699-13-Eyr Prevención, control y detección en el recién nacido de término sano en el primer nivel de atención a la salud.	1	4.- Planeación. 5.- Responsabilidad social. 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
42	NOM-007-SSA2-2016 Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio . NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. GPC-IMSS-262-10-Eyr Detección oportuna, diagnóstico y tratamiento de la hiperbilirrubinemia en niños mayores de 35 semanas de gestación hasta las 2 semanas de vida extrauterina. CIE-10 P58 Ictericia neonatal debida a otras hemolisis excesivas. CIE-10 P59 Ictericia neonatal por otras causas y por las no especificadas. Intervención 189 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Ictericia Neonatal	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa de diagnóstico, tratamiento y apoyo de casos de Ictericia Neonatal.	1	Verificar en el expediente clínico, proceso de control y seguimiento de actividades preventivas, diagnóstico, tratamiento o referencia y servicios de apoyo con registros en nota médica y Reporte en el Sistema de información SINBA, Aplicación de la GPC-IMSS-262-10-Eyr Detección oportuna, diagnóstico y tratamiento de la hiperbilirrubinemia en niños mayores de 35 semanas de gestación hasta las 2 semanas de vida extrauterina.	1	Verificar: 1. Registros en el expediente clínico de la utilización de los programas preventivos en estos grupos. 2. Registro en expediente clínico y Reporte (físico o electrónico) del SINBA-SIS. 3. Existencia documental o electrónica de la GPC-IMSS-262-10-Eyr Detección oportuna, diagnóstico y tratamiento de la hiperbilirrubinemia en niños mayores de 35 semanas de gestación hasta las 2 semanas de vida extrauterina.	1	4.- Planeación. 5.- Responsabilidad social. 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
43	NOM-007-SSA2-2016 Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio . NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. GPC-IMSS-645-13-Eyr Intervenciones de enfermería en la atención del recién nacido prematuro. GPC-IMSS-418-11-Eyr Alimentación enteral del recién nacido prematuro menor o igual a 32 semanas de edad gestacional. CIE-10 P07.3 Otros recién nacidos pretérmino C49:049. Intervención 190 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Recién Nacido Pretérmino	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa de diagnóstico, tratamiento y apoyo de casos de Recién nacido pretérmino sin complicaciones.	1	Verificar en el expediente clínico, proceso de control y seguimiento de actividades preventivas, diagnóstico, tratamiento o referencia y servicios de apoyo con registros en nota médica y Reporte en el Sistema de información SINBA, Aplicación de la GPC-IMSS-645-13-Eyr Intervenciones de enfermería en la atención del recién nacido prematuro. GPC-IMSS-418-11-Eyr Alimentación enteral del recién nacido prematuro menor o igual a 32 semanas de edad gestacional.	1	Verificar: 1. Registros en el expediente clínico de la utilización de los programas preventivos en estos grupos. 2. Registro en expediente clínico y Reporte (físico o electrónico) del SINBA-SIS. 3. Existencia documental o electrónica de la GPC-IMSS-645-13-Eyr Intervenciones de enfermería en la atención del recién nacido prematuro. GPC-IMSS-418-11-Eyr Alimentación enteral del recién nacido prematuro menor o igual a 32 semanas de edad gestacional.	1	4.- Planeación. 5.- Responsabilidad social. 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
44	NOM-007-SSA2-2016 Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio . NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. GPC-IMSS-645-13-Eyr Intervenciones de enfermería en la atención del recién nacido prematuro. Otros recién nacidos pretérmino CIE-10 P07.3. CIE-10 P80 Hipotermia del recién nacido. Intervención 191 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Recién Nacido Pretérmino con Hipotermia	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa de diagnóstico, tratamiento y apoyo de casos de Recién nacido pretérmino con hipotermia.	1	Verificar en el expediente clínico, proceso de control y seguimiento de actividades preventivas, diagnóstico, tratamiento o referencia y servicios de apoyo con registros en nota médica y Reporte en el Sistema de información SINBA, Aplicación de la GPC-IMSS-645-13-Eyr Intervenciones de enfermería en la atención del recién nacido prematuro.	1	Verificar: 1. Registros en el expediente clínico de la utilización de los programas preventivos en estos grupos. 2. Registro en expediente clínico y Reporte (físico o electrónico) del SINBA-SIS. 3. Existencia documental o electrónica de la GPC-IMSS-645-13-Eyr Intervenciones de enfermería en la atención del recién nacido prematuro.	1	4.- Planeación. 5.- Responsabilidad social. 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN										
CAUSES-2N-2018										
JCSSA001401 HOSPITAL REGIONAL COCULA										
HOSPITALIZACIÓN HG										
Normatividad aplicable	Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		
		Evidencia Observacional			Evidencia Documental			Evidencia Documental		
		El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:		
MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD										
Criterios y Subcriterios										
45	NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. GPC-IMSS-418-11-EyR Alimentación enteral del recién nacido prematuro menor o igual a 32 semanas de edad gestacional. Otro peso bajo al nacer CIE-10 P07.1 Otros recién nacidos pretérmino CIE-10 P07.3 Intervención 192 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Recién Nacido Pretérmino con Bajo Peso al Nacer	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa de diagnóstico, tratamiento y apoyo de casos de Recién nacido pretérmino con bajo peso al nacer.	1	Verificar en el expediente clínico, proceso de control y seguimiento de actividades preventivas, diagnóstico, tratamiento o referencia y servicios de apoyo con registros en nota médica y Reporte en el Sistema de información SINBA, Aplicación de la GPC-IMSS-418-11-EyR Alimentación enteral del recién nacido prematuro menor o igual a 32 semanas de edad gestacional.	1	Verificar: 1. Registros en el expediente clínico de la utilización de los programas preventivos en estos grupos. 2. Registro en expediente clínico y Reporte (físico o electrónico) del SINBA-SIS. 3. Existencia documental o electrónica de la GPC-IMSS-418-11-EyR Alimentación enteral del recién nacido prematuro menor o igual a 32 semanas de edad gestacional.	1	4.- Planeación. 5.- Responsabilidad social. 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
46	NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica. NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. NOM-007-SSA2-2016 Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida. GPC-SS-020-08-EyR Atención integral de preeclampsia en el segundo y tercer niveles de atención. GPC-IMSS-586-12-EyR Intervenciones de enfermería en la paciente con preeclampsia /eclampsia. GPC-IMSS-058-08-EyR Detección y diagnóstico de enfermedades hipertensivas del embarazo. CIE-10 O13X hipertensión gestacional [inducida por el embarazo. CIE-10 O13X Preeclampsia leve a moderada. Intervención 193 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Preeclampsia leve y moderada	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa de diagnóstico, tratamiento y apoyo de casos de Preeclampsia leve y moderada.	1	Verificar en el expediente clínico, proceso de control y seguimiento de actividades preventivas, diagnóstico, tratamiento o referencia y servicios de apoyo con registros en nota médica y Reporte en el Sistema de información SINBA, Aplicación de la GPC-SS-020-08-EyR Atención integral de preeclampsia en el segundo y tercer niveles de atención. GPC-IMSS-586-12-EyR Intervenciones de enfermería en la paciente con preeclampsia /eclampsia. GPC-IMSS-058-08-EyR Detección y diagnóstico de enfermedades hipertensivas del embarazo.	1	Verificar: 1. A3Registros en el expediente clínico de la utilización de los programas preventivos en estos grupos. 2. Registro en expediente clínico y Reporte (físico o electrónico) del SINBA-SIS y SUIVE. 3. Existencia documental o electrónica de la GPC-SS-020-08-EyR Atención integral de preeclampsia en el segundo y tercer niveles de atención. GPC-IMSS-586-12-EyR Intervenciones de enfermería en la paciente con preeclampsia /eclampsia. GPC-IMSS-058-08-EyR Detección y diagnóstico de enfermedades hipertensivas del embarazo.	1	4.- Planeación. 5.- Responsabilidad social. 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
47	NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica. NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínicoNOM-007-SSA2-2016 Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida. GPC-SS-020-08-EyR Atención integral de preeclampsia en el segundo y tercer niveles de atención. GPC-IMSS-586-12-EyR Intervenciones de enfermería en la paciente con preeclampsia /eclampsia. GPC-IMSS-436-11-EyR Detección y tratamiento inicial de las emergencias obstétricas. CIE-10 O14.1 Preeclampsia severa. Intervención 194 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Preeclampsia severa	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de diagnóstico, tratamiento y apoyo de casos de Preeclampsia severa.	1	Verificar en el expediente clínico, proceso de control y seguimiento de actividades preventivas, diagnóstico, tratamiento o referencia y servicios de apoyo con registros en nota médica y Reporte en el Sistema de información SINBA, Aplicación de la GPC-SS-020-08-EyR Atención integral de preeclampsia en el segundo y tercer niveles de atención. GPC-IMSS-586-12-EyR Intervenciones de enfermería en la paciente con preeclampsia /eclampsia. GPC-IMSS-436-11-EyR Detección y tratamiento inicial de las emergencias obstétricas.	1	Verificar: 1. Registros en el expediente clínico de la utilización de los programas preventivos en estos grupos. 2. Registro en expediente clínico y Reporte (físico o electrónico) del SINBA-SIS y SUIVE. 3. Existencia documental o electrónica de la GPC-SS-020-08-EyR Atención integral de preeclampsia en el segundo y tercer niveles de atención. GPC-IMSS-586-12-EyR Intervenciones de enfermería en la paciente con preeclampsia /eclampsia. GPC-IMSS-436-11-EyR Detección y tratamiento inicial de las emergencias obstétricas.	1	4.- Planeación. 5.- Responsabilidad social. 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
48	NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica. NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. NOM-007-SSA2-2016 Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida. GPC-SS-020-08-EyR Atención integral de preeclampsia en el segundo y tercer niveles de atención. GPC-IMSS-586-12-EyR Intervenciones de enfermería en la paciente con preeclampsia /eclampsia. GPC-IMSS-436-11-EyR Detección y tratamiento inicial de las emergencias obstétricas. GPC-IMSS-058-08-EyR Detección y diagnóstico de enfermedades hipertensivas del embarazo. CIE-10 O15 Eclampsia. Intervención 195 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Eclampsia	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa de diagnóstico, tratamiento y apoyo de casos de Eclampsia.	1	Verificar en el expediente clínico, proceso de control y seguimiento de actividades preventivas, diagnóstico, tratamiento o referencia y servicios de apoyo con registros en nota médica y Reporte en el Sistema de información SINBA, Aplicación de la GPC-SS-020-08-EyR Atención integral de preeclampsia en el segundo y tercer niveles de atención. GPC-IMSS-586-12-EyR Intervenciones de enfermería en la paciente con preeclampsia /eclampsia. GPC-IMSS-436-11-EyR Detección y tratamiento inicial de las emergencias obstétricas. GPC-IMSS-058-08-EyR Detección y diagnóstico de enfermedades hipertensivas del embarazo.	1	Verificar: 1. Registros en el expediente clínico de la utilización de los programas preventivos en estos grupos. 2.Registro en expediente clínico y Reporte (físico o electrónico) del SINBA-SIS y SUIVE. 3. Existencia documental o electrónica de la GPC-SS-020-08-EyR Atención integral de preeclampsia en el segundo y tercer niveles de atención. GPC-IMSS-586-12-EyR Intervenciones de enfermería en la paciente con preeclampsia /eclampsia. GPC-IMSS-436-11-EyR Detección y tratamiento inicial de las emergencias obstétricas. GPC-IMSS-058-08-EyR Detección y diagnóstico de enfermedades hipertensivas del embarazo.	1	4.- Planeación. 5.- Responsabilidad social. 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN													
CAUSES-ZN-2018													
HOSPITAL REGIONAL COCULA													
HOSPITALIZACIÓN HG													
Normatividad aplicable		Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
			Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental			Criterios y Subcriterios	
			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:				
49	NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. NOM-007-SSA2-2016 Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida. GPC-SS-103-08-EyR Prevención y manejo de la hemorragia obstétrica en el primer, segundo y tercer niveles de atención. GPC-IMSS-436-11-EyR Detección y tratamiento inicial de las emergencias obstétricas. GPC-IMSS-162-09-EyR Diagnóstico y tratamiento de la hemorragia obstétrica en la segunda mitad del embarazo y puerperio inmediato. CIE-10 O72 Hemorragia postparto.CIE-10 O75.1 Choque durante o después del trabajo de parto y el parto. Intervención 196 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Hemorragia Obstétrica puerperal (incluye choque hipovolémico)	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa de diagnóstico, tratamiento y apoyo de casos de Hemorragia Obstétrica puerperal (incluye choque hipovolémico).	1	Verificar en el expediente clínico, proceso de control y seguimiento de actividades preventivas, diagnóstico, tratamiento o referencia y servicios de apoyo con registros en nota médica y Reporte en el Sistema de información SINBA, Aplicación de la GPC-SS-103-08-EyR Prevención y manejo de la hemorragia obstétrica en el primer, segundo y tercer niveles de atención. GPC-IMSS-436-11-EyR Detección y tratamiento inicial de las emergencias obstétricas. GPC-IMSS-162-09-EyR Diagnóstico y tratamiento de la hemorragia obstétrica en la segunda mitad del embarazo y puerperio inmediato.	1	Verificar: 1. Registros en el expediente clínico de la utilización de los programas preventivos en estos grupos. 2. Registro en expediente clínico y Reporte (físico o electrónico) del SINBA-SIS. 3. Existencia documental o electrónica de la GPC-SS-103-08-EyR Prevención y manejo de la hemorragia obstétrica en el primer, segundo y tercer niveles de atención. GPC-IMSS-436-11-EyR Detección y tratamiento inicial de las emergencias obstétricas. GPC-IMSS-162-09-EyR Diagnóstico y tratamiento de la hemorragia obstétrica en la segunda mitad del embarazo y puerperio inmediato.	1	4.- Planeación. 5.- Responsabilidad social. 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
50	NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. NOM-007-SSA2-2016 Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida. GPC-SS-103-08-EyR Prevención y manejo de la hemorragia obstétrica en el primer, segundo y tercer niveles de atención. GPC-IMSS-436-11-EyR Diagnóstico y tratamiento oportuno de la placenta previa en el segundo y tercer trimestre de embarazo en el segundo y tercer nivel de atención. GPC-IMSS-162-09-EyR Diagnóstico y tratamiento inicial de las emergencias obstétricas. GPC-IMSS-162-09-EyR Diagnóstico y tratamiento de la hemorragia obstétrica en la segunda mitad del embarazo y puerperio inmediato. CIE-10 O43.2 Placenta anormalmente adherida. Placenta previa con hemorragia CIE-10 O44.1. Desprendimiento prematuro de la placenta CIE-10 O45. CIE-10 O69.4 Trabajo de parto y parto complicados por vasa previa. Intervención 197 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Hemorragia por placenta previa y desprendimiento prematuro de placenta normoinsera	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa de diagnóstico, tratamiento y apoyo de casos de Hemorragia por placenta previa y desprendimiento prematuro de placenta normoinsera.	1	Verificar en el expediente clínico, proceso de control y seguimiento de actividades preventivas, diagnóstico, tratamiento o referencia y servicios de apoyo con registros en nota médica y Reporte en el Sistema de información SINBA, Aplicación de la GPC-SS-103-08-EyR Prevención y manejo de la hemorragia obstétrica en el primer, segundo y tercer niveles de atención. GPC-IMSS-436-11-EyR Diagnóstico y tratamiento oportuno de la placenta previa en el segundo y tercer trimestre de embarazo en el segundo y tercer nivel de atención. GPC-IMSS-162-09-EyR Diagnóstico y tratamiento de la hemorragia obstétrica en la segunda mitad del embarazo y puerperio inmediato.	1	Verificar: 1. Registros en el expediente clínico de la utilización de los programas preventivos en estos grupos. 2. Registro en expediente clínico y Reporte (físico o electrónico) del SINBA-SIS. 3. Existencia documental o electrónica de la GPC-SS-103-08-EyR Prevención y manejo de la hemorragia obstétrica en el primer, segundo y tercer niveles de atención. GPC-IMSS-436-11-EyR Diagnóstico y tratamiento oportuno de la placenta previa en el segundo y tercer trimestre de embarazo en el segundo y tercer nivel de atención. GPC-IMSS-162-09-EyR Diagnóstico y tratamiento de la hemorragia obstétrica en la segunda mitad del embarazo y puerperio inmediato.	1	4.- Planeación. 5.- Responsabilidad social. 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
51	NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. NOM-007-SSA2-2016 Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida. GPC-SS-544-11-EyR Diagnóstico y tratamiento de trombosis venosa profunda en la mujer embarazada. GPC-IMSS-436-11-EyR Detección y tratamiento inicial de las emergencias obstétricas. CIE-10 O22.3 Flebotrombosis profunda en el embarazo. CIE-10 O87.1 Flebotrombosis profunda en el puerperio. . Intervención 198 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Infección de Episiografía o Herida Quirúrgica Obstétrica	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa de diagnóstico, tratamiento y apoyo de casos de Infección de Episiografía o Herida Quirúrgica Obstétrica.	1	Verificar en el expediente clínico, proceso de control y seguimiento de actividades preventivas, diagnóstico, tratamiento o referencia y servicios de apoyo con registros en nota médica y Reporte en el Sistema de información SINBA, Aplicación de la GPC-SS-544-11-EyR Diagnóstico y tratamiento de trombosis venosa profunda en la mujer embarazada. GPC-IMSS-436-11-EyR Detección y tratamiento inicial de las emergencias obstétricas.	1	Verificar: 1. Registros en el expediente clínico de la utilización de los programas preventivos en estos grupos. 2. Registro en expediente clínico y Reporte (físico o electrónico) del SINBA-SIS. 3. Existencia documental o electrónica de la GPC-SS-544-11-EyR Diagnóstico y tratamiento de trombosis venosa profunda en la mujer embarazada. GPC-IMSS-436-11-EyR Detección y tratamiento inicial de las emergencias obstétricas.	1	4.- Planeación. 5.- Responsabilidad social. 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
52	NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. GPC-SS-215-09-EyR Diagnóstico y tratamiento de la urolitiasis en el adulto. GPC-IMSS-635-13-EyR Abordaje y manejo del cólico renoureteral secundario a litiasis en el servicio de urgencias. Cálculo del riñón y del uréter. CIE-10 N20 Ureterotomía. CIE-9-MC 56.2X. Ureterotomía CIE-9-MC 58.0X. Dilatación de uretra CIE-9-MC 58.6X. CIE-9-MC 98.51 Litotricia por ondas de choque extra corporales del riñón, del uréter y vejiga. Intervención 199 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Litiasis Renal y Ureteral	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa de diagnóstico, tratamiento y apoyo de casos de Litiasis Renal y Ureteral.	1	Verificar en el expediente clínico, proceso de control y seguimiento de actividades preventivas, diagnóstico, tratamiento o referencia y servicios de apoyo con registros en nota médica y Reporte en el Sistema de información SINBA, Aplicación de la GPC-SS-215-09-EyR Diagnóstico y tratamiento de la urolitiasis en el adulto. GPC-IMSS-635-13-EyR Abordaje y manejo del cólico renoureteral secundario a litiasis en el servicio de urgencias. Cálculo del riñón y del uréter.	1	Verificar: 1. Registros en el expediente clínico de la utilización de los programas preventivos en estos grupos. 2. Registro en expediente clínico y Reporte (físico o electrónico) del SINBA-SIS. 3. Existencia documental o electrónica de la GPC-SS-215-09-EyR Diagnóstico y tratamiento de la urolitiasis en el adulto. GPC-IMSS-635-13-EyR Abordaje y manejo del cólico renoureteral secundario a litiasis en el servicio de urgencias. Cálculo del riñón y del uréter.	1	4.- Planeación. 5.- Responsabilidad social. 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN									
CAUSES-2N-2018									
JCSSA001401 HOSPITAL REGIONAL COCULA									
HOSPITALIZACIÓN HG									
Normatividad aplicable	Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL	
		Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental	
		El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:	
								MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
								Criterios y Subcriterios	
53	NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. GPC-SS-215-09-EyR Diagnóstico y tratamiento de la urolitiasis en el adulto. GPC-IMSS-635-13-EyR Abordaje y manejo del cólico renoureteral secundario a litiasis en el servicio de urgencias. Cálculo de las vías urinarias inferiores. CIE-10 N21. Dilatación de uretra CIE-9-MC 58.6X Litotricia por ondas de choque extra corporales del riñón, del riñón, úter y de la vejiga. Intervención 200 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Litiasis Renal y Ureteral	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa de diagnóstico, tratamiento y apoyo de casos de Litiasis de vías Urinarias inferiores.	1	Verificar en el expediente clínico, proceso de control y seguimiento de actividades preventivas, diagnóstico, tratamiento o referencia y servicios de apoyo con registros en nota médica y Reporte en el Sistema de información SINRA, Aplicación de la GPC-SS-215-09-EyR Diagnóstico y tratamiento de la urolitiasis en el adulto. GPC-IMSS-635-13-EyR Abordaje y manejo del cólico renoureteral secundario a litiasis en el servicio de urgencias.	1	Verificar: 1. Registros en el expediente clínico de la utilización de los programas preventivos en estos grupos. 2. Registro en expediente clínico y Reporte (físico o electrónico) del SINRA-SIS. 3. Existencia documental o electrónica de la GPC-SS-215-09-EyR Diagnóstico y tratamiento de la urolitiasis en el adulto. GPC-IMSS-635-13-EyR Abordaje y manejo del cólico renoureteral secundario a litiasis en el servicio de urgencias.	1	4.- Planeación. 5.- Responsabilidad social. 7.- Mejora de procesos. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
54	NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. GPC-IMSS-229-10-EyR Abordaje diagnóstico del escroto agudo en el niño y el adolescente. GPC-IMSS-039-08-EyR Diagnóstico y tratamiento de epididimitis, orquiepididimitis y orquitis en niños y adultos. CIE-10 N44X Orquitis y epididimitis CIE-10 M45. CIE-9-MC 63.52 Reducción de torsión de testículo o cordón espermático. Intervención 201 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Síndrome Escrotal Agudo	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa de diagnóstico, tratamiento y apoyo de casos de Síndrome Escrotal Agudo.	1	Verificar en el expediente clínico, proceso de control y seguimiento de actividades preventivas, diagnóstico, tratamiento o referencia y servicios de apoyo con registros en nota médica y Reporte en el Sistema de información SINRA, Aplicación de la GPC-IMSS-229-10-EyR Abordaje diagnóstico del escroto agudo en el niño y el adolescente. GPC-IMSS-039-08-EyR Diagnóstico y tratamiento de epididimitis, orquiepididimitis y orquitis en niños y adultos.	1	Verificar: 1. Registros en el expediente clínico de la utilización de los programas preventivos en estos grupos. Registro en expediente clínico y Reporte (físico o electrónico) del SINRA-SIS. 3. Existencia documental o electrónica de la GPC-IMSS-229-10-EyR Abordaje diagnóstico del escroto agudo en el niño y el adolescente. GPC-IMSS-039-08-EyR Diagnóstico y tratamiento de epididimitis, orquiepididimitis y orquitis en niños y adultos.	1	4.- Planeación. 5.- Responsabilidad social. 7.- Mejora de procesos. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
55	NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. GPC-IMSS-559-12-EyR Abordaje y manejo inicial en el servicio de urgencias del paciente adulto con retención aguda de orina. Retención de orina CIE-10 R33X. Instalación de sonda vesical CIE-9-MC 00.H8. Retiro de sonda vesical CIE-9-MC 00.H9. Cistostomía percutánea CIE-9-MC 57.17. Inserción de catéter urinario permanente CIE-9-MC 57.94. Dilatación de uretra CIE-9-MC 58.6X. Extracción de tubo de cistostomía CIE-9-MC 97.63. Intervención 202 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Retención Aguda de Orina	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa de diagnóstico, tratamiento y apoyo de casos de Retención Aguda de Orina.	1	Verificar en el expediente clínico, proceso de control y seguimiento de actividades preventivas, diagnóstico, tratamiento o referencia y servicios de apoyo con registros en nota médica y Reporte en el Sistema de información SINRA, Aplicación de la GPC-IMSS-559-12-EyR Abordaje y manejo inicial en el servicio de urgencias del paciente adulto con retención aguda de orina.	1	Verificar: 1. Registros en el expediente clínico de la utilización de los programas preventivos en estos grupos. 2. Registro en expediente clínico y Reporte (físico o electrónico) del SINRA-SIS. 3. Existencia documental o electrónica de la GPC-IMSS-559-12-EyR Abordaje y manejo inicial en el servicio de urgencias del paciente adulto con retención aguda de orina.	1	4.- Planeación. 5.- Responsabilidad social. 7.- Mejora de procesos. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
56	NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. GPC-SS-683-13-EyR Diagnóstico y tratamiento de la prostatitis aguda. CIE -10 N41.0 Prostatitis aguda. Intervención 203 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Prostatitis Aguda	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa de diagnóstico, tratamiento y apoyo de casos de Prostatitis Aguda.	1	Verificar en el expediente clínico, proceso de control y seguimiento de actividades preventivas, diagnóstico, tratamiento o referencia y servicios de apoyo con registros en nota médica y Reporte en el Sistema de información SINRA, Aplicación de la GPC-SS-683-13-EyR Diagnóstico y tratamiento de la prostatitis aguda.	1	Verificar: 1. Registros en el expediente clínico de la utilización de los programas preventivos en estos grupos. 2. Registro en expediente clínico y Reporte (físico o electrónico) del SINRA-SIS. 3. Existencia documental o electrónica de la GPC-SS-683-13-EyR Diagnóstico y tratamiento de la prostatitis aguda.	1	4.- Planeación. 5.- Responsabilidad social. 7.- Mejora de procesos. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
57	NOM-032-SSA2-2014 Para la vigilancia epidemiológica, promoción, prevención y control de las enfermedades transmitidas por vectores. NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica. NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. GPC-SSA-151-08-EyR. CIE-10 A91X Manejo y tratamiento del dengue no grave y el dengue grave. Fiebre del dengue hemorrágico. CIE-10 U06.9 Enfermedad del virus Zika. Intervención 204 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Dengue hemorrágico (Y otras complicaciones por flavivirus)	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa de diagnóstico, tratamiento y apoyo de casos de Dengue hemorrágico (Y otras complicaciones por flavivirus).	1	Verificar en el expediente clínico, proceso de control y seguimiento de actividades preventivas, diagnóstico, tratamiento o referencia y servicios de apoyo con registros en nota médica y Reporte en el Sistema de información SINRA, Aplicación de la GPC-SSA-151-08-EyR Manejo y tratamiento del dengue no grave y el dengue grave.	1	Verificar: 1. Registros en el expediente clínico de la utilización de los programas preventivos en estos grupos. 2. Registro en expediente clínico y Reporte (físico o electrónico) del SINRA-SIS y SUIVE. 3. Existencia documental o electrónica de la GPC-SSA-151-08-EyR Manejo y tratamiento del dengue no grave y el dengue grave.	1	4.- Planeación. 5.- Responsabilidad social. 7.- Mejora de procesos. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.



CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN										
CAUSES-2N-2018										
JCSSA001401 HOSPITAL REGIONAL COCULA										
HOSPITALIZACIÓN HG										
Normatividad aplicable	Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		
		Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental		
		El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:		
								MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD		
								Criterios y Subcriterios		
58	NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. GPC-SSA-002-08-EyR Atención inicial del traumatismo craneoencefálico en pacientes menores de 18 años. GPC-SS-016-08-EyR Detección y manejo inicial de la lesión craneal traumática aguda en el adulto en el primer nivel de atención. CIE-10 S06.1Edema cerebral traumático.CIE-10 S06.2 Traumatismo cerebral difuso. CIE-10 S06.3 Traumatismo cerebral focal. CIE-10 S06.8 Otros traumatismos intracraneales. CIE-10 S06.9 Traumatismo intracraneal, no especificado. Intervención 205 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Traumatismo Craneoencefálico Moderado	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa de diagnóstico, tratamiento y apoyo de casos de Traumatismo Craneoencefálico Moderado.	1	Verificar en el expediente clínico, proceso de control y seguimiento de actividades preventivas, diagnóstico, tratamiento o referencia y servicios de apoyo con registros en nota médica y Reporte en el Sistema de información SINBA, Aplicación de la GPC-SSA-002-08-EyR Atención inicial del traumatismo craneoencefálico en pacientes menores de 18 años. GPC-SS-016-08-EyR Detección y manejo inicial de la lesión craneal traumática aguda en el adulto en el primer nivel de atención.	1	Verificar: 1. Registros en el expediente clínico de la utilización de los programas preventivos en estos grupos. 2. Registro en expediente clínico y Reporte (físico o electrónico) del SINBA-SIS. 3. Existencia documental o electrónica de la GPC-SSA-002-08-EyR Atención inicial del traumatismo craneoencefálico en pacientes menores de 18 años. GPC-SS-016-08-EyR Detección y manejo inicial de la lesión craneal traumática aguda en el adulto en el primer nivel de atención.	1	4.- Planeación. 5.- Responsabilidad social. 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
59	NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. GPC-SSA-011-08-EyR Diagnóstico y referencia oportuna de la pancreatitis aguda en el primer nivel de atención. GPC-IMSS-239-09-EyR Diagnóstico y manejo de pancreatitis en el segundo y tercer nivel de atención. CIE-10 K85Pancreatitis aguda. Intervención 206 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Pancreatitis Aguda	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa de diagnóstico, tratamiento y apoyo de casos de Pancreatitis Aguda.	1	Verificar en el expediente clínico, proceso de control y seguimiento de actividades preventivas, diagnóstico, tratamiento o referencia y servicios de apoyo con registros en nota médica y Reporte en el Sistema de información SINBA, Aplicación de la GPC-SSA-011-08-EyR Diagnóstico y referencia oportuna de la pancreatitis aguda en el primer nivel de atención. GPC-IMSS-239-09-EyR Diagnóstico y manejo de pancreatitis en el segundo y tercer nivel de atención.	1	Verificar: 1. Registros en el expediente clínico de la utilización de los programas preventivos en estos grupos. 2. Registro en expediente clínico y Reporte (físico o electrónico) del SINBA-SIS. 3. Existencia documental o electrónica de la GPC-SSA-011-08-EyR Diagnóstico y referencia oportuna de la pancreatitis aguda en el primer nivel de atención. GPC-IMSS-239-09-EyR Diagnóstico y manejo de pancreatitis en el segundo y tercer nivel de atención.	1	4.- Planeación. 5.- Responsabilidad social. 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
60	NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. GPC-SSA-210-09-EyR Diagnóstico y tratamiento de la epilepsia en el adulto. GPC-SSA-092-08-EyR Diagnóstico y tratamiento oportuno del estado epiléptico en el primero y segundo nivel de atención. CIE-10 G41Estado de mal epiléptico. CIE-10 R56 Convulsiones no clasificadas en otra parte. Intervención 207 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Estatus Epiléptico y Crisis Convulsiva de difícil control	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa de diagnóstico, tratamiento y apoyo de casos de Estatus Epiléptico y Crisis Convulsiva de difícil control.	1	Verificar en el expediente clínico, proceso de control y seguimiento de actividades preventivas, diagnóstico, tratamiento o referencia y servicios de apoyo con registros en nota médica y Reporte en el Sistema de información SINBA, Aplicación de la GPC-SSA-210-09-EyR Diagnóstico y tratamiento de la epilepsia en el adulto. GPC-SSA-092-08-EyR Diagnóstico y tratamiento oportuno del estado epiléptico en el primero y segundo nivel de atención.	1	Verificar: 1. Registros en el expediente clínico de la utilización de los programas preventivos en estos grupos. 2. Registro en expediente clínico y Reporte (físico o electrónico) del SINBA-SIS. 3. Existencia documental o electrónica de la GPC-SSA-210-09-EyR Diagnóstico y tratamiento de la epilepsia en el adulto. GPC-SSA-092-08-EyR Diagnóstico y tratamiento oportuno del estado epiléptico en el primero y segundo nivel de atención.	1	4.- Planeación. 5.- Responsabilidad social. 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
61	NOM-030-SSA2-2009 Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica. NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica. NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. GPC-IMSS-238-09-EyR Diagnóstico y manejo de la hipertensión arterial en el adulto mayor y situaciones especiales. GPC-IMSS-076-08-EyR Diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en el primer nivel de atención. CIE-10 I10X Hipertensión esencial (primaria). CIE-10 I15 Hipertensión secundaria. Intervención 208 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Hipertensión Arterial	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa de diagnóstico, tratamiento y apoyo de casos de Hipertensión Arterial.	1	Verificar en el expediente clínico, proceso de control y seguimiento de actividades preventivas, diagnóstico, tratamiento o referencia y servicios de apoyo con registros en nota médica y Reporte en el Sistema de información SINBA, Aplicación de la GPC-IMSS-238-09-EyR Diagnóstico y manejo de la hipertensión arterial en el adulto mayor y situaciones especiales. GPC-IMSS-076-08-EyR Diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en el primer nivel de atención.	1	Verificar: 1. Registros en el expediente clínico de la utilización de los programas preventivos en estos grupos. 2. Registro en expediente clínico y Reporte (físico o electrónico) del SINBA-SIS y SUIVE. 3. Existencia documental o electrónica de la GPC-IMSS-238-09-EyR Diagnóstico y manejo de la hipertensión arterial en el adulto mayor y situaciones especiales. GPC-IMSS-076-08-EyR Diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en el primer nivel de atención.	1	4.- Planeación. 5.- Responsabilidad social. 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN										CAUSES-2N-2018	
JCSSA01401										HOSPITAL REGIONAL COCULA	
										HOSPITALIZACIÓN HG	
Normatividad aplicable		Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		
			Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental		
			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:		
										MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
										Criterios y Subcriterios	
62	NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. GPC-SSA-219-09-EyR Diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca aguda. GPC-S-186-15-EyR Diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca aguda y crónica en niños. CIE-10 I50 Insuficiencia cardíaca. CIE-10 J81X Edema pulmonar. Intervención 209 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Insuficiencia Cardíaca Aguda y del Edema Agudo Pulmonar	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa de diagnóstico, tratamiento y apoyo de casos de Insuficiencia Cardíaca Aguda y del Edema Agudo Pulmonar.	1	Verificar en el expediente clínico, proceso de control y seguimiento de actividades preventivas, diagnóstico, tratamiento o referencia y servicios de apoyo con registros en nota médica y Reporte en el Sistema de información SINBA, Aplicación de la GPC-SSA-219-09-EyR Diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca aguda. GPC-S-186-15-EyR Diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca aguda y crónica en niños	1	Verificar: 1. Registros en el expediente clínico de la utilización de los programas preventivos en estos grupos. 2. Registro en expediente clínico y Reporte (físico o electrónico) del SINBA-SIS. 3. Existencia documental o electrónica de la GPC-SSA-219-09-EyR Diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca aguda. GPC-S-186-15-EyR Diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca aguda y crónica en niños	1	4.- Planeación. 5.- Responsabilidad social. 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.	
63	NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. GPC-IMSS-037-08-EyR Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva. CIE-10 J44 Otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas. Intervención 210 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa de diagnóstico, tratamiento y apoyo de casos de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.	1	Verificar en el expediente clínico, proceso de control y seguimiento de actividades preventivas, diagnóstico, tratamiento o referencia y servicios de apoyo con registros en nota médica y Reporte en el Sistema de información SINBA, Aplicación de la GPC-IMSS-037-08-EyR Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva.	1	Verificar: 1. Registros en el expediente clínico de la utilización de los programas preventivos en estos grupos. 2. Registro en expediente clínico y Reporte (físico o electrónico) del SINBA-SIS. 3. Existencia documental o electrónica de la GPC-IMSS-037-08-EyR Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva.	1	4.- Planeación. 5.- Responsabilidad social. 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.	
64	NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica. NOM-015-SSA2-2010 Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus. NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. GPC-SSA-010-08-EyR Diagnóstico y tratamiento médico del dolor por neuropatía periférica diabética en adultos en el primer nivel de atención. GPC-SS-349-09-EyR Diagnóstico y manejo de la neuropatía y pie diabético. CIE-10 E10.4 Diabetes mellitus insulino dependiente, con complicaciones neurológicas. CIE-10 E11.4 Diabetes mellitus no insulino dependiente, con complicaciones neurológicas. CIE-10 E12.4 Diabetes mellitus asociada con desnutrición, con complicaciones neurológicas CIE-10 E12.4 Otras diabetes mellitus especificadas, con complicaciones neurológicas. CIE-10 E13.4 Diabetes mellitus no especificada, con complicaciones neurológicas. CIE-10 E14.4 Mononeuropatía diabética. CIE-10 G59.0 Polineuropatía diabética. Intervención 211 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Neuropatías Periféricas secundaria a Diabetes	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa de diagnóstico, tratamiento y apoyo de casos de Neuropatía Periférica secundaria a Diabetes.	1	Verificar en el expediente clínico, proceso de control y seguimiento de actividades preventivas, diagnóstico, tratamiento o referencia y servicios de apoyo con registros en nota médica y Reporte en el Sistema de información SINBA, Aplicación de la GPC-SSA-010-08-EyR Diagnóstico y tratamiento médico del dolor por neuropatía periférica diabética en adultos en el primer nivel de atención. GPC-SS-349-09-EyR Diagnóstico y manejo de la neuropatía y pie diabético.	1	Verificar: 1. Registros en el expediente clínico de la utilización de los programas preventivos en estos grupos. 2. Registro en expediente clínico y Reporte (físico o electrónico) del SINBA-SIS y SUIVE. 3. Existencia documental o electrónica de la GPC-SSA-010-08-EyR Diagnóstico y tratamiento médico del dolor por neuropatía periférica diabética en adultos en el primer nivel de atención. GPC-SS-349-09-EyR Diagnóstico y manejo de la neuropatía y pie diabético.	1	4.- Planeación. 5.- Responsabilidad social. 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.	
65	NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica. NOM-015-SSA2-2010 Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus. NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. GPC-SS-349-09-EyR Diagnóstico y manejo de la neuropatía y pie diabético. GPC-SS-005-08-EyR Prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno del pie diabético en el primer nivel de atención. GPC-SSSTE-679-13-EyR Manejo integral del pie diabético en adultos en el segundo nivel de atención. CIE-10 E10.5 Diabetes mellitus insulino dependiente, con complicaciones circulatorias periféricas. CIE-10 E11.5 Diabetes mellitus no insulino dependiente, con complicaciones circulatorias periféricas. CIE-10 E12.5 Diabetes mellitus asociada con desnutrición, con complicaciones circulatorias periféricas. CIE-10 E13.5 Otras diabetes mellitus especificadas, con complicaciones circulatorias periféricas. CIE-10 E14.5 Diabetes mellitus no especificada, con complicaciones circulatorias periféricas. CIE-9-MC 86.22 desbridamiento excisional de herida, infección o quemadura. Intervención 212 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Úlcera y/o Pie diabético infectado	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa de diagnóstico, tratamiento y apoyo de casos de Úlcera y/o pie diabético infectado.	1	Verificar en el expediente clínico, proceso de control y seguimiento de actividades preventivas, diagnóstico, tratamiento o referencia y servicios de apoyo con registros en nota médica y Reporte en el Sistema de información SINBA, Aplicación de la GPC-SS-349-09-EyR Diagnóstico y manejo de la neuropatía y pie diabético. GPC-SS-005-08-EyR Prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno del pie diabético en el primer nivel de atención. GPC-SSSTE-679-13-EyR Manejo integral del pie diabético en adultos en el segundo nivel de atención.	1	Verificar: 1. Registros en el expediente clínico de la utilización de los programas preventivos en estos grupos. 2. Registro en expediente clínico y Reporte (físico o electrónico) del SINBA-SIS y SUIVE. 3. Existencia documental o electrónica de la GPC-SS-349-09-EyR Diagnóstico y manejo de la neuropatía y pie diabético. GPC-SS-005-08-EyR Prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno del pie diabético en el primer nivel de atención. GPC-SSSTE-679-13-EyR Manejo integral del pie diabético en adultos en el segundo nivel de atención.	1	4.- Planeación. 5.- Responsabilidad social. 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.	



CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN										
CAUSES-2N-2018										
JCSSA001401 HOSPITAL REGIONAL COCULA										
HOSPITALIZACIÓN HG										
Normatividad aplicable	Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		
		Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental		
		El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:		
MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD										
Criterios y Subcriterios										
66	NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica. NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. GPC-SS-744-15-EyR Intervenciones de enfermería para la prevención de quemaduras en el hogar en menores de 5 años de edad en el primer nivel de atención. GPC-SS-090-08-EyR Diagnóstico y tratamiento inicial de quemaduras en menores de 18 años en el primer nivel de atención. GPC-ISSSTE-678-13-EyR Atención prehospitalaria al paciente gran quemado adulto. GPC-IMSS-040-08-EyR Atención al paciente quemado. Quemadura solar de segundo grado. CIE-10 L55.1 quemadura solar de segundo grado. CIE-10 T20.2 quemadura de la cabeza y del cuello, de segundo grado. CIE-10 T21.2 quemadura del tronco, de segundo grado. CIE-10 T22.2 quemadura del hombro y miembro superior, de segundo grado, excepto de la muñeca y de la mano. CIE-10 T23.2 quemadura de la muñeca y de la mano, de segundo grado. CIE-10 T24.2 quemadura de la cadera y miembro inferior, de segundo grado, excepto tobillo y pie. CIE-10 T25.2 quemadura del tobillo y del pie, de segundo grado. CIE-10 T29.2 quemaduras de múltiples regiones, mencionadas como de no más de segundo grado. CIE-10 T30.2 quemadura de segundo grado, región del cuerpo no especificada. CIE-9-MC 00.F9 Curación de herida CIE-9-MC 86.22 Desbridamiento excisional de herida, infección o quemadura. CIE-9-MC 86.28Desbridamiento no excisional de herida, infección o quemadura. Intervención 213 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa de diagnóstico, tratamiento y apoyo de casos de Quemaduras de segundo grado.	1	Verificar en el expediente clínico, proceso de control y seguimiento de actividades preventivas, diagnóstico, tratamiento o referencia y servicios de apoyo con registros en nota médica y Reporte en el Sistema de información SINBA, Aplicación de la GPC-SS-744-15-EyR Intervenciones de enfermería para la prevención de quemaduras en el hogar en menores de 5 años de edad en el primer nivel de atención. GPC-SS-090-08-EyR Diagnóstico y tratamiento inicial de quemaduras en menores de 18 años en el primer nivel de atención. GPC-ISSSTE-678-13-EyR Atención prehospitalaria al paciente gran quemado adulto. GPC-IMSS-040-08-EyR Atención al paciente quemado. Quemadura solar de segundo grado.	1	Verificar: 1. Registros en el expediente clínico de la utilización de los programas preventivos en estos grupos. 2. Registro en expediente clínico y Reporte (físico o electrónico) del SINBA-SIS y SUIVE. 3. Existencia documental o electrónica de la GPC-SS-744-15-EyR Intervenciones de enfermería para la prevención de quemaduras en el hogar en menores de 5 años de edad en el primer nivel de atención. GPC-SS-090-08-EyR Diagnóstico y tratamiento inicial de quemaduras en menores de 18 años en el primer nivel de atención. GPC-ISSSTE-678-13-EyR Atención prehospitalaria al paciente gran quemado adulto. GPC-IMSS-040-08-EyR Atención al paciente quemado. Quemadura solar de segundo grado.	1	4.- Planeación. 5.- Responsabilidad social. 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN										CAUSES-2N-2018	
JCS8A001401 HOSPITAL REGIONAL COCULA											
Normatividad aplicable		Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		HOSPITALIZACIÓN HG		Criterios a evaluar PROCESO		Criterios a evaluar DOCUMENTAL		MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD
			Evidencia Observacional	Puntaje	Evidencia Observacional	Puntaje	Evidencia Documental	Puntaje			
			El evaluador deberá:		El evaluador deberá:		El evaluador deberá:				
Criterios y Subcriterios											
67	NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica. NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. GPC-SSA-150-08-EyR Manejo de la úlcera péptica en adultos en el primer y segundo nivel de atención. GPC-ISSSTE-133-08-EyR Prevención, diagnóstico y tratamiento de la hemorragia aguda del tubo digestivo alto no varicelal en los tres niveles de atención. GPC-IMSS-169-09-EyR Diagnóstico y tratamiento de la úlcera péptica complicada: conceptos básicos. CIE-10 K22.6 Síndrome de laceración y hemorragia gastroesofágica. CIE-10 K25.0 Úlcera gástrica, aguda con hemorragia. CIE-10 K25.4 Úlcera gástrica, crónica o no especificada, con hemorragia. CIE-10 K26.0 Úlcera duodenal, aguda con hemorragia. CIE-10 K26.4 Úlcera duodenal, crónica o no especificada, con hemorragia. CIE-10 K27.0 Úlcera péptica, de sitio no especificado, aguda con hemorragia. CIE-10 K27.4 Úlcera péptica, de sitio no especificado, crónica o no especificada, con hemorragia. CIE-10 K28.0 Úlcera gastroyeyunal, aguda con hemorragia. CIE-10 K28.4 Úlcera gastroyeyunal, crónica o no especificada, con hemorragia. CIE-10 K29.0 Gastritis aguda hemorrágica. CIE-10 K62.5 Hemorragia del ano y del recto. CIE-10 K92.2 Hemorragia gastrointestinal, no especificada. Intervención 214 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Hemorragia Digestiva	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa de diagnóstico, tratamiento y apoyo de casos de Hemorragia Digestiva.	1	Verificar en el expediente clínico, proceso de control y seguimiento de actividades preventivas, diagnóstico, tratamiento o referencia y servicios de apoyo con registros en nota médica y Reporte en el Sistema de información SINBA, Aplicación de la GPC-SSA-150-08-EyR Manejo de la úlcera péptica en adultos en el primer y segundo nivel de atención. GPC-ISSSTE-133-08-EyR Prevención, diagnóstico y tratamiento de la hemorragia aguda del tubo digestivo alto no varicelal en los tres niveles de atención. GPC-IMSS-169-09-EyR Diagnóstico y tratamiento de la úlcera péptica complicada: conceptos básicos.	1	Verificar: 1. Registros en el expediente clínico de la utilización de los programas preventivos en estos grupos. 2. Registro en expediente clínico y Reporte (físico o electrónico) del SINBA-SIS y SUIVE. 3. Existencia documental o electrónica de la GPC-SSA-150-08-EyR Manejo de la úlcera péptica en adultos en el primer y segundo nivel de atención. GPC-ISSSTE-133-08-EyR Prevención, diagnóstico y tratamiento de la hemorragia aguda del tubo digestivo alto no varicelal en los tres niveles de atención. GPC-IMSS-169-09-EyR Diagnóstico y tratamiento de la úlcera péptica complicada: conceptos básicos.	1	4.- Planeación. 5.- Responsabilidad social. 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.	
68	NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica. NOM-007-SSA2-2016 Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. GPC-SS-020-08-EyR Atención integral de preeclampsia en el segundo y tercer niveles de atención. GPC-IMSS-586-12-EyR Intervenciones de enfermería en la paciente con preeclampsia / eclampsia. GPC-IMSS-436-11-EyR Detección y tratamiento inicial de las emergencias obstétricas. GPC-IMSS-058-08-EyR Detección y diagnóstico de enfermedades hipertensivas del embarazo. CIE-10 O14.2 Síndrome HELLP. Intervención 215 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Síndrome HELLP	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa de diagnóstico, tratamiento y apoyo de casos de Síndrome HELLP.	1	Verificar en el expediente clínico, proceso de control y seguimiento de actividades preventivas, diagnóstico, tratamiento o referencia y servicios de apoyo con registros en nota médica y Reporte en el Sistema de información SINBA, Aplicación de la GPC-SS-020-08-EyR Atención integral de preeclampsia en el segundo y tercer niveles de atención. GPC-IMSS-586-12-EyR Intervenciones de enfermería en la paciente con preeclampsia / eclampsia. GPC-IMSS-436-11-EyR Detección y tratamiento inicial de las emergencias obstétricas. GPC-IMSS-058-08-EyR Detección y diagnóstico de enfermedades hipertensivas del embarazo.	1	Verificar: 1. Registros en el expediente clínico de la utilización de los programas preventivos en estos grupos. 2. Registro en expediente clínico y Reporte (físico o electrónico) del SINBA-SIS y SUIVE. 3. Existencia documental o electrónica de la GPC-SS-020-08-EyR Atención integral de preeclampsia en el segundo y tercer niveles de atención. GPC-IMSS-586-12-EyR Intervenciones de enfermería en la paciente con preeclampsia / eclampsia. GPC-IMSS-436-11-EyR Detección y diagnóstico de enfermedades hipertensivas del embarazo.	1	4.- Planeación. 5.- Responsabilidad social. 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.	
69	NOM-007-SSA2-2016 Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. GPC-IMSS-606-13-EyR Prevención, diagnóstico y tratamiento de la corioamniotitis en los tres niveles de atención. CIE-10 O41.1 Infección de la bolsa amniótica o de las membranas. Intervención 216 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa de diagnóstico, tratamiento y apoyo de casos de Corioamniotitis.	1	Verificar en el expediente clínico, proceso de control y seguimiento de actividades preventivas, diagnóstico, tratamiento o referencia y servicios de apoyo con registros en nota médica y Reporte en el Sistema de información SINBA, Aplicación de la GPC-IMSS-606-13-EyR Prevención, diagnóstico y tratamiento de la corioamniotitis en los tres niveles de atención.	1	Verificar: 1. Registros en el expediente clínico de la utilización de los programas preventivos en estos grupos. 2. Registro en expediente clínico y Reporte (físico o electrónico) del SINBA-SIS. 3. Existencia documental o electrónica de la GPC-IMSS-606-13-EyR Prevención, diagnóstico y tratamiento de la corioamniotitis en los tres niveles de atención.	1	4.- Planeación. 5.- Responsabilidad social. 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.	
70	NOM-007-SSA2-2016 Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. GPC-SS-656-13-EyR Prevención, diagnóstico y tratamiento de la tromboembolia pulmonar aguda en el embarazo, parto y puerperio. GPC-SS-551-12-EyR Diagnóstico y tratamiento del embolismo de líquido amniótico. GPC-IMSS-436-11-EyR Detección y diagnóstico de enfermedades obstétricas. Intervención 217 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Embolia Obstétrica	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa de diagnóstico, tratamiento y apoyo de casos de Embolia Obstétrica.	1	Verificar en el expediente clínico, proceso de control y seguimiento de actividades preventivas, diagnóstico, tratamiento o referencia y servicios de apoyo con registros en nota médica y Reporte en el Sistema de información SINBA, Aplicación de la GPC-SS-656-13-EyR Prevención, diagnóstico y tratamiento de la tromboembolia pulmonar aguda en el embarazo, parto y puerperio. GPC-SS-551-12-EyR Diagnóstico y tratamiento del embolismo de líquido amniótico. GPC-IMSS-436-11-EyR Detección y diagnóstico de enfermedades obstétricas.	1	Verificar: 1. Registros en el expediente clínico de la utilización de los programas preventivos en estos grupos. 2. Registro en expediente clínico y Reporte (físico o electrónico) del SINBA-SIS. 3. Existencia documental o electrónica de la GPC-SS-656-13-EyR Prevención, diagnóstico y tratamiento de la tromboembolia pulmonar aguda en el embarazo, parto y puerperio. GPC-SS-551-12-EyR Diagnóstico y tratamiento del embolismo de líquido amniótico. GPC-IMSS-436-11-EyR Detección y diagnóstico de enfermedades obstétricas.	1	4.- Planeación. 5.- Responsabilidad social. 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.	



CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN											
CAUSES-2N-2018											
JCSSA01401 HOSPITAL REGIONAL COCULA											
HOSPITALIZACIÓN HG											
Normatividad aplicable		Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		
			Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental		
			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:		
										MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
										Criterios y Subcriterios	
71	NOM-017-SSA2-2012 de la vigilancia epidemiológica. NOM-015-SSA2-2010 Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus.NOM-007-SSA2-2016 Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. GPC-IMSS-320-10-EyR Diagnóstico y tratamiento de la diabetes en el embarazo. CIE-10 O24.4 Diabetes mellitus que se origina con el embarazo. Intervención 218 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Diabetes Gestacional	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa de diagnóstico, tratamiento y apoyo de casos de Diabetes Gestacional.	1	Verificar en el expediente clínico, proceso de control y seguimiento de actividades preventivas, diagnóstico, tratamiento o referencia y servicios de apoyo con registros en nota médica y Reporte en el Sistema de información SINBA, Aplicación de la GPC-IMSS-320-10-EyR Diagnóstico y tratamiento de la diabetes en el embarazo.	1	Verificar: 1. Registros en el expediente clínico de la utilización de los programas preventivos en estos grupos. 2. Registro en expediente clínico y Reporte (físico o electrónico) del SINBA-SIS y SUIVE. 3. Existencia documental o electrónica de la GPC-IMSS-320-10-EyR diagnóstico y tratamiento de la diabetes en el embarazo.	1	4.- Planeación. 5.- Responsabilidad social. 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.	
72	NOM-017-SSA2-2012 de la vigilancia epidemiológica. NOM-015-SSA2-2010 Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus.NOM-007-SSA2-2016 Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. GPC-IMSS-058-08-EyR Detección y diagnóstico de enfermedades hipertensivas del embarazo. CIE-10 O10.0 Enfermedad cardíaca hipertensiva preexistente que complica el embarazo, el parto y el puerperio. CIE-10 O10.1 Hipertensión esencial preexistente que complica el embarazo, el parto y el puerperio. CIE-10 O99.4 Enfermedades del Sistema circulatorio que complican el embarazo, el parto y el puerperio. Intervención 219 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento Hipertensión inducida y/o preexistente en el embarazo	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa de diagnóstico, tratamiento y apoyo de casos de Hipertensión inducida y/o preexistente en el embarazo.	1	Verificar en el expediente clínico, proceso de control y seguimiento de actividades preventivas, diagnóstico, tratamiento o referencia y servicios de apoyo con registros en nota médica y Reporte en el Sistema de información SINBA, Aplicación de la GPC-IMSS-058-08-EyR Detección y diagnóstico de enfermedades hipertensivas del embarazo.	1	Verificar: 1. Registros en el expediente clínico de la utilización de los programas preventivos en estos grupos. 2. Registro en expediente clínico y Reporte (físico o electrónico) del SINBA-SIS y SUIVE. 3. Existencia documental o electrónica de la GPC-IMSS-058-08-EyR Detección y diagnóstico de enfermedades hipertensivas del embarazo.	1	4.- Planeación. 5.- Responsabilidad social. 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.	
73	NOM-007-SSA2-2016 Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. GPC-SS-544-11-EyR Diagnóstico y tratamiento de trombosis venosa profunda en la mujer embarazada. GPC-IMSS-436-11-EyR Detección y tratamiento inicial de las emergencias obstétricas. CIE-10 O22.3 Flebotrombosis profunda en el embarazo. CIE-10 O87.1 Flebotrombosis profunda en el puerperio. Intervención 220 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa de diagnóstico, tratamiento y apoyo de casos de Trombosis Venosa Profunda.	1	Verificar en el expediente clínico, proceso de control y seguimiento de actividades preventivas, diagnóstico, tratamiento o referencia y servicios de apoyo con registros en nota médica y Reporte en el Sistema de información SINBA, Aplicación de la GPC-SS-544-11-EyR Diagnóstico y tratamiento de trombosis venosa profunda en la mujer embarazada. GPC-IMSS-436-11-EyR Detección y tratamiento inicial de las emergencias obstétricas.	1	Verificar : 1. Registros en el expediente clínico de la utilización de los programas preventivos en estos grupos. 2. Registro en expediente clínico y Reporte (físico o electrónico) del SINBA-SIS. 3. Existencia documental o electrónica de la GPC-SS-544-11-EyR Diagnóstico y tratamiento de trombosis venosa profunda en la mujer embarazada. GPC-IMSS-436-11-EyR Detección y tratamiento inicial de las emergencias obstétricas.	1	4.- Planeación. 5.- Responsabilidad social. 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.	

CEDULA DE EVALUACION PARA LA ACREDITACION DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCION											CAUSAS-2N-2018		
JCS8A001401											HOSPITAL REGIONAL COCULA		
HOSPITALIZACION HG													
Normatividad aplicable		Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTION DE CALIDAD EN SALUD	
			Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental			Criterios y Subcriterios	
			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:				
74	Ley General de Salud, Título Octavo BIS, de los Cuidados Paliativos a los Enfermos en Situación Terminal, Capítulo III de los derechos, facultades y obligaciones de los médicos y personal sanitario. ACUERDO por el que el Consejo de Salubridad General declara la Obligatoriedad de los Esquemas de Manejo Integral de Cuidados Paliativos, así como los procesos señalados en la Guía del Manejo Integral de Cuidados Paliativos. NOMA Oficial Mexicana NOM-011-SSA3-2014, Criterios para la atención de enfermos en situación terminal a través de cuidados paliativos	Manejo Hospitalario de Cuidados Paliativos y Dolor Crónico	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa de diagnóstico, tratamiento y apoyo de casos de pacientes con cuidados paliativos y dolor crónico.	1	Verificar: 1. Proceso de atención del control del dolor y otros síntomas. 2. Registro en las notas médicas. 3. Reporte en el Sistema de información. 4. Aplicación de la GPC-de cuidados paliativos 5. Consentimiento informado (orden de no reanimación), 6 Formatos de voluntad anticipada.	1	Verificar: 1. Registros en el expediente clínico 2. Registro en expediente clínico y Reporte (físico o electrónico) del SIS. 3. Existencia documental o electrónica de la GPC.	1	4.- Planeación. 5.- Responsabilidad social . 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
75			Verificar que se tenga acceso al procedimiento documentado para la identificación del paciente Acción Esencial 1 (A, B, C, D).	1	Verificar que se tenga acceso al procedimiento documentado para la identificación del paciente Acción Esencial 1 (A, B, C, D).	1	Verificar: 1. Que cuenta con elementos para la identificación (tarjeta de cabecera o pie de cama o brazaletes o pulsera) 2. La identificación del paciente en soluciones intravenosas y dispositivos 3. Que los registros del área (nota de primera vez y notas de atención subsiguiente, consentimientos informados, hojas diarias) cuenten con los dos identificadores.	1	4.- Planeación. 5.- Responsabilidad social . 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
76			Verificar que el área cuente con un procedimiento documentado para la comunicación efectiva Acción Esencial 2 (B, C, D, F, G) definido y aplicado al Establecimiento	1	Verificar que el área cuente con un procedimiento documentado para la comunicación efectiva Acción Esencial 2 (B, C, D, F, G) definido y aplicado al establecimiento .	1	Verificar: 1. Registros de supervisión de seguimiento, llenado de la Bitácora específica de registro de órdenes verbales y/o telefónicas, llenado en expediente clínico.	1	4.- Planeación. 5.- Responsabilidad social . 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
77	ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/09/17.	Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente	Verificar que el establecimiento cuente con un procedimiento documentado para la seguridad en el proceso de medicación Acción Esencial 3 (A, B, C, D, E, F, G, H, I) definido y aplicado al Establecimiento	1	Verificar que el establecimiento cuente con un procedimiento documentado para la seguridad en el proceso de medicación Acción Esencial 3 (A, B, C, D, E, F, G, H, I) definido y aplicado al establecimiento.	1	Verificar 1. La existencia de alertas visuales en medicamentos con aspecto o nombre parecido. 2. Que se cuente con la lista de medicamentos con aspecto y nombre parecido.	1	4.- Planeación. 5.- Responsabilidad social . 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
78			Verificar que el área cuente con un procedimiento documentado para la seguridad en los procedimientos: Acción Esencial 4B definido y aplicado al establecimiento	1	Verificar que el área cuente con un procedimiento documentado para la seguridad en los procedimientos: Acción Esencial 4B definido y aplicado al establecimiento.	1	Verificar: 1. Registros de supervisión de seguimiento 2. Constancias de capacitación o listas de asistencia.	1	4.- Planeación. 5.- Responsabilidad social . 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			



CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN										CAUSES-2N-2018			
JCSSA001401										HOSPITAL REGIONAL COCULA			
										HOSPITALIZACIÓN HG			
Normatividad aplicable		Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
			Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental				
			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:				
79		CARRO ROJO UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN : Verificar: 1. Que cuenten con el CARRO ROJO para el manejo del paro cardiopulmonar.	1	Verificar: 1. Que existan los insumos requeridos para el ABC de la reanimación cardiopulmonar. (Ver desglose) 2. Queda caducidad del material y medicamentos este vigente. 3. Que los insumos sean suficientes para la atención. 4. Que el personal conozca el manejo del monitor desfibrilador y las maniobras de reanimación cardiopulmonar. 5. Que estén identificados los medicamos de alto riesgo y electrolitos.	1	Verificar : 1. Bitácora de control del carro para el manejo del paro cardiopulmonar firmada por el responsable de turno. 2. Registro histórico del abastecimiento oportuno y completo del contenido del carro para para el manejo del paro cardiopulmonar. 3. Registro de la prueba del trazo isoelectrico semanalmente. 4. Bitácora de mantenimiento del monitor-desfibrilador. 5. Protocolo de manejo de los medicamentos de alto riesgo y electrolitos.	1	4.- Planeación. 5.- Responsabilidad social. 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.				
				Equipo Médico y elementos complementarios									
80		Monitor-Desfibrilador Marcapaso con paletas para adulto y pediátricas.	1	Verificar: 1. Existencia de un Programa para la Gestión del Equipo y Tecnología Biomédica 2. Que el equipo médico se encuentre funcionando y en buenas condiciones.	1	Verificar : 1. Identificación del inventario del equipo médico 2. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo del equipo médico.	1	4.- Planeación . 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planeación estratégica. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.				
81		Tanque de oxigeno con regulador y manómetro	1	Verificar existencia, que se encuentre lleno y con fecha de última recarga de oxigeno y fecha de vencimiento o caducidad.	1	Verificar existencia, que se encuentre lleno y con fecha de última recarga de oxigeno y fecha de vencimiento o caducidad.	1						
82		Tabla de reanimación (Por lo menos 50 x 60 x 1.0 cm) .	1	Verificar existencia y que se encuentre en buenas condiciones.	1	Verificar existencia y que se encuentre en buenas condiciones.	1						
				Insumos de Carro Rojo Hospitalización									
				Primer Cajón									
83		Agua inyectable.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar Sistema de abasto.	1						
84		Adenosina solución inyectable 6 mg/2 ml.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar Sistema de abasto.	1						
85		Adrenalina (epinefrina) solución inyectable 1 mg / 1 ml.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar Sistema de abasto.	1						
86		Amiodarona solución inyectable 150 mg / 3 ml.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar Sistema de abasto.	1						
87		Atropina solución inyectable 1 mg /1 ml.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar Sistema de abasto.	1						

CÉDULA DE EVALUACION PARA LA ACREDITACION DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCION										CAUSAS-2N-2018			
JCSSA001401										HOSPITAL REGIONAL COCULA			
										HOSPITALIZACION HG			
Normatividad aplicable		Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTION DE CALIDAD EN SALUD	
			Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental				
			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:				
												Criterios y Subcriterios	
88			Bicarbonato de sodio solución inyectable al 7.5% (0.75 g).	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar Sistema de abasto.	1					
89			Diazepam solución inyectable 10 mg / 2 ml. O Midazolam solución inyectable 5 mg / ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar Sistema de abasto.	1					
90			Dobutamina solución inyectable 250 mg. *	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar Sistema de abasto.	1					
91			Dopamina solución inyectable 200 mg / 5 ml. *	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar Sistema de abasto.	1					
92			Esmolol solución inyectable 2.5 g / 10 ml *	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar Sistema de abasto.	1					
93			Vecuronio solución inyectable 4 mg/ml.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar Sistema de abasto.	1					
94			Gluconato de Calcio solución inyectable al 10%.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar Sistema de abasto.	1					
95			Glucosa solución inyectable al 50% (adultos y pediatría)	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar Sistema de abasto.	1					
96			Hidrocortisona solución inyectable 100 mg.*	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar Sistema de abasto.	1					
97			Metilprednisolona solución inyectable 40 mg. *	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar Sistema de abasto.	1					
98			Nitroglicerina solución intravenosa 50 mg /10 ml *	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar Sistema de abasto.	1					
99			Nitroprusiato de sodio solución inyectable 50 mg*	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar Sistema de abasto.	1					
100	Guía de equipamiento para carros rojos de CENETEC 2016	Carro Rojo	Sulfato de Magnesio solución inyectable 1g / 10 ml.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar Sistema de abasto.	1					
101			Lidocaina solución inyectable al 2%.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar Sistema de abasto.	1					
Segundo Cajón													
102			Parches para electrodo (adulto, pediátricos).	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar Sistema de abasto.	1					
103			Catéter para vena periférica (17,18, 20, 22, 24 fr)	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar Sistema de abasto.	1					
104			Llave de tres vias.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar Sistema de abasto.	1					
105			Sonda de aspiración.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar Sistema de abasto.	1					
106			Jeringas de 5, 10, 20 ml.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar Sistema de abasto.	1					
107			Agujas hipodérmicas.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar Sistema de abasto.	1					
108			Equipo de venoclisis con microgotero.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar Sistema de abasto.	1					
109			Equipo de venoclisis con normogotero.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar Sistema de abasto.	1					

CEDULA DE EVALUACION PARA LA ACREDITACION DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCION												CAUSAS-2N-2018			
JCSSA001401														HOSPITAL REGIONAL COCULA	
HOSPITALIZACION HG															
Normatividad aplicable		Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD			
			Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental						
			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:						
Tercer Cajón															
110		Cánulas endotraqueales: N° 2.5, 3.0, 3.5, 4.0, 4.5, 5.0, 6.5, 7.0, 7.5, 8.0, 8.5, 9.0, 9.5 mm.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar Sistema de abasto.	1								
111		Aguja intraósea (14,16,18).	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar Sistema de abasto.	1								
112		Guía metálica para cánulas endotraqueales (adulto y pediátrico).	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar Sistema de abasto.	1								
113		Lidocaina con atomizador manual al 10%.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar Sistema de abasto.	1								
114		Cánulas de Guedel: 3, 4, 5.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar Sistema de abasto.	1								
115		Mango de laringoscopio.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar Sistema de abasto.	1								
116		Hojas rectas: 1, 2.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar Sistema de abasto.	1								
117		Hojas curvas: 1, 2, 3, 4.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar Sistema de abasto.	1								
118		Guantes.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar Sistema de abasto.	1								
Cuarto Cajón															
119		Bolsa autoinflable para reanimación pediátrica y adulto.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar Sistema de abasto.	1								
120		Mascarilla laríngea 2.0,2.5,3.0,4.0).	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar Sistema de abasto.	1								
121		Extensión para oxígeno.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar Sistema de abasto.	1								
122		Puntas nasales.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar Sistema de abasto.	1								
123		Solución Hartmann inyectable 500 ml.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar Sistema de abasto.	1								
124		Solución de cloruro de sodio inyectable al 0.9% 500 ml.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar Sistema de abasto.	1								
125		Solución glucosada inyectable al 5% 250 ml.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar Sistema de abasto.	1								
126		Coloide solución inyectable 500 ml.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar Sistema de abasto.	1								
			127		124		126								

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN													
JCSSA001401 HOSPITAL REGIONAL COCULA													
HOSPITALIZACIÓN HMI												MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
Normatividad aplicable	Concepto	Criterios a Evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a Evaluar Proceso		Puntaje	Criterios a Evaluar DOCUMENTAL		Puntaje			
		Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental					
		El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:					
1		Verificar: 1. Existencia de señalización. 2. Que cuente con señalamiento de emergencia para protección civil. 3. Que el punto de reunión esté delimitado e identificado.	1	Verificar: 1. Rutas de evacuación y directorio. 2. Limpieza de las instalaciones. 3. Iluminación y ventilación adecuadas. 4. Instalaciones hidrosanitarias funcionando adecuadamente. 5. Las dimensiones y circulaciones de las áreas deberán permitir el desarrollo de las funciones y actividades propias del personal de enfermería.	1	Verificar: 1. Manuales de organización y procedimientos del servicio. 2. Bitácora de limpieza firmada por turno y por supervisor o jefe del servicio. 3. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo. 4. Bitácora para el registro de indicaciones verbales y telefónicas.	1	4.- Planeación 5.- Responsabilidad social 7.- Mejora de Procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro 7.2 Administración de Proceso s de apoyo integral.				
2		Verificar que cuente con el siguiente equipo médico: 1. Carro para curación. 2. Mesa mayo con charola. 3. Mesa Pasteur. 4. Portavencloclisis rodable. 5. Caja para desinfección de instrumentos. 6. Lebrillos. 7. Electrocardiógrafo multicanal con interpretación 8. Esfigmomanómetro aneroides del tamaño que requiera para su actividad principal. 9. Sistema de intercomunicación bidireccional. 10. Estetoscopio (en su caso con cápsula tamaño pediátrico). 11. Estuche de diagnóstico que incluya oftalmoscopio, otoscopio y faringoscopio con pilas y focos de repuesto. 12. Lámpara de haz dirigible. 13. Pinza de traslado. 14. Termómetros clínicos digitales (baterías de repuesto). 15.Torundero con tapa. 16. Estetoscópio de cápsula doble. 17. Lámpara de examinación con fuente de luz de fibra óptica o LED.18. Negatoscopio o sustituto tecnológico.	1	Verificar: 1. Existencia de un Programa para la gestión del equipo y tecnología biomédica 2. Que el equipo médico se encuentre funcionando y en buenas condiciones. 3. Funcionamiento adecuado y su ubicación debe tener libre y rápido acceso a las áreas en donde se encuentren internados los pacientes a su cargo.	1	Verificar: 1. Identificación del inventario del equipo médico 2. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo del equipo médico 3. Informe de Calibración del equipo médico presentando los certificados vigentes de los instrumentos de prueba que a su vez deberán estar calibrados con trazabilidad a patrones nacionales. De conformidad con lo establecido por la Secretaría de Economía, a través de la Dirección General de Normatividad así como por el Centro Nacional de Metrología.	1	4.- Planeación 5.- Responsabilidad social 7.- Mejora de Procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro 7.2 Administración de Proceso s de apoyo integral.				
3		Los numerales 5.1.10; 5.1.13.1; 6.6, 6.6.1; 6.6.1.1; 6.6.7.4; 6.6.1.1.1; 6.6.1.1.2; 6.6.1.1.3; 6.6.1.1.4 y El Apéndice G de la NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de Infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada. NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 4.13. ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/09/17. AESP 2A.		Verificar que cuente con el siguiente mobiliario: 1. Baño de artesa (en caso de atender pacientes pediátricos). 2. Asiento. 3. Bote para basura tipo municipal (bolsa cualquier color, excepto rojo o amarillo). 4. Bote para R.P.B.I. (bolsa roja). 5. Carro de curación. 6. Lavabo con cartel de técnica de higiene manos. 7. Mesa alta con tarja. 8. Mesa Mayo con charola. 9. Mesa Pasteur. 10. Mostrador escritorio. 11. Sistema porta expedientes. 12. Anaquel o vitrina para guarda de insumos y medicamentos para el uso diario de los pacientes.	1	Verificar: 1. Funcionalidad y sin fugas hidrosanitarias. 2. Que el mobiliario se encuentre en buenas condiciones físicas así como los contenedores de R.P.B.I. 3. Abasto e insumos para la higiene de manos: jabón (líquido o gel), toallas desechables. 4. Evaluar la técnica de higiene de manos. 5. Que el personal identifique al paciente desde el momento en que solicita atención.	1	Verificar: 1. Bitácora de mantenimiento preventivo-correctivo. 2. Bitácora de recolección de R.P.B.I. 3. Registros de abasto de insumos.	1	4.- Planeación 5.- Responsabilidad social 7.- Mejora de Procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro 7.2 Administración de Proceso s de apoyo integral.		
4		Verificar que se cuente con contactos conectados a la planta de emergencia, diferenciados en color naranja o un color distintivo o una marca que los haga fácilmente identificables.	1	Verificar en el área su funcionamiento a través del equipo conectado a los contactos diferenciados en color naranja.	1	No aplica.	NA	4.- Planeación 5.- Responsabilidad social 7.- Mejora de Procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro 7.2 Administración de Proceso s de apoyo integral.				
5		Verificar: 1. Existencia. 2. Ubicación. 3. Señalización.	1	Verificar: 1. El área de trabajo de enfermeras, deberá estar libre de fuentes de contaminación. 2. Mantenimiento preventivo y correctivo de la Infraestructura. 3. Limpieza. 4. Instalaciones hidráulicas sin fugas.	1	Verificar: 1. Bitácora de limpieza firmada por turno y por supervisor o jefe del servicio. 2. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo.	1	4.- Planeación 5.- Responsabilidad social 7.- Mejora de Procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro 7.2 Administración de Proceso s de apoyo integral.				

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN										CAUSAS-2N-2018	
JCSSA001401										HOSPITAL REGIONAL COCULA	
HOSPITALIZACIÓN HMI											
	Normatividad aplicable	Concepto	Criterios a Evaluar ESTRUCTURA	Puntaje	Criterios a Evaluar Proceso	Puntaje	Criterios a Evaluar DOCUMENTAL	Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD		
			Evidencia Observacional		Evidencia Observacional		Evidencia Documental		Criterios y Subcriterios		
			El evaluador deberá:		El evaluador deberá:		El evaluador deberá:				
6	ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/09/17. AESP 58.	Sala de curaciones	Verificar mobiliario: 1. Lavabo con cartel de técnica de higiene de manos 2. Anaquele o vitrina para guarda de insumos y medicamentos para el uso diario de los pacientes.	1	Verificar: 1. Abasto e insumos para higiene de manos: jabón (líquido o gel), toallas desechables. 2. Evaluar la técnica de higiene de manos en el personal. 3. El mobiliario para guarda de medicamentos en buenas condiciones físicas y en orden.	1	Verificar Bitácora de mantenimiento preventivo-correctivo. 3. Registros de abasto de insumos	1	4.- Planeación estratégica. 5.- Responsabilidad social 7.- Mejora de Procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro 7.2 Administración de Proceso s de apoyo integral.	
7		Verificar equipo: 1. Caja de Doayan. 2. Equipo de curaciones. 3. Caja para desinfección de instrumentos. 4. Equipo de curaciones. 5. Termómetro clínico. 6.Torundero con tapa.	1	Verificar: 1.Condiciones adecuadas. 2. Que la desinfección de instrumentos sea en base a las técnicas establecidas. 3. Los recipientes que contengan desinfectante deben permanecer tapados y rotulados con el nombre del producto, la fecha de preparación y caducidad, se debe contar con una bitácora de uso.	1	Verificar Manual de procedimientos.	1	4.- Planeación estratégica. 5.- Responsabilidad social 7.- Mejora de Procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro 7.2 Administración de Proceso s de apoyo integral.		
8		Verificar Medicamentos y Material de Curación: 1. Antisépticos. 2. Gasas y apósitos. 3. Analgésicos. 4. Suturas. 5. Soluciones intravenosas. 6. Anestésicos locales. 7. Jeringas con agujas.	1	Verificar: 1. Suficiencia. 2. Sistema de Abasto. 3. Fecha de esterilización y de caducidad. 4. Existencia de mínimo cinco paquetes de cada sutura. 5. Empaques integros. 6. Rotulo de fecha de la apertura del medicamento (no mayor de siete dias). 7. Rotulo de fecha de llenado de los antisépticos (cada 24 horas).	1	Verificar Registros de sistema de abasto.	1	4.- Planeación estratégica. 5.- Responsabilidad social 7.- Mejora de Procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro 7.2 Administración de Proceso s de apoyo integral.		
9	NOM-087-ECOL-SSA1-2002, en su numeral 4 y 6.	Manejo de Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos	Verificar existencia de contenedores para el manejo del R.P.B.I.	1	Verificar: 1. Que exista la señalización de la circulación de los contenedores hacia el almacén temporal. 2. Que los R.P.B.I. estén identificados y separados en los contenedores correspondientes de acuerdo a sus características físicas y biológicas infecciosas.	1	Verificar bitácora de registro de la recolección del R.P.B.I. con los datos específicos como fecha, peso, tipo de residuo, firma del responsable del área y firma del responsable de la recolección.	1	4.- Planeación estratégica. 5.- Responsabilidad social 7.- Mejora de Procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro 7.2 Administración de Proceso s de apoyo integral.	
10		Área de Hospitalización Adultos	Verificar en área de hospitalización INFRAESTRUCTURA: 1. Una toma fija por cama para el suministro de oxígeno. 2. Una toma fija de aire comprimido por cada dos camas. 3. Una toma fija de aspiración controlada, pudiendo ser esta última por medio de equipos portátiles. 4. El área de hospitalización colectiva deberá disponer de un sanitario y una regadera por cada seis camas de hospitalización.	1	Verificar: 1. El mantenimiento, limpieza y sanitización y revisiones de seguridad de las áreas de hospitalización. 2. Existencia y funcionamiento de todas las instalaciones hidrosanitarias, de gases medicinales y eléctricas.	1	Verificar: 1. Bitácora de limpieza firmada por turno y por supervisor o jefe del servicio. 2. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo. 3. Bitácora de mantenimiento a las tomas de oxígeno y aire.	1	4.- Planeación estratégica. 7.- Mejora de Procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de Proceso s de apoyo integral.	
11			Verificar en área de hospitalización MOBILIARIO: 1. Bote para basura tipo municipal (bolsa de cualquier color, excepto rojo o amarillo). 2. Bote para R.P.B.I. (bolsa roja). 3. Banqueta de altura. 4. Mesa puente. 5. Cama de hospitalización adultos con barandales. 6. Buro hospitalario.7. Elemento divisorio por cada cama. 8. Lámpara de cabecera. 9. Lavabo con cartel de higiene de manos.	1	Verificar: 1. Funcionalidad y buen estado de mobiliario. 2. Manejo de R.P.B.I. de acuerdo a lo normado. 3. Abasto e insumos para la higiene de manos: jabón (líquido o gel) y toallas desechables. 4. Evaluar la técnica para higiene de manos. 5. Existencia de espacios tributarios y privacidad para la atención.	1	Verificar: 1. Bitácora de mantenimiento preventivo-correctivo del equipo y mobiliario. 2. Abasto de insumos	1	4.- Planeación estratégica. 7.- Mejora de Procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de Proceso s de apoyo integral.	
12			Verificar en área de hospitalización EQUIPO:1. Báscula con estadímetro 2. Fonodetector portátil de latidos fetales (En áreas de pacientes obstétricas).3. Sistema de comunicación bidireccional, así como de llamado de emergencia conectado a la central de enfermeras.4. Bomba de infusión volumétrica.5. Flujoímetro de pared estándar.6. Aspirador neumático de pared portátil. 7. Cardiotocógrafo.	1	Verificar: 1.Funcionalidad y buen estado del equipo. 2. Calibración de báscula. 3. Funcionalidad del Sistema de comunicación, y del llamado de emergencia.	1	Verificar: 1. Bitácora de mantenimiento preventivo-correctivo del equipo y mobiliario. 2. Registro de calibración de las básculas por jornada laboral.	1	4.- Planeación estratégica. 7.- Mejora de Procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de Proceso s de apoyo integral.	
13	El Apéndice N y numerales 6.6.7 y 6.6.7.1 al 6.6.8.1.3 Los numerales, 6.6.7.2, 6.6.7.3, 6.6.7.4, 6.6.7.5; 6.6.7.6, 6.6.7.7, 6.6.7.8 de la NOM-016-SSA3-2012. Establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada. Los numerales 5.7.2; 5.7.2.10; 5.7.10; 5.8.1 de la NORMA Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/09/17. AESP 58.	Hospitalización Obstetricia	Verificar que cuente con infraestructura, mobiliario y equipo señalado en hospitalización adultos, además de bacinetes para el ALOJAMIENTO CONJUNTO.	1	Verificar: 1. Que en el alojamiento conjunto, se vigile y se tomen signos vitales a la persona recién nacida por lo menos una vez por turno (cada 8 horas). 2. Que la persona recién nacida no esté en decubito ventral (boca abajo), para reducir el riesgo de muerte súbita. 3. Que el personal de salud aplique los criterios y procedimientos para favorecer la práctica de la lactancia materna exclusiva, así como el alojamiento conjunto, atendiendo a las condiciones sociales, culturales y laborales de la mujer lactante.	1	Verificar expediente clínico (hojas y notas de enfermería).	1	4.- Planeación estratégica. 7.- Mejora de Proceso s	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de Proceso s de apoyo integral.	

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN									
CAUSES-2N-2018									
JCSSA001401 HOSPITAL REGIONAL COCULA									
HOSPITALIZACIÓN HMI									
Normatividad aplicable		Concepto	Criterios a Evaluar ESTRUCTURA	Puntaje	Criterios a Evaluar Proceso	Puntaje	Criterios a Evaluar DOCUMENTAL	Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD
			Evidencia Observacional		Evidencia Observacional		Evidencia Documental		
			El evaluador deberá:		El evaluador deberá:		El evaluador deberá:		Criterios y Subcriterios
14		Cuarto de Aislados (Área de Adultos y Pediatría)	Verificar: 1. Existencia. 2. Ubicación. 3. Señalización. 4. Filtro de aislamiento con lavabo el cual deberá contar con cartel de higiene de manos. 5. Sistema de aire acondicionado con filtros de alta eficiencia. 6. Equipo Médico: Monitor de signos vitales, Bomba de infusión volumétrica, flujómetro de pared estándar, aspirador neumático de pared o portátil.	2	Verificar: 1. Limpieza. 2. Infraestructura e instalaciones hidrosanitarias en buenas condiciones. 3. Procedimiento establecido, conocido y aplicado para el recambio de filtros HEPA, que permita la circulación cuando menos de seis veces y el recambio de dos volúmenes por hora. 4. Abasto suficiente insumos para protección del personal y de familiares para el acceso al cuarto de aislados (gorros, cubrebocas y batas de algodón o desechables). 5. Abasto suficiente de material para la higiene de manos: jabón (líquido o gel), toallas desechables. 6. Evaluar la técnica de higiene de manos en el personal. 7. Mobiliario funcional y en buen estado.	2	Verificar: 1. Bitácora de limpieza firmada por turno y por supervisor o jefe del servicio. 2. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo del equipo. 3. Bitácora de mantenimiento a las tomas de oxígeno y aire. 4. Bitácora de mantenimiento y recambio del sistema de aire. 5. Registros de abasto de insumos	2	4.- Planeación 7.- Mejora de Proceso s 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de Proceso s de apoyo integral.
15		El Apéndice P y N y los numerales 6.6.7 y 6.6.7.1 al 6.6.8.1.3 Los numerales, 6.6.7.2, 6.6.7.3, 6.6.7.4, 6.6.7.5, 6.6.7.6, 6.6.7.7, 6.6.7.8, 6.6.8, 6.6.8.1, 6.6.8.1.1, 6.6.8.1.2, 6.6.8.1.3 de la NOM-016-SSA3-2012. Establece las características mínimas de Infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada. Acuerdo CSG 60/06.03.17 por el que el Consejo de Salubridad General, declara la obligatoriedad de la implementación de las "Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente", en todos los establecimientos de atención médica del Sistema Nacional de Salud. Acción Esencial 5B.	Verificar INFRAESTRUCTURA, además de lo especificado en el apartado de hospitalización de adultos, el área de hospitalización pediátrica deberá contar con las siguientes características: 1. Existencia. 2. Ubicación. 3. Señalización. 4. Una toma fija de oxígeno por cama. 5. Una toma fija de aire comprimido por cada dos camas. 6. Una toma fija de aspiración controlada (equipos portátiles).	1	Verificar: 1. Infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y de gases en buenas condiciones. 2. Procedimiento establecido, conocido y aplicado para el mantenimiento y sanitización del equipo y mobiliario. 3. Limpieza de las Áreas. 4. Registro de calibración de las básculas por jornada laboral. 5. Limpieza y exhaustivos a la incubadora. 6. Bitácora de limpieza y exhaustivos a la incubadora.	1	Verificar: 1. Bitácora de limpieza firmada por turno y por supervisor o jefe del servicio. 2. Bitácora de mantenimiento preventivo-correctivo del equipo. 3. Registro de Calibración de las básculas por jornada laboral. 4. Bitácora de limpieza y exhaustivos a la incubadora. 5. Bitácora de mantenimiento a las tomas de oxígeno y aire.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de Proceso s 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de Proceso s de apoyo integral.
16		Hospitalización Pediátrica	Verificar MOBILIARIO: 1. Cama de hospitalización pediátrica. 2. Elemento divisorio entre cada cama. 3. Sistema de comunicación bidireccional. 4. Lavabo el cual deberá contar con cartel de higiene de manos 5. Bote para basura tipo municipal. 6. Banqueta de altura. 7. Lámpara de cabecera. 8. Mesa puente (para niños mayores). 9. Baño de artesa (en el caso de brindar atención a neonatos y lactantes).	1	Verificar: 1. Funcionalidad y buen estado de mobiliario. 2. Manejo de R.P.B.I. de acuerdo a lo normado. 3. Abasto de insumos para la higiene de manos: jabón (líquido o gel), toallas desechables. 4. Evaluar técnica de higiene de manos en el personal 5. Existencia de espacios tributarios y privacidad para la atención.	1	Verificar: 1. Bitácora de limpieza firmada por turno y por supervisor o jefe del servicio. 2. Bitácora de mantenimiento preventivo-correctivo. 3. Bitácora de limpieza y exhaustivos a la incubadora. 4. Registros de abasto de insumos	1	4.- Planeación 7.- Mejora de Proceso s 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de Proceso s de apoyo integral.
17			Verificar EQUIPO: 1. Báscula con estadímetro (en su caso báscula pesabebés). 2. Incubadora de traslado. 3. Incubadora para cuidados generales (en su caso). 4. Bacinetes (en su caso) 5. Bomba de infusión volumétrica y Bomba de infusión de jeringas. 6. Estetoscopio de capsula pediátrica. 7. Esfigmomanómetro aneroides con brazalete pediátrico, lactante y neonatal. 8. Flujómetro de pared estándar. 9. Estuche de diagnóstico que incluya oftalmoscopio, otoscopio y faringoscopio. 10. Cuna de calor radiante (con fototerapia opcional).	1	Verificar: 1. Existencia. 2. Funcionalidad y buen estado. 3. Que la báscula este calibrada.	1	Verificar: 1. Bitácora de mantenimiento preventivo-correctivo. 2. Bitácora de limpieza y exhaustivos a la incubadora. 3. Registros de calibración .	1	4.- Planeación 7.- Mejora de Proceso s 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de Proceso s de apoyo integral.
18		Atención de Pacientes	ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/09/17. AESP 1.	1	Verificar: 1. Que exista identificación en brazaletes y cabecera por lo menos con nombre y fecha de nacimiento del paciente, fecha y hora de ingreso. 2. Membrete en soluciones con nombre, fecha y hora de inicio y término. 3. Sondas y catéteres con membrete que contenga nombre, fecha y hora. 4. Revisar hojas de enfermería y soluciones que se le estén administrando al paciente.	1	Verificar registros de ingreso y membretes.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de Proceso s 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de Proceso s de apoyo integral.
19		Oficina de Trabajo Médico	El numeral 6.6.7.1 de la NOM-016-SSA3-2012. Establece las características mínimas de Infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.	1	Verificar: 1. Limpieza. 2. Infraestructura en buen estado. 3. Mobiliario en buenas condiciones.	1	Verificar: Bitácora de limpieza firmada por turno y por supervisor o jefe del servicio. 2. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo del equipo de cómputo.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de Proceso s 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de Proceso s de apoyo integral.

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN										CAUSAS-2N 2019	
JCSA001401										HOSPITAL REGIONAL OCULCA	
HOSPITALIZACIÓN HMI										MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
	Normatividad aplicable	Concepto	Criterios a Evaluar ESTRUCTURA	Puntaje	Criterios a Evaluar Proceso	Puntaje	Criterios a Evaluar DOCUMENTAL	Puntaje	Criterios y Subcriterios		
			Evidencia Observacional		Evidencia Observacional		Evidencia Documental				
			El evaluador deberá:		El evaluador deberá:		El evaluador deberá:				
20	El numeral 6.6.7.1 de la NOM-016-SSA3-2012. Establece las características mínimas de Infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.	Sanitarios para el Personal	Verificar: 1. Sanitarios independientes para hombres y mujeres, papel sanitario y bote de campana o de pedal para basura. 2. Lavabo con cartel de la técnica de higiene de manos.	1	Verificar: 1. Limpieza e higiene de los sanitarios. 2. Sin fugas de agua o drenaje. 3. Abasto e insumo para la higiene de manos: jabón (líquido o gel), toallas desechables.		Verificar: 1. Bitácora de limpieza firmada por turno y por supervisor o jefe del servicio. 2. Bitácora de mantenimiento preventivo-correctivo. 3. Registros de abasto de insumos.		4.- Planeación 7.- Mejora de Proceso s	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de Proceso s de apoyo integral.	
21	El numeral 4.12. de la NOM-016-SSA3-2012. Establece las características mínimas de Infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.	Cuarto Séptico	Verificar la existencia del cuarto séptico cercano al área, con tarja, mesa de trabajo y repisas de acero inoxidable para el almacenamiento de utensilios varios, Área de lavado de instrumental, con agua corriente, tarja y área de secado.	1	Verificar: 1. Que se utilice el cuarto séptico para el almacenamiento, limpieza y sanitización de los recipientes utilizados para recolectar las excretas de pacientes, así como para el acopio de ropa de cama y pacientes. 2. Que su ubicación sea accesible. 3. Infraestructura e instalaciones hidrosanitarias en buenas condiciones.	1	Verificar bitácora de control de limpieza y exhaustivos del área firmada por el jefe de turno o supervisor.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de Proceso s	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de Proceso s de apoyo integral.	
22	El numeral 4.11. de la NOM-016-SSA3-2012. Establece las características mínimas de Infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.	Cuarto de Aseo	Verificar: 1. Existencia. 2. Ubicación. 3. Señalización. 4. Tarja para lavado de instrumentos de aseo (evitando la contaminación de áreas que requieran condiciones especiales de asepsia).	1	Verificar que el cuarto de aseo este ubicado estratégicamente para evitar la contaminación de áreas que requieran condiciones especiales de asepsia.	1	Verificar bitácora de control de limpieza y exhaustivos del área firmada por el jefe de turno o supervisor.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de Proceso s	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de Proceso s de apoyo integral.	
Clínica de Catéteres											
23			Verificar que la clínica de catéteres funciona de lunes a viernes en horario matutino y vespertino y cuente con: 1. Sala de espera. 2. Cuente: con las siguientes áreas: instalación, mantenimiento y retiro de catéteres intravenosos, área de guarda de medicamentos, materiales o instrumental, interrogatorio y procedimientos delimitados con un elemento físico que asegure la privacidad del paciente. 3.Lavabo con cartel de la técnica de higiene de manos. 4. Existencia de contenedores para el Manejo del R.P.B.I. 5. Mobiliario: mueble para escribir y equipo de computo, asiento para el profesional de salud, asiento para el paciente y acompañante, asiento para el profesional de salud para el procedimiento, banqueta de altura o similar, cubeta o cesto para bolsa de basura municipal y roja de R.P.B.I., camilla neumática con barandales, mesa de Mayo, Pasteru y carro de curaciones, de altura ajustable. 6. Equipo: esfigmomanómetro aneroido con brazalete de tamaño que requiera para su actividad principal, estetoscopio, lámpara de examinación con fuente de luz, negatoscopio, termómetro digital, báscula con estadimetro. 7. Instrumental: mango para bisturí, pinza de anillos, pinza de disección con dientes y sin dientes, pinza tipo mosquito, porta agujas recto con ranura central y estrias cruzadas, riñón de al menos 250 ml, tijera recta, toruñero con tapa.	1	Verificar: 1. Que en la puerta de la clínica de terapia de infusión exista identificador. 2. Que se cuente con las facilidades arquitectónicas para efectuar los procedimientos en condiciones adecuadas de iluminación, ventilación, limpieza. 3. Considerar que la infraestructura facilite el acceso y salida de las personas con discapacidad y adultos mayores. 4. Que las instalaciones hidráulicas y eléctricas se encuentren en buenas condiciones. 5. Que se cumpla con la integridad de las áreas según la normatividad. 6. Que el personal conozca la técnica de higiene de manos (evaluar la técnica). 7. Que la señalización de la circulación de los contenedores esté colocada del área generadora hacia el almacén temporal. 8. Que los R.P.B.I. estén identificados y separados en los contenedores correspondientes de acuerdo a sus características físicas y biológico infecciosas. 9. Que el mobiliario y equipo se encuentre en buenas condiciones y funcione. 10. Que el instrumental este en buenas condiciones. 11. Que el empaque del instrumental este rotulado con la fecha de esterilización y contenido del empaque. 12. Abasto e insumo para la higiene de manos: jabón (líquido o gel), toallas desechables.	1	Verificar: 1. Bitácora de aseo actualizada firmada por el jefe de servicio o supervisor. 2. Bitácora de mantenimiento de la Infraestructura. 3. Identificación del Inventario del equipo médico. 4. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo del equipo médico. 5. Informe de calibración del equipo médico presentando los certificados vigentes de los instrumentos de prueba que a su vez deberán estar calibrados con trazabilidad a patrones nacionales. De conformidad con lo establecido por la Secretaría de Economía a través de la Dirección General de Normatividad así como por el Centro Nacional de Metrología. 6. Registros de abasto de insumos.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de Proceso s	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de Proceso s de apoyo integral.	
24	Apartados 5., 6.1. NOM-022-SSA3-2012; Que instituye las condiciones para la administración de la terapia de infusión en los Estados Unidos Mexicanos. Protocolo para el Manejo estandarizado del paciente con catéter periférico central y permanente. Primera Edición: Agosto de 2011. Secretaría de Salud, DGCE3.		Verificar la disponibilidad de los insumos siguientes: 1.Solución a infundirse, solución para dilución de medicamentos, equipo de volumen medido, equipo de venoclisis (macro, micro o/y set de bomba), conectores libres de agujas y/o llave de paso y apósito transparente estéril semipermeable. Contenedores para las soluciones intravenosas libres de PVC, manufacturados con EVA o de vidrio. 2. Catéteres venosos centrales de los siguientes: inserción periférica (PICC), de tunelización, de implantación interna para paciente pediátrico y adulto de material de poliuretano y o silicona. Agujas de Gripper o Huber N° 19 , 20 y 22 longitud de 3/4, 1 , 1 1/2. Curvas y con extensión. Llaves de paso. 3. Antisépticos: clorhexidina al 2%, alcohol isopropílico al 70%, solución yodada al 10%, en envases o presentación individual. Clorhexidina al 0.05% para pacientes pediátricos, que se cuente con stock de equipos de volumen medido, venoclisis (macro, micro o set de bomba), conectores libres de aguja y/o llave de paso y apósitos transparente estéril semi permeable de diferentes tamaños.	1	Verificar: 1. Que se cuente con un stock de soluciones intravenosas necesarias para el inicio de la terapia de infusión prescrita. 2. Membrete de identificación que cuente por lo menos con nombre completo y fecha de nacimiento (AESP IA). 3. Que los antisépticos que se disponen en envases o frascos con tapa y fecha de preparación, en el caso de antisépticos a granel cuenten con la fecha de apertura.	1	Verificar: 1. Existencia del sistema de abasto. 2. Bitácora de consumo y control de caducidades.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de Proceso s	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de Proceso s de apoyo integral.	

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN													CAUSES-2N-2018	
JCSSA001401														
HOSPITAL REGIONAL COCULA														
HOSPITALIZACIÓN HMI														
	Normatividad aplicable	Concepto	Criterios a Evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a Evaluar Proceso		Puntaje	Criterios a Evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD		
			Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental			Criterios y Subcriterios		
			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:					
25			Verificar: 1. Que la infusión intravenosa sea realizada por personal profesional de la salud y/o técnico del área de la salud, capacitados en el manejo de la terapia de infusión intravenosa, que exista un profesional responsable de la clínica de terapia de infusión intravenosa. 2. Que se cuente con el protocolo para el manejo estandarizado de la terapia de infusión intravenosa. 3. Que se cuente con un Programa de Educación o Capacitación sobre proceso de Terapia de Infusión.		1	Verificar: Que el personal asignado al área conozca y aplique del protocolo de terapia de infusión y de la NOM-022-SSA3-2012.		1	Verificar: 1. Registros en el expediente clínico del paciente de la terapia de infusión. 2. Existencia del programa de capacitación en terapia de infusión con carta programática y listas de asistencia. 3. Bitácoras de Registro de instalación, vigilancia y retiro de los dispositivos de acceso vascular. 4. Contar documento NOM-022-SSA3-2012 (físico o electrónico). 5. Concentrado de los informes mensuales registrados en la plataforma de clínica de catéteres de la CPE y cédula de informe mensual de catéteres.		1	4.- Planeación 7.- Mejora de Proceso s	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación 7.2 Administración de Proceso s de apoyo integral.	
Atención Médica														
26	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico GPC-SSA-185-10-EyR, Diagnóstico y tratamiento de pielonefritis aguda no complicada en el adulto.-CIE 10 N10X Nefritis tubulointersticial aguda. Intervención 172 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Pielonefritis	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa de diagnóstico, tratamiento y apoyo de casos de pielonefritis.		1	Verificar en el expediente clínico, proceso de control y seguimiento de actividades preventivas, diagnóstico, tratamiento o referencia y servicios de apoyo con registros en nota médica y reporte en el sistema de información SINBA, aplicación de la GPC-SSA-185-10-EyR, Diagnóstico y tratamiento de pielonefritis aguda no complicada en el adulto.		1	Verificar: 1. Registros en el expediente clínico de la utilización de los programas preventivos en estos grupos. 2. Registro en expediente clínico y reporte (físico o electrónico) del SINBA-SIS. 3. Existencia documental o electrónica de la GPC-SSA-185-10-EyR. diagnóstico y tratamiento de pielonefritis aguda no complicada en el adulto.		1	4.- Planeación 7.- Mejora de Proceso s	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación 7.2 Administración de Proceso s de apoyo integral.	
27	NOM-031-SSA2-1999 Para la atención a la salud del niño. NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica. NOM-004-SSA3-2012 del Expediente clínico. GPC-IMSS-032-08-EyR, Diagnóstico y tratamiento de bronquiolitis aguda en niñas / niños y en el primer nivel de atención. CIE-10 J21 Bronquiolitis aguda. Intervención 173 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Bronquiolitis	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa de diagnóstico, tratamiento y apoyo de casos de bronquiolitis.		1	Verificar en el expediente clínico, proceso de control y seguimiento de actividades preventivas, diagnóstico, tratamiento o referencia y servicios de apoyo con registros en nota médica y reporte en el sistema de información SINBA, aplicación de la GPC-IMSS-032-08-EyR, diagnóstico y tratamiento de bronquiolitis aguda en niñas/niños y en el primer nivel de atención.		1	Verificar: 1. Registros en el expediente clínico de la utilización de los programas preventivos en estos grupos. 2. Registro en expediente clínico y reporte (físico o electrónico) del SINBA-SIS y SUIVE. 3. Existencia documental o electrónica de la GPC-IMSS-032-08-EyR, Diagnóstico y tratamiento de bronquiolitis aguda en niñas / niños y en el primer nivel de atención.		1	4.- Planeación 7.- Mejora de Proceso s	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación 7.2 Administración de Proceso s de apoyo integral.	
28	NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica. NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. GPC-SSA-189-10-EyR Diagnóstico y tratamiento oportuno de la bronquitis aguda no complicada en el paciente adulto, CIE-10 J20 Bronquitis aguda. Intervención 174 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Bronquitis Aguda	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa de diagnóstico, tratamiento y apoyo de bronquitis aguda.		1	Verificar en el expediente clínico, proceso de control y seguimiento de actividades preventivas, diagnóstico, tratamiento o referencia y servicios de apoyo con registros en nota médica y reporte en el sistema de información SINBA, aplicación de la GPC-IMSS-032-08-EyR, diagnóstico y tratamiento de bronquiolitis aguda en niñas/niños y en el primer nivel de atención.		1	Verificar: 1. Registros en el expediente clínico de la utilización de los programas preventivos en estos grupos. 2. Registro en expediente clínico y reporte (físico o electrónico) del SINBA-SIS y SUIVE. 3. Existencia documental o electrónica de la GPC-SSA-189-10-EyR. Diagnóstico y tratamiento oportuno de la bronquitis aguda no complicada en el paciente adulto.		1	4.- Planeación 7.- Mejora de Proceso s	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación 7.2 Administración de Proceso s de apoyo integral.	
29	NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica. NOM-004-SSA3-2012 del Expediente clínico. GPC-SS-310-10-EyR, Meningitis bacteriana no clasificada en otra parte. CIE-10 G00 Meningitis en enfermedades bacterianas clasificadas en otra parte. CIE-10 G01X Meningitis en otras enfermedades infecciosas. Clasificadas otra parte CIE-10 G02 Meningitis debida a otras causas y a las no especificadas CIE-10 G03 Encefalitis mielititis y encefalomielitis. CIE-10 G04 Encefalitis mielititis y encefalomielitis en enfermedades. Clasificadas en otra parte CIE-10 G05. Función espinal CIE-9-MC 03.31, GPC-SS-310-10-EyR Diagnóstico y tratamiento de la meningitis bacteriana aguda en adultos. Intervención 175 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Meningitis y Meningoencefalitis Agudas	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa de diagnóstico, tratamiento y apoyo de meningitis y meningioencefalitis aguda.		1	Verificar en el expediente clínico, proceso de control y seguimiento de actividades preventivas, diagnóstico, tratamiento o referencia y servicios de apoyo con registros en nota médica y reporte en el sistema de información SINBA, aplicación de la GPC-SS-310-10-EyR diagnóstico y tratamiento de la meningitis bacteriana aguda en adultos.		1	Verificar: 1. Registros en el expediente clínico de la utilización de los programas preventivos en estos grupos. 2. Registro en expediente clínico y reporte (físico o electrónico) del SINBA-SIS y SUIVE. 3. Existencia documental o electrónica de la GPC-SS-310-10-EyR. Diagnóstico y tratamiento de la meningitis bacteriana aguda en adultos.		1	4.- Planeación 7.- Mejora de Proceso s	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación 7.2 Administración de Proceso s de apoyo integral.	

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

JCSSA001401		HOSPITAL REGIONAL COCULA											
HOSPITALIZACIÓN HMI													
Normatividad aplicable		Concepto	Criterios a Evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a Evaluar Proceso		Puntaje	Criterios a Evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
			Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental			Criterios y Subcriterios	
			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:				
30	NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. GPC-ISSSTE-638-13-EyR Diagnóstico y tratamiento de las complicaciones intratemporales de la otitis media suprativa en niños y adultos en el segundo y tercer nivel de atención. GPC-IMSS-521-11-EyR, Diagnóstico y tratamiento de mastoiditis aguda. Mastoiditis y afecciones relacionadas CIE-10 H70 Miringotomía CIE-9-MC 20 Mastoidectomía CIE-9-MC 20.4, Intervención 176 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Mastoiditis	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa de diagnóstico, tratamiento y apoyo de casos de mastoiditis.	1	Verificar en el expediente clínico, proceso de control y seguimiento de actividades preventivas, diagnóstico, tratamiento o referencia y servicios de apoyo con registros en nota médica y reporte en el sistema de información SINBA, aplicación de la GPC-ISSSTE-638-13-EyR diagnóstico y tratamiento de las complicaciones intratemporales de la otitis media suprativa en niños y adultos en el segundo y tercer nivel de atención. GPC-IMSS-521-11-EyR, diagnóstico y tratamiento de mastoiditis aguda.	1	Verificar: 1. Registros en el expediente clínico de la utilización de los programas preventivos en estos grupos. 2. Registro en expediente clínico y reporte (físico o electrónico) del SINBA-SIS y SUIVE. 3. Existencia documental o electrónica de la GPC-ISSSTE-638-13-EyR Diagnóstico y tratamiento de las complicaciones intratemporales de la otitis media suprativa en niños y adultos en el segundo y tercer nivel de atención. GPC-IMSS-521-11-EyR, Diagnóstico y tratamiento de mastoiditis aguda.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de Proceso s	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación 7.2 Administración de Proceso s de apoyo integral.			
31	NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico, GPC-SSA-111-08-EyR Prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento de la osteomielitis hematogena aguda en el primer nivel de atención, Osteomielitis, CIE-10 M86 Secuestrectomía, sitio no especificado CIE-9-MC 77 Amputación de miembro superior, no especificada de otra manera CIE-9-MC 84 Amputación de miembro inferior, no especificada de otra manera CIE-9-MC 84.1 Desbridamiento excisional de herida, infección o quemadura CIE-9-MC 86.22, Intervención 177 del CAUSES 2016.. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Osteomielitis	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa de diagnóstico, tratamiento y apoyo de casos de osteomielitis.	1	Verificar en el expediente clínico, proceso de control y seguimiento de actividades preventivas, diagnóstico, tratamiento o referencia y servicios de apoyo con registros en nota médica y reporte en el sistema de información SINBA, aplicación de la GPC-SSA-111-08-EyR Prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento de la osteomielitis hematogena aguda en el primer nivel de atención.	1	Verificar: 1. Registros en el expediente clínico de la utilización de los programas preventivos en estos grupos. 2. Registro en expediente clínico y reporte (físico o electrónico) del SINBA-SIS y SUIVE. 3. Existencia documental o electrónica de la GPC-SSA-111-08-EyR Prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento de la osteomielitis hematogena aguda en el primer nivel de atención.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de Proceso s	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación 7.2 Administración de Proceso s de apoyo integral.			
32	NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica. NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. GPC-SSA-098-08-EyR Prevención de neumonía asociada con la ventilación mecánica, en niños y adultos en el segundo y tercer nivel de atención GPC-S-120-08-EyR Diagnóstico y tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad en las / los pacientes de 3 meses a 18 años en el primero y segundo nivel de atención. GPC-IMSS-624-13-EyR Prevención, diagnóstico y tratamiento de la neumonía asociada a ventilación mecánica, CIE-10 J12 Neumonía viral no clasificada en otra parte, CIE-10 J13X . Intervención 178 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Neumonía en Menores de 18 Años	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa de diagnóstico, tratamiento y apoyo de casos de neumonía en menores de 18 años.	1	Verificar: 1. Que el personal se encuentre en su área de trabajo en el turno correspondiente, portando uniforme y gafete, desarrollando las actividades correspondientes a su formación y perfil. 2. Que corresponda el registro de entrada y salida con el horario en Plantilla de personal. 3. Cumplir con las capacitaciones de los Programas establecidos y las específicas de acuerdo a su competencia	1	Verificar: 1. Registros en el expediente clínico de la utilización de los programas preventivos en estos grupos. 2. Registro en expediente clínico y reporte (físico o electrónico) del SINBA-SIS y SUIVE. 3. Existencia documental o electrónica de la GPC-SSA-098-08-EyR Prevención de neumonía asociada con la ventilación mecánica, en niños y adultos en el segundo y tercer nivel de atención. GPC-S-120-08-EyR Diagnóstico y tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad en las / los pacientes de 3 meses a 18 años en el primero y segundo nivel de atención. GPC-IMSS-624-13-EyR Prevención, diagnóstico y tratamiento de la neumonía asociada a ventilación mecánica.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de Proceso s	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación 7.2 Administración de Proceso s de apoyo integral.			
33	NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica. NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. GPC-SSA-098-08-EyR Prevención de neumonía asociada con la ventilación mecánica, en niños y adultos en el segundo y tercer nivel de atención GPC-IMSS-624-13-EyR Prevención, diagnóstico y tratamiento de la neumonía asociada a ventilación mecánica, GPC-IMSS-234-09-EyR Diagnóstico y tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad en el adulto. CIE-10 J12 Neumonía viral no clasificada en otra parte. Neumonía debida a streptococcus pneumoniae CIE-10 J13X Neumonía debida a haemophilus influenzae CIE-10 J14X Neumonía bacteriana no clasificada en otra parte CIE-10 J15 Neumonía debida a otros microorganismos infecciosos, no clasificados en otra parte CIE-10 J16 Neumonía en enfermedades clasificadas en otra parte CIE-10 J17 Neumonía organismo no especificado. Intervención 179 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Neumonía en Adultos	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa de diagnóstico, tratamiento y apoyo de casos de neumonía en adultos.	1	Verificar en el expediente clínico, proceso de control y seguimiento de actividades preventivas, diagnóstico, tratamiento o referencia y servicios de apoyo con registros en nota médica y reporte en el sistema de información SINBA, aplicación de la GPC-SSA-098-08-EyR Prevención de neumonía asociada con la ventilación mecánica, en niños y adultos en el segundo y tercer nivel de atención. GPC-IMSS-624-13-EyR Prevención, diagnóstico y tratamiento de la neumonía asociada a ventilación mecánica, GPC-IMSS-234-09-EyR Diagnóstico y tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad en el adulto.	1	Verificar: 1. Registros en el expediente clínico de la utilización de los programas preventivos en estos grupos. 2. Registro en expediente clínico y reporte (físico o electrónico) del SINBA-SIS y SUIVE. 3. Existencia documental o electrónica de la GPC-SSA-098-08-EyR Prevención de neumonía asociada con la ventilación mecánica, en niños y adultos en el segundo y tercer nivel de atención. GPC-IMSS-624-13-EyR Prevención, diagnóstico y tratamiento de la neumonía asociada a ventilación mecánica, GPC-IMSS-234-09-EyR Diagnóstico y tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad en el adulto.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de Proceso s	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación 7.2 Administración de Proceso s de apoyo integral.			

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN												CAUSES-2N-2018	
JCSSA001401												HOSPITAL REGIONAL COCULA	
HOSPITALIZACIÓN HMI													
Normatividad aplicable	Concepto	Criterios a Evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a Evaluar Proceso		Puntaje	Criterios a Evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD		
		Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental			Criterios y Subcriterios		
		El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:					
34	NOM-039-SSA2-2002 Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual. NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. GPC-IMSS-072-08-EyR Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad inflamatoria pélvica en mujeres mayores de 14 años con vida sexual activa. CIE-10 N70 Salpingitis y ooforitis. Enfermedades inflamatorias del útero, excepto cuello CIE-10 N71 Parametritis y celuitis pélvica aguda CIE-10 N73.0 Parametritis y celuitis pélvica crónica CIE-10 N73.1 Parametritis y celuitis pélvica no especificada CIE-10 N73.2 Otras enfermedades inflamatorias pélvicas femeninas CIE-10 N73.8 Enfermedad inflamatoria pélvica femenina, Intervención 181 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Enfermedad Pélvica Inflamatoria	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa de diagnóstico, tratamiento y apoyo de casos de enfermedad pélvica inflamatoria.	1	Verificar en el Expediente clínico, Proceso de control y seguimiento de actividades preventivas, diagnóstico, tratamiento o referencia y servicios de apoyo con Registros en nota médica y Reporte en el Sistema de información SINBA, Aplicación de la GPC-IMSS-072-08-EyR Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad inflamatoria pélvica en mujeres mayores de 14 años con vida sexual activa.	1	Verificar: 1. Registros en el expediente clínico de la utilización de los programas preventivos en estos grupos. 2. Registro en expediente clínico y reporte (físico o electrónico) del SINBA-SIS y SUIVE. 3. Existencia documental o electrónica de la GPC-IMSS-072-08-EyR Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad inflamatoria pélvica en mujeres mayores de 14 años con vida sexual activa.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de Proceso s	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación 7.2 Administración de Proceso s de apoyo integral.			
35	NOM-007-SSA2-2012 Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. GPC-SSA-026-08-EyR Prevención, diagnóstico y referencia de la amenaza de aborto en el primer nivel de atención. CIE-10 O20.0 Amenaza de aborto. Intervención 182 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Amenaza de Aborto	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa de diagnóstico, tratamiento y apoyo de casos de amenaza de aborto.	1	Verificar en el expediente clínico, proceso de control y seguimiento de actividades preventivas, diagnóstico, tratamiento o referencia y servicios de apoyo con registros en nota médica y reporte en el sistema de información SINBA, aplicación de la GPC-SSA-026-08-EyR Prevención, diagnóstico y referencia de la amenaza de aborto en el primer nivel de atención.	1	Verificar: 1. Registros en el expediente clínico de la utilización de los programas preventivos en estos grupos. 2. Registro en expediente clínico y reporte (físico o electrónico) del SINBA-SIS y SUIVE. 3. Existencia documental o electrónica de la GPC-SSA-026-08-EyR Prevención, diagnóstico y referencia de la amenaza de aborto en el primer nivel de atención.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de Proceso s	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación 7.2 Administración de Proceso s de apoyo integral.			
36	NOM-007-SSA2-2012 Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. GPC-SSA-118-08-EyR Prevención primaria y tamizaje del parto pre término en el primer nivel de atención GPC-IMSS-063-08-EyR Diagnóstico y Manejo del parto pre término en el segundo y tercer nivel de atención. CIE-10 O47.0 Falso trabajo de parto antes de las 37 semanas completas de gestación. Intervención 183 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Amenaza de Parto Pre término	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa de diagnóstico, tratamiento y apoyo de casos de amenaza de parto pre término.	1	Verificar en el expediente clínico, proceso de control y seguimiento de actividades preventivas, diagnóstico, tratamiento o referencia y servicios de apoyo con registros en nota médica y reporte en el sistema de información SINBA, aplicación de la GPC-SSA-118-08-EyR Prevención primaria y tamizaje del parto pre término en el primer nivel de atención. GPC-IMSS-063-08-EyR Diagnóstico y Manejo del parto pre término en el segundo y tercer nivel de atención.	1	Verificar: 1. Registros en el expediente clínico de la utilización de los programas preventivos en estos grupos. 2. Registro en expediente clínico y reporte (físico o electrónico) del SINBA-SIS y SUIVE. 3. Existencia documental o electrónica de la GPC-SSA-118-08-EyR Prevención primaria y tamizaje del parto pre término en el primer nivel de atención. GPC-IMSS-063-08-EyR Diagnóstico y Manejo del parto pre término en el segundo y tercer nivel de atención.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de Proceso s	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación 7.2 Administración de Proceso s de apoyo integral.			
37	NOM-007-SSA2-2012 Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio . NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. GPC-SS-753-15-EyR Intervenciones de enfermería durante el puerperio fisiológico en le primer nivel de atención. GPC-IMSS-052-08-EyR Vigilancia y Manejo del parto. CIE-10 O80 Parto único espontáneo. Otros partos únicos asistidos CIE-10 O83 Parto múltiple, todos espontáneos CIE-10 O84.0 Examen y atención del postparto CIE-10 Z39 Episiotomía CIE-9-MC 73.6X Procedimiento que reducen la morbilidad y la mortalidad materno-neonatal al nacimiento. Intervención 184 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Atención del Parto y Puerperio Fisiológico	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa de diagnóstico, tratamiento y apoyo de casos de atención del parto y puerperio fisiológico.	1	Verificar en el expediente clínico, proceso de control y seguimiento de actividades preventivas, diagnóstico, tratamiento o referencia y servicios de apoyo con registros en nota médica y reporte en el sistema de información SINBA, aplicación de la GPC-SS-753-15-EyR Intervenciones de enfermería durante el puerperio fisiológico en le primer nivel de atención. GPC-IMSS-052-08-EyR Vigilancia y Manejo del parto.	1	Verificar: 1. Registros en el expediente clínico de la utilización de los programas preventivos en estos grupos. 2. Registro en expediente clínico y reporte (físico o electrónico) del SINBA-SIS y SUIVE. 3. Existencia documental o electrónica de la GPC-SS-753-15-EyR Intervenciones de enfermería durante el puerperio fisiológico en le primer nivel de atención. GPC-IMSS-052-08-EyR Vigilancia y Manejo del parto.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de Proceso s	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación 7.2 Administración de Proceso s de apoyo integral.			

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN										CAUSAS-2N-2018			
JCSSA001401 HOSPITAL REGIONAL OCUCULA													
HOSPITALIZACIÓN HMI													
	Normatividad aplicable	Concepto	Criterios a Evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a Evaluar Proceso		Puntaje	Criterios a Evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
			Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental			Criterios y Subcriterios	
			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:				
38	NOM-007-SSA2-2012 Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio . NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. GPC-IMSS-272-10-EyR Diagnóstico y tratamiento de sepsis puerperal. CIE-10 N73.3 Peritonitis pélvica aguda, femenina. Peritonitis pélvica crónica, femenina CIE-10 N73.4. Peritonitis pélvica femenina, no especificada CIE-10 N73.5 Adherencias peritoneales pélvicas femeninas Intervención 185 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Pelvi peritonitis	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa de diagnóstico, tratamiento y apoyo de casos de casos de pelvi peritonitis.	1	Verificar en el expediente clínico, proceso de control y seguimiento de actividades preventivas, diagnóstico, tratamiento o referencia y servicios de apoyo con registros en nota médica y reporte en el sistema de información SINBA, aplicación de la GPC-IMSS-272-10-EyR Diagnóstico y tratamiento de sepsis puerperal.	1	Verificar: 1. Registros en el expediente clínico de la utilización de los programas preventivos en estos grupos. 2. Registro en expediente clínico y reporte (físico o electrónico) del SINBA-SIS y SUIVE. 3. Existencia documental o electrónica de la GPC-IMSS-272-10-EyR Diagnóstico y tratamiento de sepsis puerperal.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de Proceso s	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación 7.2 Administración de Proceso s de apoyo integral.			
39	NOM-007-SSA2-2012 Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio . NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. GPC-IMSS-272-10-EyR Diagnóstico y tratamiento de sepsis puerperal. CIE-10 O85X Sepsis puerperal. Intervención 186 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Endometritis Puerperal	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa de diagnóstico, tratamiento y apoyo de casos de endometritis puerperal.	1	Verificar en el expediente clínico, proceso de control y seguimiento de actividades preventivas, diagnóstico, tratamiento o referencia y servicios de apoyo con registros en nota médica y reporte en el sistema de información SINBA, aplicación de la GPC-IMSS-272-10-EyR Diagnóstico y tratamiento de sepsis puerperal.	1	Verificar: 1. Registros en el expediente clínico de la utilización de los programas preventivos en estos grupos. 2. Registro en expediente clínico y reporte (físico o electrónico) del SINBA-SIS y SUIVE. 3. Existencia documental o electrónica de la GPC-IMSS-272-10-EyR Diagnóstico y tratamiento de sepsis puerperal.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de Proceso s	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación 7.2 Administración de Proceso s de apoyo integral.			
40	NOM-007-SSA2-2012 Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio . NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. GPC-IMSS-436-11-EyR Detección y tratamiento inicial de las emergencias obstétricas. GPC-IMSS-272-10-EyR Diagnóstico y tratamiento de sepsis puerperal. CIE-10 O85X Pirexia de origen desconocido consecutiva al parto CIE-10 O86.4 Otras infecciones puerperales especificadas CIE-10 O86.8 Choque séptico CIE-10 R57.2 <sepsis puerperal. Intervención 187 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Choque Séptico Puerperal	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa de diagnóstico, tratamiento y apoyo de casos de choque séptico puerperal.	1	Verificar en el expediente clínico, proceso de control y seguimiento de actividades preventivas, diagnóstico, tratamiento o referencia y servicios de apoyo con registros en nota médica y reporte en el sistema de información SINBA, aplicación de la GPC-IMSS-436-11-EyR Detección y tratamiento inicial de las emergencias obstétricas. GPC-IMSS-272-10-EyR Diagnóstico y tratamiento de sepsis puerperal.	1	Verificar: 1. Registros en el expediente clínico de la utilización de los programas preventivos en estos grupos. 2. Registro en expediente clínico y reporte (físico o electrónico) del SINBA-SIS y SUIVE. 3. Existencia documental o electrónica de la GPC-IMSS-436-11-EyR Detección y tratamiento inicial de las emergencias obstétricas. GPC-IMSS-272-10-EyR Diagnóstico y tratamiento de sepsis puerperal.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de Proceso s	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación 7.2 Administración de Proceso s de apoyo integral.			
41	NOM-034-SSA2-2013 Para la prevención y control de los defectos al nacimiento NOM-007-SSA2-2012 Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio . NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. GPC-SSA-226-09-EyR Atención del recién nacido sano GPC-SS-055-08-EyR Detección de hipoacusia en el recién nacido GPC-ISSSTE-699-13-EyR Prevención, control y detección en el recién nacido de término sano en el primer nivel de atención a la salud. CIE-10 Z00.1 Control de la salud de rutina del niño. Producto del parto no especificado CIE-10 Z37.9 Pruebas neonatales CIE-9-MC 00.1. Reconocimiento médico general CIE-9-MC 89.7X. Intervención 188 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Atención del Recién Nacido	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa de diagnóstico, tratamiento y apoyo de casos de atención del recién nacido.	1	Verificar en el expediente clínico, proceso de control y seguimiento de actividades preventivas, diagnóstico, tratamiento o referencia y servicios de apoyo con registros en nota médica y reporte en el sistema de información SINBA, aplicación de la GPC-SSA-226-09-EyR Atención del recién nacido sano GPC-SS-055-08-EyR Detección de hipoacusia en el recién nacido GPC-ISSSTE-699-13-EyR Prevención, control y detección en el recién nacido de término sano en el primer nivel de atención a la salud.	1	Verificar: 1. Registros en el expediente clínico de la utilización de los programas preventivos en estos grupos. 2. Registro en expediente clínico y reporte (físico o electrónico) del SINBA-SIS y SUIVE. 3. Existencia documental o electrónica de la GPC-SSA-226-09-EyR Atención del recién nacido sano GPC-SS-055-08-EyR Detección de hipoacusia en el recién nacido GPC-ISSSTE-699-13-EyR Prevención, control y detección en el recién nacido de término sano en el primer nivel de atención a la salud.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de Proceso s	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación 7.2 Administración de Proceso s de apoyo integral.			
42	NOM-007-SSA2-2012 Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio . NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. GPC-IMSS-262-10-EyR Detección oportuna, diagnóstico y tratamiento de la hiperbilirrubinemia en niños mayores de 35 semanas de gestación hasta las 2 semanas de vida extrauterina. CIE-10 P58 Ictericia neonatal debida a otras hemolisis excesivas. CIE-10 P59 Ictericia neonatal por otras causas y por las no especificadas. Intervención 189 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico de Ictericia Neonatal	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa de diagnóstico, tratamiento y apoyo de casos de atención de ictericia neonatal.	1	Verificar en el expediente clínico, proceso de control y seguimiento de actividades preventivas, diagnóstico, tratamiento o referencia y servicios de apoyo con registros en nota médica y reporte en el sistema de información SINBA, aplicación de la GPC-IMSS-262-10-EyR Detección oportuna, diagnóstico y tratamiento de la hiperbilirrubinemia en niños mayores de 35 semanas de gestación hasta las 2 semanas de vida extrauterina.	1	Verificar: 1. Registros en el expediente clínico de la utilización de los programas preventivos en estos grupos. 2. Registro en expediente clínico y reporte (físico o electrónico) del SINBA-SIS y SUIVE. 3. Existencia documental o electrónica de la GPC-IMSS-262-10-EyR Detección oportuna, diagnóstico y tratamiento de la hiperbilirrubinemia en niños mayores de 35 semanas de gestación hasta las 2 semanas de vida extrauterina.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de Proceso s	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación 7.2 Administración de Proceso s de apoyo integral.			



CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN										CAUSES-2N-2018		
JCSSA001401										HOSPITAL REGIONAL COCULA		
HOSPITALIZACIÓN HMI												
Normatividad aplicable	Concepto	Criterios a Evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a Evaluar Proceso		Puntaje	Criterios a Evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental			Criterios y Subcriterios	
		El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:				
43	NOM-007-SSA2-2012 Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio . NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. GPC-IMSS-645-13-EyR Intervenciones de enfermería en la atención del recién nacido prematuro. GPC-IMSS-418-11-EyR Alimentación enteral del recién nacido prematuro menor o igual a 32 semanas de edad gestacional. CIE-10 P07.3 Otros recién nacidos pretérmino C49:O49. Intervención 190 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento del Recién Nacido Pretérmino Sin Complicaciones	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa de diagnóstico, tratamiento y apoyo de casos de atención del recién nacido pretérmino sin complicaciones.	1	Verificar en el expediente clínico, proceso de control y seguimiento de actividades preventivas, diagnóstico, tratamiento o referencia y servicios de apoyo con registros en nota médica y reporte en el sistema de información SINBA, aplicación de la GPC-IMSS-645-13-EyR Intervenciones de enfermería en la atención del recién nacido prematuro. GPC-IMSS-418-11-EyR Alimentación enteral del recién nacido prematuro menor o igual a 32 semanas de edad gestacional.	1	Verificar: 1. Registros en el expediente clínico de la utilización de los programas preventivos en estos grupos. 2. Registro en expediente clínico y reporte (físico o electrónico) del SINBA-SIS y SUIVE. 3. Existencia documental o electrónica de la GPC-IMSS-645-13-EyR Intervenciones de enfermería en la atención del recién nacido prematuro. GPC-IMSS-418-11-EyR Alimentación enteral del recién nacido prematuro menor o igual a 32 semanas de edad gestacional.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de Proceso s	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación 7.2 Administración de Proceso s de apoyo integral.		
44	NOM-007-SSA2-2012 Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio . NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. GPC-IMSS-645-13-EyR Intervenciones de enfermería en la atención del recién nacido prematuro. Otros recién nacidos pretérmino CIE-10 P07.3. CIE-10 P80 Hipotermia del recién nacido. Intervención 191 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento del Recién Nacido Pretérmino con Hipotermia	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa de diagnóstico, tratamiento y apoyo de casos de atención del recién nacido pretérmino con hipotermia.	1	Verificar en el expediente clínico, proceso de control y seguimiento de actividades preventivas, diagnóstico, tratamiento o referencia y servicios de apoyo con registros en nota médica y reporte en el sistema de información SINBA, aplicación de la GPC-IMSS-645-13-EyR Intervenciones de enfermería en la atención del recién nacido prematuro.	1	Verificar: 1. Registros en el expediente clínico de la utilización de los programas preventivos en estos grupos. 2. Registro en expediente clínico y reporte (físico o electrónico) del SINBA-SIS y SUIVE. 3. Existencia documental o electrónica de la GPC-IMSS-645-13-EyR Intervenciones de enfermería en la atención del recién nacido prematuro.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de Proceso s	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación 7.2 Administración de Proceso s de apoyo integral.		
45	NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. GPC-IMSS-418-11-EyR Alimentación enteral del recién nacido prematuro menor o igual a 32 semanas de edad gestacional. Otro peso bajo al nacer CIE-10 P07.1 Otros recién nacidos pretérmino CIE-10 P07.3. Intervención 192 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento del Pretérmino con bajo peso al nacer	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa de diagnóstico, tratamiento y apoyo de casos de atención del recién nacido pretérmino con bajo peso al nacer.	1	Verificar en el expediente clínico, proceso de control y seguimiento de actividades preventivas, diagnóstico, tratamiento o referencia y servicios de apoyo con registros en nota médica y reporte en el sistema de información SINBA, aplicación de la GPC-IMSS-418-11-EyR Alimentación enteral del recién nacido prematuro menor o igual a 32 semanas de edad gestacional.	1	Verificar: 1. Registros en el expediente clínico de la utilización de los programas preventivos en estos grupos. 2. Registro en expediente clínico y reporte (físico o electrónico) del SINBA-SIS y SUIVE. 3. Existencia documental o electrónica de la GPC-IMSS-418-11-EyR Alimentación enteral del recién nacido prematuro menor o igual a 32 semanas de edad gestacional.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de Proceso s	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación 7.2 Administración de Proceso s de apoyo integral.		
46	NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica. NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. NOM-007-SSA2-2012 Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. GPC-SS-020-08-EyR Atención integral de pre eclampsia en el segundo y tercer niveles de atención. GPC-IMSS-586-12-EyR Intervenciones de enfermería en la paciente con pre eclampsia /eclampsia. GPC-IMSS-058-08-EyR Detección y diagnóstico de enfermedades hipertensivas del embarazo. CIE-10 O13X hipertensión gestacional [inducida por el embarazo. CIE-10 O13X Pre eclampsia leve a moderada. Intervención 193 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Pre eclampsia leve y moderada	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa de diagnóstico, tratamiento y apoyo de casos de atención de preclampsia leve y moderada.	1	Verificar en el expediente clínico, proceso de control y seguimiento de actividades preventivas, diagnóstico, tratamiento o referencia y servicios de apoyo con registros en nota médica y reporte en el sistema de información SINBA, aplicación de la GPC-SS-020-08-EyR Atención integral de pre eclampsia en el segundo y tercer niveles de atención. GPC-IMSS-586-12-EyR Intervenciones de enfermería en la paciente con pre eclampsia /eclampsia. GPC-IMSS-058-08-EyR Detección y diagnóstico de enfermedades hipertensivas del embarazo.	1	Verificar: 1. Registros en el expediente clínico de la utilización de los programas preventivos en estos grupos. 2. Registro en expediente clínico y reporte (físico o electrónico) del SINBA-SIS y SUIVE. 3. Existencia documental o electrónica de la GPC-SS-020-08-EyR Atención integral de pre eclampsia en el segundo y tercer niveles de atención. GPC-IMSS-586-12-EyR Intervenciones de enfermería en la paciente con pre eclampsia /eclampsia. GPC-IMSS-058-08-EyR Detección y diagnóstico de enfermedades hipertensivas del embarazo.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de Proceso s	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación 7.2 Administración de Proceso s de apoyo integral.		
47	NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica. NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. NOM-007-SSA2-2012 Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. GPC-SS-020-08-EyR Atención integral de pre eclampsia en el segundo y tercer niveles de atención. GPC-IMSS-586-12-EyR Intervenciones de enfermería en la paciente con pre eclampsia /eclampsia. GPC-IMSS-436-11-EyR Detección y tratamiento inicial de las emergencias obstétricas. CIE-10 O14.1 Preclampsia severa. Intervención 194 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Pre eclampsia severa	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa de diagnóstico, tratamiento y apoyo de casos de atención de pre eclampsia severa.	1	Verificar en el expediente clínico, proceso de control y seguimiento de actividades preventivas, diagnóstico, tratamiento o referencia y servicios de apoyo con registros en nota médica y reporte en el sistema de información SINBA, aplicación de la GPC-SS-020-08-EyR Atención integral de pre eclampsia en el segundo y tercer niveles de atención. GPC-IMSS-586-12-EyR Intervenciones de enfermería en la paciente con pre eclampsia /eclampsia. GPC-IMSS-436-11-EyR Detección y tratamiento inicial de las emergencias obstétricas.	1	Verificar: 1. Registros en el expediente clínico de la utilización de los programas preventivos en estos grupos. 2. Registro en expediente clínico y reporte (físico o electrónico) del SINBA-SIS y SUIVE. 3. Existencia documental o electrónica de la GPC-SS-020-08-EyR Atención integral de pre eclampsia en el segundo y tercer niveles de atención. GPC-IMSS-586-12-EyR Intervenciones de enfermería en la paciente con pre eclampsia /eclampsia. GPC-IMSS-436-11-EyR Detección y tratamiento inicial de las emergencias obstétricas.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de Proceso s	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación 7.2 Administración de Proceso s de apoyo integral.		

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN												CAUSES-ZN-2018	
JCSSA001401													
HOSPITAL REGIONAL OCULCA													
HOSPITALIZACIÓN HMI													
Normatividad aplicable		Concepto	Criterios a Evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a Evaluar Proceso		Puntaje	Criterios a Evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
			Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental			Criterios y Subcriterios	
			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:				
48	NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica. NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. NOM-007-SSA2-2012 Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. GPC-SS-020-08-EyR Atención integral de pre eclampsia en el segundo y tercer niveles de atención. GPC-IMSS-586-12-EyR Intervenciones de enfermería en la paciente con pre eclampsia /eclampsia. GPC-IMSS-436-11-EyR Detección y tratamiento inicial de las emergencias obstétricas. GPC-IMSS-058-08-EyR Detección y diagnóstico de enfermedades hipertensivas del embarazo. CIE-10 O15 Eclampsia. Intervención 195 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Eclampsia	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa de diagnóstico, tratamiento y apoyo de casos de atención de eclampsia.	1	Verificar en el expediente clínico, proceso de control y seguimiento de actividades preventivas, diagnóstico, tratamiento o referencia y servicios de apoyo con registros en nota médica y reporte en el sistema de información SINBA, aplicación de la GPC-SS-020-08-EyR Atención integral de pre eclampsia en el segundo y tercer niveles de atención. GPC-IMSS-586-12-EyR Intervenciones de enfermería en la paciente con pre eclampsia /eclampsia. GPC-IMSS-436-11-EyR Detección y tratamiento inicial de las emergencias obstétricas. GPC-IMSS-058-08-EyR Detección y diagnóstico de enfermedades hipertensivas del embarazo.	1	Verificar: 1. Registros en el expediente clínico de la utilización de los programas preventivos en estos grupos. 2. Registro en expediente clínico y reporte (físico o electrónico) del SINBA-SIS y SUIVE. 3. Existencia documental o electrónica de la GPC-SS-020-08-EyR Atención integral de pre eclampsia en el segundo y tercer niveles de atención. GPC-IMSS-586-12-EyR Intervenciones de enfermería en la paciente con pre eclampsia /eclampsia. GPC-IMSS-436-11-EyR Detección y tratamiento inicial de las emergencias obstétricas. GPC-IMSS-058-08-EyR Detección y diagnóstico de enfermedades hipertensivas del embarazo.	1	4.- Planeación	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación de la Administración de Proceso a de apoyo integral.			
	NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. NOM-007-SSA2-2012 Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. GPC-SS-103-08-EyR Prevención y Manejo de la hemorragia obstétrica en el primer, segundo y tercer niveles de atención. GPC-IMSS-436-11-EyR Detección y tratamiento inicial de las emergencias obstétricas. GPC-IMSS-162-09-EyR Diagnóstico y tratamiento de la hemorragia obstétrica en la segunda mitad del embarazo y puerperio inmediato. CIE-10 O72 Hemorragia postparto.CIE-10 O75.1 Choque durante o después del trabajo de parto y el parto. Intervención 196 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Hemorragia Obstétrica Puerperal (Incluye Choque Hipovolémico)	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa de diagnóstico, tratamiento y apoyo de casos de hemorragia obstétrica puerperal.	1	Verificar en el expediente clínico, proceso de control y seguimiento de actividades preventivas, diagnóstico, tratamiento o referencia y servicios de apoyo con registros en nota médica y reporte en el sistema de información SINBA, aplicación de la GPC-SS-103-08-EyR Prevención y Manejo de la hemorragia obstétrica en el primer, segundo y tercer niveles de atención. GPC-IMSS-436-11-EyR Detección y tratamiento inicial de las emergencias obstétricas. GPC-IMSS-162-09-EyR Diagnóstico y tratamiento de la hemorragia obstétrica en la segunda mitad del embarazo y puerperio inmediato.	1	Verificar: 1. Registros en el expediente clínico de la utilización de los programas preventivos en estos grupos. 2. Registro en expediente clínico y reporte (físico o electrónico) del SINBA-SIS y SUIVE. 3. Existencia documental o electrónica de la GPC-SS-103-08-EyR Prevención y Manejo de la hemorragia obstétrica en el primer, segundo y tercer niveles de atención. GPC-IMSS-436-11-EyR Detección y tratamiento inicial de las emergencias obstétricas. GPC-IMSS-162-09-EyR Diagnóstico y tratamiento de la hemorragia obstétrica en la segunda mitad del embarazo y puerperio inmediato.	1	4.- Planeación	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación de la Administración de Proceso a de apoyo integral.			
	NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. NOM-007-SSA2-2012 Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. GPC-SS-103-08-EyR Prevención y Manejo de la hemorragia obstétrica en el primer, segundo y tercer niveles de atención. GPC-IMSS-124-08-EyR Diagnóstico y tratamiento oportuno de la placenta previa en el segundo y tercer trimestre de embarazo en el segundo y tercer nivel de atención. GPC-IMSS-436-11-EyR Detección y tratamiento inicial de las emergencias obstétricas. GPC-IMSS-162-09-EyR Diagnóstico y tratamiento de la hemorragia obstétrica en la segunda mitad del embarazo y puerperio inmediato. CIE-10 O43.2 Placenta anormalmente adherida. Placenta previa con hemorragia CIE-10 O44.1. Desprendimiento prematuro de la placenta CIE-10 O45. CIE-10 O69.4 Trabajo de parto y parto complicados por vasa previa. Intervención 197 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Hemorragia por Placenta Previa y desprendimiento Prematuro de Placenta Normoinsera	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa de diagnóstico, tratamiento y apoyo de casos de hemorragia por placenta previa y desprendimiento prematuro de placenta normoinsera.	1	Verificar en el expediente clínico, proceso de control y seguimiento de actividades preventivas, diagnóstico, tratamiento o referencia y servicios de apoyo con registros en nota médica y reporte en el sistema de información SINBA, aplicación de la GPC-SS-103-08-EyR Prevención y Manejo de la hemorragia obstétrica en el primer, segundo y tercer niveles de atención. GPC-IMSS-124-08-EyR Diagnóstico y tratamiento oportuno de la placenta previa en el segundo y tercer trimestre de embarazo en el segundo y tercer nivel de atención. GPC-IMSS-436-11-EyR Detección y tratamiento inicial de las emergencias obstétricas. GPC-IMSS-162-09-EyR Diagnóstico y tratamiento de la hemorragia obstétrica en la segunda mitad del embarazo y puerperio inmediato.	1	Verificar: 1. Registros en el expediente clínico de la utilización de los programas preventivos en estos grupos. 2. Registro en expediente clínico y reporte (físico o electrónico) del SINBA-SIS y SUIVE. 3. Existencia documental o electrónica de la GPC-SS-103-08-EyR Prevención y Manejo de la hemorragia obstétrica en el primer, segundo y tercer niveles de atención. GPC-IMSS-124-08-EyR Diagnóstico y tratamiento oportuno de la placenta previa en el segundo y tercer trimestre de embarazo en el segundo y tercer nivel de atención. GPC-IMSS-436-11-EyR Detección y tratamiento inicial de las emergencias obstétricas. GPC-IMSS-162-09-EyR Diagnóstico y tratamiento de la hemorragia obstétrica en la segunda mitad del embarazo y puerperio inmediato.	1	4.- Planeación	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación de la Administración de Proceso a de apoyo integral.			
	NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. NOM-007-SSA2-2012 Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. GPC-SS-544-11-EyR Diagnóstico y tratamiento de trombosis venosa profunda en la mujer embarazada. GPC-IMSS-436-11-EyR Detección y tratamiento inicial de las emergencias obstétricas. CIE-10 O22.3 Flebotrombosis profunda en el embarazo. CIE-10 O87.1 Flebotrombosis profunda en el puerperio. Intervención 198 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Infección de Episiografía o Herida quirúrgica Obstétrica	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa de diagnóstico, tratamiento y apoyo de casos de infección de episiografía o herida quirúrgica obstétrica.	1	Verificar en el expediente clínico, proceso de control y seguimiento de actividades preventivas, diagnóstico, tratamiento o referencia y servicios de apoyo con registros en nota médica y reporte en el sistema de información SINBA, aplicación de la GPC-SS-544-11-EyR Diagnóstico y tratamiento de trombosis venosa profunda en la mujer embarazada. GPC-IMSS-436-11-EyR Detección y tratamiento inicial de las emergencias obstétricas.	1	Verificar Registros en el Expediente clínico de la utilización de los programas preventivos en estos grupos. . Registro en Expediente clínico y Reporte (físico o electrónico) del SINBA-SIS. Documental o electrónica de la GPC-SS-544-11-EyR Diagnóstico y tratamiento de trombosis venosa profunda en la mujer embarazada. GPC-IMSS-436-11-EyR Detección y tratamiento inicial de las emergencias obstétricas.	1	4.- Planeación	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación de la Administración de Proceso a de apoyo integral.			



CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN											CAUSES-2N-2018	
JCSA001401											HOSPITAL REGIONAL COCULA	
HOSPITALIZACIÓN HMI												
Normatividad aplicable	Concepto	Criterios a Evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a Evaluar Proceso		Puntaje	Criterios a Evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental			Criterios y Subcriterios	
		El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:				
52	NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. GPC-SS-215-09-EyR Diagnóstico y tratamiento de la urolitiasis en el adulto. GPC-IMSS-635-13-EyR Abordaje y Manejo del cólico renoureteral secundario a litiasis en el servicio de urgencias. Cálculo del riñón y del uréter. CIE-10 N20 Ureterotomía. CIE-9-MC 56.2X. Ureterotomía CIE-9-MC 58.0X. Dilatación de uretra CIE-9-MC 58.6X. CIE-9-MC 98.51 Litotricia por ondas de choque extra corporales del riñón, del uréter y vejiga. Intervención 199 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Litiasis Renal y Ureteral	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa de diagnóstico, tratamiento y apoyo de casos de litiasis renal ureteral.	1	Verificar en el expediente clínico, proceso de control y seguimiento de actividades preventivas, diagnóstico, tratamiento o referencia y servicios de apoyo con registros en nota médica y reporte en el sistema de información SINBA, aplicación de la GPC-SS-215-09-EyR Diagnóstico y tratamiento de la urolitiasis en el adulto. GPC-IMSS-635-13-EyR Abordaje y Manejo del cólico renoureteral secundario a litiasis en el servicio de urgencias. Cálculo del riñón y del uréter.	1	Verificar: 1. Registros en el expediente clínico de la utilización de los programas preventivos en estos grupos. 2. Registro en expediente clínico y reporte (físico o electrónico) del SINBA-SIS y SUIVE. 3. Existencia documental o electrónica de la GPC-SS-215-09-EyR Diagnóstico y tratamiento de la urolitiasis en el adulto. GPC-IMSS-635-13-EyR Abordaje y Manejo del cólico renoureteral secundario a litiasis en el servicio de urgencias. Cálculo del riñón y del uréter.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de Proceso s	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación 7.2 Administración de Proceso s de apoyo integral.		
53	NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. GPC-SS-215-09-EyR Diagnóstico y tratamiento de la urolitiasis en el adulto. GPC-IMSS-635-13-EyR Abordaje y Manejo del cólico renoureteral secundario a litiasis en el servicio de urgencias. Cálculo de las vías urinarias inferiores. CIE-10 N21. Dilatación de uretra CIE-9-MC 58.6X Litotricia por ondas de choque extra corporales del riñón, del riñón, uréter y de la vejiga. Intervención 200 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Litiasis de Vías Urinarias Inferiores	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa de diagnóstico, tratamiento y apoyo de casos de litiasis de vías urinarias inferiores.	1	Verificar en el expediente clínico, proceso de control y seguimiento de actividades preventivas, diagnóstico, tratamiento o referencia y servicios de apoyo con registros en nota médica y reporte en el sistema de información SINBA, aplicación de la GPC-SS-215-09-EyR Diagnóstico y tratamiento de la urolitiasis en el adulto. GPC-IMSS-635-13-EyR Abordaje y Manejo del cólico renoureteral secundario a litiasis en el servicio de urgencias.	1	Verificar: 1. Registros en el expediente clínico de la utilización de los programas preventivos en estos grupos. 2. Registro en expediente clínico y reporte (físico o electrónico) del SINBA-SIS y SUIVE. 3. Existencia documental o electrónica de la GPC-SS-215-09-EyR Diagnóstico y tratamiento de la urolitiasis en el adulto. GPC-IMSS-635-13-EyR Abordaje y Manejo del cólico renoureteral secundario a litiasis en el servicio de urgencias.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de Proceso s	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación 7.2 Administración de Proceso s de apoyo integral.		
54	NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. GPC-IMSS-559-12-EyR Abordaje y Manejo inicial en el servicio de urgencias del paciente adulto con retención aguda de orina. Retención de orina CIE-10 R33X. Instalación de sonda vesical CIE-9-MC 00.H8. Retiro de sonda vesical CIE-9-MC 00.H9. Cistostomía percutánea CIE-9-MC 57.17. Inserción de catéter urinario permanente CIE-9-MC 57.94. Dilatación de uretra CIE-9-MC 58.6X. Extracción de tubo de cistostomía CIE-9-MC 97.63. Intervención 202 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Retención Aguda de Orina	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa de diagnóstico, tratamiento y apoyo de casos de retención aguda de orina.	1	Verificar en el expediente clínico, proceso de control y seguimiento de actividades preventivas, diagnóstico, tratamiento o referencia y servicios de apoyo con registros en nota médica y reporte en el sistema de información SINBA, aplicación de la GPC-IMSS-559-12-EyR Abordaje y Manejo inicial en el servicio de urgencias del paciente adulto con retención aguda de orina.	1	Verificar: 1. Registros en el expediente clínico de la utilización de los programas preventivos en estos grupos. 2. Registro en expediente clínico y reporte (físico o electrónico) del SINBA-SIS y SUIVE. 3. Existencia documental o electrónica de la GPC-IMSS-559-12-EyR Abordaje y Manejo inicial en el servicio de urgencias del paciente adulto con retención aguda de orina.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de Proceso s	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación 7.2 Administración de Proceso s de apoyo integral.		
55	NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. GPC-SSA-210-09-EyR Diagnóstico y tratamiento de la epilepsia en el adulto. GPC-SSA-092-08-EyR Diagnóstico y tratamiento oportuno del estado epiléptico en el primero y segundo nivel de atención. CIE-10 G41Estado de mal epiléptico. CIE-10 R56 Convulsiones no clasificadas en otra parte. Intervención 207 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento Hospitalario del Estado Epiléptico y Crisis Convulsivas de Difícil Control	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa de diagnóstico, tratamiento y apoyo de casos del estatus epiléptico y crisis convulsivas de difícil control.	1	Verificar en el expediente clínico, proceso de control y seguimiento de actividades preventivas, diagnóstico, tratamiento o referencia y servicios de apoyo con registros en nota médica y reporte en el sistema de información SINBA, aplicación de la GPC-SSA-210-09-EyR Diagnóstico y tratamiento de la epilepsia en el adulto. GPC-SSA-092-08-EyR Diagnóstico y tratamiento oportuno del estado epiléptico en el primero y segundo nivel de atención.	1	Verificar: 1. Registros en el expediente clínico de la utilización de los programas preventivos en estos grupos. 2. Registro en expediente clínico y reporte (físico o electrónico) del SINBA-SIS y SUIVE. 3. Existencia documental o electrónica de la GPC-SSA-210-09-EyR Diagnóstico y tratamiento de la epilepsia en el adulto. GPC-SSA-092-08-EyR Diagnóstico y tratamiento oportuno del estado epiléptico en el primero y segundo nivel de atención.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de Proceso s	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación 7.2 Administración de Proceso s de apoyo integral.		
56	NOM-030-SSA2-2009 Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica. NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica. NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. GPC-IMSS-238-09-EyR Diagnóstico y Manejo de la hipertensión arterial en el adulto mayor y situaciones especiales. GPC-IMSS-076-08-EyR Diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en el primer nivel de atención. CIE-10 I10X Hipertensión esencial (primaria). CIE-10 I15 Hipertensión secundaria. Intervención 208 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Tratamiento Hospitalario de Hipertensión Arterial	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa de diagnóstico, tratamiento y apoyo de casos de hipertensión arterial.	1	Verificar en el expediente clínico, proceso de control y seguimiento de actividades preventivas, diagnóstico, tratamiento o referencia y servicios de apoyo con registros en nota médica y reporte en el sistema de información SINBA, aplicación de la GPC-IMSS-238-09-EyR Diagnóstico y Manejo de la hipertensión arterial en el adulto mayor y situaciones especiales. GPC-IMSS-076-08-EyR Diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en el primer nivel de atención.	1	Verificar: 1. Registros en el expediente clínico de la utilización de los programas preventivos en estos grupos. 2. Registro en expediente clínico y reporte (físico o electrónico) del SINBA-SIS y SUIVE. 3. Existencia documental o electrónica de la GPC-IMSS-238-09-EyR Diagnóstico y Manejo de la hipertensión arterial en el adulto mayor y situaciones especiales. GPC-IMSS-076-08-EyR Diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en el primer nivel de atención.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de Proceso s	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación 7.2 Administración de Proceso s de apoyo integral.		

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN											CAUSES-ZN-2018		
JCSSA001401 HOSPITAL REGIONAL COCULA													
HOSPITALIZACIÓN HMI													
Normatividad aplicable		Concepto	Criterios a Evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a Evaluar Proceso		Puntaje	Criterios a Evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
			Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental				
			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			Criterios y Subcriterios	
57	NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica. NOM-007-SSA2- 1993 Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. GPC-SS-020-08-EyR Atención integral de pre eclampsia en el segundo y tercer niveles de atención. GPC-IMSS-586-12-EyR Intervenciones de enfermería en la paciente con pre eclampsia /eclampsia. GPC-IMSS-436-11-EyR Detección y tratamiento inicial de las emergencias obstétricas. GPC-IMSS-058-08-EyR Detección y diagnóstico de enfermedades hipertensivas del embarazo. CIE-10 O14.2 Síndrome HELLP. Intervención 215 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento del Síndrome de Hellp	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa de diagnóstico, tratamiento y apoyo de casos del síndrome Hellp.	1	Verificar en el expediente clínico, proceso de control y seguimiento de actividades preventivas, diagnóstico, tratamiento o referencia y servicios de apoyo con registros en nota médica y reporte en el sistema de información SINBA, aplicación de la GPC-SS-020-08-EyR Atención integral de pre eclampsia en el segundo y tercer niveles de atención. GPC-IMSS-586-12-EyR Intervenciones de enfermería en la paciente con pre eclampsia /eclampsia. GPC-IMSS-436-11-EyR Detección y tratamiento inicial de las emergencias obstétricas. GPC-IMSS-058-08-EyR Detección y diagnóstico de enfermedades hipertensivas del embarazo.	1	Verificar: 1. Registros en el expediente clínico de la utilización de los programas preventivos en estos grupos. 2. Registro en expediente clínico y reporte (físico o electrónico) del SINBA-SIS y SUIVE. 3. Existencia documental o electrónica de la GPC-SS-020-08-EyR Atención integral de pre eclampsia en el segundo y tercer niveles de atención. GPC-IMSS-586-12-EyR Intervenciones de enfermería en la paciente con pre eclampsia /eclampsia. GPC-IMSS-436-11-EyR Detección y tratamiento inicial de las emergencias obstétricas. GPC-IMSS-058-08-EyR Detección y diagnóstico de enfermedades hipertensivas del embarazo.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de Proceso s	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación 7.2 Administración de Proceso s de apoyo integral.			
58	NOM-007-SSA2-1993 Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. GPC-IMSS-606-13-EyR Prevención, diagnóstico y tratamiento de la corioamnionitis en los tres niveles de atención. CIE-10 O41.1 Infección de la bolsa amniótica o de las membranas. Intervención 216 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Corioamnionitis	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa de diagnóstico, tratamiento y apoyo de casos de corioamnionitis.	1	Verificar en el expediente clínico, proceso de control y seguimiento de actividades preventivas, diagnóstico, tratamiento o referencia y servicios de apoyo con registros en nota médica y reporte en el sistema de información SINBA, aplicación de la GPC-IMSS-606-13-EyR Prevención, diagnóstico y tratamiento de la corioamnionitis en los tres niveles de atención.	1	Verificar: 1. Registros en el expediente clínico de la utilización de los programas preventivos en estos grupos. 2. Registro en expediente clínico y reporte (físico o electrónico) del SINBA-SIS y SUIVE. 3. Existencia documental o electrónica de la GPC-IMSS-606-13-EyR Prevención, diagnóstico y tratamiento de la corioamnionitis en los tres niveles de atención.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de Proceso s	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación 7.2 Administración de Proceso s de apoyo integral.			
59	NOM-007-SSA2-1993 Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. GPC-SS-656-13-EyR Prevención, diagnóstico y tratamiento de la tromboembolia pulmonar aguda en el embarazo, parto y puerperio. GPC-SS-551-12-EyR Diagnóstico y tratamiento del embolismo de líquido amniótico. GPC-IMSS-436-11-EyR Detección y tratamiento inicial de las emergencias obstétricas. CIE-10 O88 Embolia obstétrica Intervención 217 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Embolia Obstétrica	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa de diagnóstico, tratamiento y apoyo de casos de embolia obstétrica.	1	Verificar en el expediente clínico, proceso de control y seguimiento de actividades preventivas, diagnóstico, tratamiento o referencia y servicios de apoyo con registros en nota médica y reporte en el sistema de información SINBA, aplicación de la GPC-SS-656-13-EyR Prevención, diagnóstico y tratamiento de la tromboembolia pulmonar aguda en el embarazo, parto y puerperio. GPC-SS-551-12-EyR Diagnóstico y tratamiento del embolismo de líquido amniótico. GPC-IMSS-436-11-EyR Detección y tratamiento inicial de las emergencias obstétricas.	1	Verificar: 1. Registros en el expediente clínico de la utilización de los programas preventivos en estos grupos. 2. Registro en expediente clínico y reporte (físico o electrónico) del SINBA-SIS y SUIVE. 3. Existencia documental o electrónica de la GPC-SS-656-13-EyR Prevención, diagnóstico y tratamiento de la tromboembolia pulmonar aguda en el embarazo, parto y puerperio. GPC-SS-551-12-EyR Diagnóstico y tratamiento del embolismo de líquido amniótico. GPC-IMSS-436-11-EyR Detección y tratamiento inicial de las emergencias obstétricas.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Proceso s	1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Proceso s estratégicos. 7.2 Administración de Proceso s de apoyo			
60	NOM-017-SSA2-2012 de la vigilancia epidemiológica. NOM-015-SSA2-2010 Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus. NOM-007-SSA2-1993 Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. GPC-IMSS-320-10-EyR Diagnóstico y tratamiento de la diabetes en el embarazo. CIE-10 O24.4 Diabetes mellitus que se origina con el embarazo. Intervención 218 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Diabetes Gestacional	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa de diagnóstico, tratamiento y apoyo de casos de diabetes gestacional.	1	Verificar en el expediente clínico, proceso de control y seguimiento de actividades preventivas, diagnóstico, tratamiento o referencia y servicios de apoyo con registros en nota médica y reporte en el sistema de información SINBA, aplicación de la GPC-IMSS-320-10-EyR Diagnóstico y tratamiento de la diabetes en el embarazo.	1	Verificar: 1. Registros en el expediente clínico de la utilización de los programas preventivos en estos grupos. 2. Registro en expediente clínico y reporte (físico o electrónico) del SINBA-SIS y SUIVE. 3. Existencia documental o electrónica de la GPC-IMSS-320-10-EyR Diagnóstico y tratamiento de la diabetes en el embarazo.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Proceso s	1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Proceso s estratégicos. 7.2 Administración de Proceso s de apoyo integral.			

CEDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

JCSSA001401 HOSPITAL REGIONAL COCULA

HOSPITALIZACIÓN HMI

	Normatividad aplicable	Concepto	Criterios a Evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a Evaluar Proceso		Puntaje	Criterios a Evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
			Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental			Criterios y Subcriterios	
			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:				
61	NOM-017-SSA2-2012 de la vigilancia epidemiológica. NOM-015-SSA2-2010 Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus. NOM-007-SSA2-1993 Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. GPC-IMSS-058-08-EyR Detección y diagnóstico de enfermedades hipertensivas del embarazo. CIE-10 O10.0 Enfermedad cardíaca hipertensiva preexistente que complica el embarazo, el parto y el puerperio. CIE-10 O10.1 Hipertensión esencial preexistente que complica el embarazo, el parto y el puerperio. CIE-10 O99.4 Enfermedades del Sistema circulatorio que complican el embarazo, el parto y el puerperio. Intervención 219 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Hipertensión Inducida y/o Preexistente en el Embarazo	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa de diagnóstico, tratamiento y apoyo de casos de hipertensión inducida y / o preexistente en el embarazo.	1	Verificar en el expediente clínico, proceso de control y seguimiento de actividades preventivas, diagnóstico, tratamiento o referencia y servicios de apoyo con registros en nota médica y reporte en el sistema de información SINBA, aplicación de la GPC-IMSS-058-08-EyR Detección y diagnóstico de enfermedades hipertensivas del embarazo.	1	Verificar: 1. Registros en el expediente clínico de la utilización de los programas preventivos en estos grupos. 2. Registro en expediente clínico y reporte (físico o electrónico) del SINBA-SIS y SUIVE. 3. Existencia documental o electrónica de la GPC-IMSS-058-08-EyR Detección y diagnóstico de enfermedades hipertensivas del embarazo.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Proceso s	1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Proceso s estratégicos. 7.2 Administración de Proceso s de apoyo integral.			
62	NOM-007-SSA2-1993 Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. GPC-SS-544-11-EyR Diagnóstico y tratamiento de trombos venosa profunda en la mujer embarazada. GPC-IMSS-436-11-EyR Detección y tratamiento inicial de las emergencias obstétricas. CIE-10 O22.3 Flebotrombosis profunda en el embarazo. CIE-10 O87.1 Flebotrombosis profunda en el puerperio. Intervención 220 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Trombosis Venosa Profunda en el Embarazo y Puerperio	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa de diagnóstico, tratamiento y apoyo de casos de trombos venosa profunda en el embarazo y puerperio.	1	Verificar en el expediente clínico, proceso de control y seguimiento de actividades preventivas, diagnóstico, tratamiento o referencia y servicios de apoyo con registros en nota médica y reporte en el sistema de información SINBA, aplicación de la GPC-SS-544-11-EyR Diagnóstico y tratamiento de trombos venosa profunda en la mujer embarazada. GPC-IMSS-436-11-EyR Detección y tratamiento inicial de las emergencias obstétricas.	1	Verificar: 1. Registros en el expediente clínico de la utilización de los programas preventivos en estos grupos. 2. Registro en expediente clínico y reporte (físico o electrónico) del SINBA-SIS y SUIVE. 3. Existencia documental o electrónica de la GPC-SS-544-11-EyR Diagnóstico y tratamiento de trombos venosa profunda en la mujer embarazada. GPC-IMSS-436-11-EyR Detección y tratamiento inicial de las emergencias obstétricas.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Proceso s	1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Proceso s estratégicos. 7.2 Administración de Proceso s de apoyo integral.			
63			Verificar que se tenga acceso al procedimiento documentado para la identificación del paciente Acción Esencial 1 (A, B, C, D).	1	Verificar que se tenga acceso al procedimiento documentado para la identificación del paciente Acción Esencial 1 (A, B, C, D).	1	Verificar: 1. Que se cuenta con elementos para la identificación (tarjeta de cabecera o pie de cama o brazalete o pulsera). 2. La identificación del paciente en soluciones intravenosas y dispositivos. 3. Que los registros del área (nota de primera vez y notas de atención subsecuente, consentimientos informados, hojas diarias) cuenten con los dos identificadores.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de Proceso s	4.1 Planeación estratégica. 7.2 Administración de Proceso s de apoyo integral.			
64	ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/09/17.	Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente	Verificar que el área cuente con un procedimiento documentado para la comunicación efectiva Acción Esencial 2 (B, C, D, F, G) definido y aplicado al establecimiento.	1	Verificar que el área cuente con un procedimiento documentado para la comunicación efectiva Acción Esencial 2 (B, C, D, F, G) definido y aplicado al establecimiento.	1	Verificar registros de supervisión de seguimiento, llenado de la Bitácora específica de registro de órdenes verbales y/o telefónicas, llenado en expediente clínico.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de Proceso s	4.1 Planeación estratégica. 7.2 Administración de Proceso s de apoyo integral.			
65			Verificar que el establecimiento cuente con un procedimiento documentado para la seguridad en el proceso de medicación Acción Esencial 3 (A, B, C, D, E, F, G, H, I) definido y aplicado al establecimiento.	1	Verificar que el establecimiento cuente con un procedimiento documentado para la seguridad en el Proceso de medicación Acción Esencial 3 (A, B, C, D, E, F, G, H, I) definido y aplicado al establecimiento.	1	Verificar: 1. La existencia de alertas visuales en medicamentos con aspecto o nombre parecido. 2. Que se cuente con la lista de medicamentos con aspecto y nombre parecido.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de Proceso s	4.1 Planeación estratégica. 7.2 Administración de Proceso s de apoyo integral.			
66			Verificar que el área cuente con un procedimiento documentado para la seguridad en los procedimientos: Acción Esencial 4B definido y aplicado al establecimiento.	1	Verificar que el área cuente con un procedimiento documentado para la seguridad en los procedimientos: Acción Esencial 4B definido y aplicado al establecimiento.	1	Verificar: 1. Registros de supervisión de seguimiento. 2. Constancias de capacitación o listas de asistencia.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de Proceso s	4.1 Planeación estratégica. 7.2 Administración de Proceso s de apoyo integral.			

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN										CAUSES-2N-2018			
JCSSA001401		HOSPITAL REGIONAL COCULA											
HOSPITALIZACIÓN HMI												MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
Normatividad aplicable	Concepto	Criterios a Evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a Evaluar Proceso		Puntaje	Criterios a Evaluar DOCUMENTAL		Puntaje			
		Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental					
		El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			Criterios y Subcriterios		
67		CARRO ROJO UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN: Verificar que cuenten con el carro rojo para el manejo del paro cardiorrespiratorio.	1	Verificar: 1. Que existan los insumos requeridos para el ABC de la reanimación cardiorrespiratoria. (Ver desglose). 2. Que la caducidad del material y medicamentos este vigente. 3. Que los insumos sean suficientes para la atención. 4. Que el personal conozca el manejo del monitor desfibrilador y las maniobras de reanimación cardiorrespiratoria. 5. Que estén identificados los medicamentos de alto riesgo y electrolitos.	1	Verificar: 1. Bitácora de control del carro para el manejo del paro cardiorrespiratorio firmada por el responsable de turno. 2. Registro histórico del abastecimiento oportuno y completo del contenido del carro para para el manejo del paro cardiorrespiratorio. 3. Registro de la prueba del trazo isoelectrico semanalmente. 4. Bitácora de mantenimiento del monitor-desfibrilador. 5. Protocolo de manejo de los medicamentos de alto riesgo y electrolíticos.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Proceso s	1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación de Proceso s estratégicos. 7.1 Administración de Proceso s de apoyo integral.				
Equipo Médico y elementos complementarios													
68		Verificar Monitor-Desfibrilador Marcapaso con paletas para adulto y pediátricas.	1	Verificar: 1. Existencia de un Programa para la Gestión del Equipo y Tecnología Biomédica. 2. Que el equipo médico se encuentre funcionando y en buenas condiciones.	1	Verificar: 1. Identificación del inventario del equipo médico. 2. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo del equipo médico.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de Proceso s	4.1 Planeación estratégica. 7.2 Administración de Proceso s de apoyo integral.				
69		Verificar tanque de oxigeno con regulador y manómetro.	1	Verificar existencia, que se encuentre lleno y con fecha de última recarga de oxigeno y fecha de vencimiento o caducidad.	1	Verificar existencia, que se encuentre lleno y con fecha de última recarga de oxigeno y fecha de vencimiento o caducidad.	1						
70		Verificar tabla de reanimación (Por lo menos 50 x 60 x 1.0 cm).	1	Verificar existencia y que se encuentre en buenas condiciones.	1	Verificar existencia y que se encuentre en buenas condiciones.	1						

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN													CAUSES-2N-2018																		
JCSSA001401															HOSPITAL REGIONAL COCULA																
															HOSPITALIZACIÓN HMI															MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
	Normatividad aplicable	Concepto	Criterios a Evaluar ESTRUCTURA				Puntaje	Criterios a Evaluar Proceso				Puntaje	Criterios a Evaluar DOCUMENTAL				Puntaje														
			Evidencia Observacional					Evidencia Observacional					Evidencia Documental																		
			El evaluador deberá:					El evaluador deberá:					El evaluador deberá:																		
															Insumos de Carro Rojo Hospitalización																
															Primer Cajón																
71	Guía de equipamiento para carros rojos de CENETEC 2016.	Carro rojo	Agua inyectable.				1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.				1	Verificar Sistema de Abasto.				1	4.- Planeación 7.- Mejora de Proceso s	4.1 Planeación estratégica. 7.2 Administración de Proceso s de apoyo integral.												
72			Adenosina solución inyectable 6 mg/2 ml.				1					1	Verificar Sistema de Abasto.				1														
73			Adrenalina (epinefrina) solución inyectable 1 mg / 1 ml.				1					1	Verificar Sistema de Abasto.				1														
74			Amiodarona solución inyectable 150 mg / 3 ml.				1					1	Verificar Sistema de Abasto.				1														
75			Atropina solución inyectable 1 mg /1 ml.				1					1	Verificar Sistema de Abasto.				1														
76			Bicarbonato de sodio solución inyectable al 7.5% (0.75 g).				1					1	Verificar Sistema de Abasto.				1														
77			Diazepam solución inyectable 10 mg / 2 ml. 0				1					1	Verificar Sistema de Abasto.				1														
78			Midazolam solución inyectable 5 mg / ml				1					1	Verificar Sistema de Abasto.				1														
79			Dobutamina solución inyectable 250 mg. *				1					1	Verificar Sistema de Abasto.				1														
80			Dopamina solución inyectable 200 mg / 5 ml. *				1					1	Verificar Sistema de Abasto.				1														
81			Esmolol solución inyectable 2.5 g / 10 ml *				1					1	Verificar Sistema de Abasto.				1														
82			Vecuronio solución inyectable 4 mg/ml.				1					1	Verificar Sistema de Abasto.				1														
83			Gluconato de Calcio solución inyectable al 10%.				1					1	Verificar Sistema de Abasto.				1														
84			Glucosa solución inyectable al 50% (adultos y pediatría)				1					1	Verificar Sistema de Abasto.				1														
85			Hidrocortisona solución inyectable 100 mg.*				1					1	Verificar Sistema de Abasto.				1														
86			Metilprednisolona solución inyectable 40 mg. *				1					1	Verificar Sistema de Abasto.				1														
87			Nitroglicerina solución intravenosa 50 mg /10 ml *				1					1	Verificar Sistema de Abasto.				1														
88			Nitroprusiato de sodio solución inyectable 50 mg*				1					1	Verificar Sistema de Abasto.				1														
89			Sulfato de Magnesio solución inyectable 1g / 10 ml.				1					1	Verificar Sistema de Abasto.				1														
90			Lidocaína solución inyectable al 2%.				1					1	Verificar Sistema de Abasto.				1														
															Segundo Cajón																
91			Parches para electrodo (adulto, neonatales).				1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.				1	Verificar Sistema de Abasto.				1	4.- Planeación 7.- Mejora de Proceso s	4.1 Planeación estratégica. 7.2 Administración de Proceso s de apoyo integral.												
92			Catéter para vena periférica (17,18, 20, 22, 24 fr)				1					1	Verificar Sistema de Abasto.				1														
93			Llave de tres vías.				1					1	Verificar Sistema de Abasto.				1														
94			Sonda de aspiración.				1					1	Verificar Sistema de Abasto.				1														
95			Jeringas de 5, 10, 20 ml.				1					1	Verificar Sistema de Abasto.				1														
96			Agujas hipodérmicas.				1					1	Verificar Sistema de Abasto.				1														
97			Equipo de venoclisis con microgotero.				1					1	Verificar Sistema de Abasto.				1														
98			Equipo de venoclisis con normogotero.				1					1	Verificar Sistema de Abasto.				1														

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN											CAUSAS-2N-2018	
JCSSA001401											HOSPITAL REGIONAL COCULA	
HOSPITALIZACIÓN HMI											MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
Normatividad aplicable	Concepto	Criterios a Evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a Evaluar Proceso		Puntaje	Criterios a Evaluar DOCUMENTAL		Puntaje		
		Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental				
		El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:				
		Tercer Cajón										
98		Cánulas endotraqueales: N° 2.5, 3.0, 3.5, 4.0, 4.5, 5.0, 6.5, 7.0, 7.5, 8.0, 8.5, 9.0, 9.5 mm.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar Sistema de Abasto.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de Proceso s	4.1 Planeación estratégica. 7.2 Administración de Proceso s de apoyo integral.			
99		Catéter umbilical (En caso de hospitalización neonatal)	1		1	1						
100		Aguja intraósea (14,16,18).	1		1	Verificar Sistema de Abasto.	1					
101		Guía metálica para cánulas endotraqueales (adulto).	1		1	Verificar Sistema de Abasto.	1					
102		Lidocaina con atomizador manual al 10%.	1		1	Verificar Sistema de Abasto.	1					
103		Cánulas de Guedel: 3, 4, 5.	1		1	Verificar Sistema de Abasto.	1					
104		Mango de laringoscopio.	1		1	Verificar Sistema de Abasto.	1					
105		Hojas rectas: 1, 2.	1		1	Verificar Sistema de Abasto.	1					
106		Hojas curvas: 1, 2, 3, 4.	1		1	Verificar Sistema de Abasto.	1					
107		Guantes.	1		1	Verificar Sistema de Abasto.	1					
		Cuarto Cajón										
108		Bolsa autoinflable para reanimación neonatal y adulto.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar Sistema de Abasto.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de Proceso s	4.1 Planeación estratégica. 7.2 Administración de Proceso s de apoyo integral.			
109		Mascarilla laringea 2.0,2.5,3.0,4.0).	1		1	Verificar Sistema de Abasto.	1					
110		Extensión para oxígeno.	1		1	Verificar Sistema de Abasto.	1					
111		Puntas nasales.	1		1	Verificar Sistema de Abasto.	1					
112		Solución Hartmann inyectable 500 ml.	1		1	Verificar Sistema de Abasto.	1					
113		Solución de cloruro de sodio inyectable al 0.9% 500 ml.	1		1	Verificar Sistema de Abasto.	1					
114		Solución glucosada inyectable al 5% 250 ml.	1		1	Verificar Sistema de Abasto.	1					
115		Coloide solución inyectable 500 ml.	1		1	Verificar Sistema de Abasto.	1					
			116		116		115					
HOSPITALIZACION HMI		100.00%										

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN												
JCSSA001401		HOSPITAL REGIONAL COCULA										
HOSPITALIZACIÓN HP												
Normatividad aplicable	Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar Proceso		Puntaje	Criterios a evaluar 3. Evidencia documental		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia 3. Evidencia documental			Criterios y Subcriterios	
		El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:				
1		Verificar: 1. Existencia de señalización. 2. Que cuente con señalamiento de emergencia para protección civil. 3. Que el punto de reunión esté delimitado e identificado.	1	Verificar: 1. Mutas de evacuación y directorio. 2. Limpieza de las instalaciones. 3. Iluminación y ventilación adecuadas. 4. Instalaciones hidrosanitarias funcionando adecuadamente. 5. Las dimensiones y circulaciones de las áreas deberán permitir el desarrollo de las funciones y actividades propias del personal de enfermería	1	Verificar: 1. Manuales de organización y procedimientos del servicio. 2. Bitácora de limpieza firmada por turno y por supervisor o jefe del servicio. 3. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo. 4. Bitácora para el registro de indicaciones verbales y telefónicas.	1	4.- Planeación.. 5.- Responsabilidad social. 7.- Mejora de Procesos.	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.			
2	Los numerales 5.1.10, 5.1.13.1, 6.6, 6.6.1; 6.6.1.1; 6.6.1.1.2; 6.6.1.1.3; 6.6.1.1.4; y El Apéndice G de la NOM-016-SSA3-2012. Establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada. NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 4.13 ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/09/17. AESP 5B	Central de Enfermería	Verificar: EQUIPO MEDICO: 1. Carro para curación. 2. Mesa mayo con charola. 3. Mesa Pasteur. 4. Portavenoclisis rodable. 5. Caja para desinfección de instrumentos. 6. Lebrillos. 7. Electrocardiógrafo multicanal con interpretación. 8. Esfigmomanómetro aneróide del tamaño que requiera para su actividad principal. 9. Sistema de intercomunicación bidireccional. 10. Estetoscopio (en su caso con capsula tamaño pediátrico). 11. Estuche de diagnóstico que incluya oftalmoscopio, otoscopio y faringoscopio, con pilas y focos de repuesto. 12. Lámpara de haz dirigible. 13. Pinza de traslado. 14. Termómetros clínicos digitales (baterías de repuesto). 15. toruñero con tapa. 16. Estetoscopio de capsula doble. 18. Lámpara de examinación con fuente de luz de fibra óptica o LED. 19. Negatoscopio o sustituto tecnológico.	1	Verificar: 1. Existencia de un Programa para la Gestión del Equipo y Tecnología Biomédica. 2. Que el equipo médico se encuentre funcionando y en buenas condiciones. 3. El lavado de aseo de manos debe contar con: el cartel de 5 momentos de aseo de manos, y aplicado por el personal, con el abasto suficiente de insumos. 4. Funcionamiento adecuado y su ubicación debe tener libre y rápido acceso a las áreas en donde se encuentren internados los pacientes a su cargo.	1	Verificar: 1. Identificación del inventario del equipo médico. 2. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo del equipo médico. 3. Informe de calibración del equipo médico presentando los certificados vigentes de los instrumentos de prueba que a su vez deberán estar calibrados con trazabilidad a patrones nacionales. De conformidad con lo establecido por la Secretaría de Economía a través de la Dirección General de Normatividad así como por el Centro Nacional de Metrología.	1	4.- Planeación.. 5.- Responsabilidad social. 7.- Mejora de Procesos.	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.		
3		Verificar MOBILIARIO: 1. Baño de artesa. 2. Asiento. 3. Bote para basura tipo municipal (bolsa cualquier color, excepto rojo o amarillo). 4. Bote para RPBI (bolsa roja). 5. Carro de curación. 6. Lavabo, jabón y despachador de toallas desechables. 7. Mesa alta con tarja. 8. Mesa Mayo con charola. 9. Mesa Pasteur. 10. Mostrador escritorio. 11. Sistema porta expedientes. 12. Tarja para lavado de instrumental, insumos para el lavado de este. 13. Anaqueo o vitrina para Guarda de insumos y medicamentos para el uso diario de los pacientes.	1	Verificar: 1. Funcionalidad y sin fugas hidrosanitarias. 2. Que el mobiliario se encuentre en buenas condiciones físicas así como los contenedores de R.P.B.I. 3. Abasto e insumos para la higiene de manos: jabón (líquido o gel), toallas desechables. 4. Evaluar la técnica de higiene de manos. 5. Que el personal identifique al paciente desde el momento en que solicita atención.	1	Verificar: 1. Bitácoras de mantenimiento preventivo-correctivo. 2. Bitácora de recolección de RPBI.	1	4.- Planeación.. 5.- Responsabilidad social. 7.- Mejora de Procesos.	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.			
4		Verificar: 1. Que se cuente con contactos conectados a la planta de emergencia, diferenciados en color naranja o un color distintivo o una marca que los haga fácilmente identificables.	1	Verificar: 1. Revisar en el área su funcionamiento a través del equipo conectado a los contactos diferenciados en color naranja.	1	1. No aplica	NA	4.- Planeación.. 5.- Responsabilidad social. 7.- Mejora de Procesos.	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.			
5		Verificar: 1. Existencia. 2. Ubicación. 3. Señalización.	1	Verificar: 1. El área de trabajo de enfermeras, deberá estar libre de fuentes de contaminación. 2. Mantenimiento preventivo y correctivo de la infraestructura; limpieza; instalaciones hidráulicas sin fugas.	1	Verificar: 1. Bitácora de limpieza firmada por turno y por supervisor o jefe del servicio. 2. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo.	1	4.- Planeación.. 5.- Responsabilidad social. 7.- Mejora de Procesos.	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.			
6		Verificar MOBILIARIO: 1. Lavabo con cartel de higiene de manos, jabón (líquido o gel), toallas desechables. 2. Anaqueo o vitrina para guarda de insumos y medicamentos para el uso diario de los pacientes. 4. Carteles de higiene de manos.	1	Verificar: 1. Abasto e insumos para higiene de manos: jabón (líquido o gel), toallas desechables. 2. Evaluar la técnica de higiene de manos en el personal. 3. El mobiliario para guarda de medicamentos en buenas condiciones físicas y en orden.	1	Verificar bitácoras de mantenimiento preventivo-correctivo.	1	4.- Planeación.. 5.- Responsabilidad social. 7.- Mejora de Procesos.	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.			
7	ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/09/17. AESP 5B	Sala de Curaciones	Verificar equipo: 1. Caja de Doayan. 2. Equipo de curaciones. 3. Caja para desinfección de instrumentos. 4. Equipo de curaciones. 5. Termómetro clínico. 6. Toruñero con tapa.	1	Verificar: 1. Condiciones adecuadas. 2. Que la desinfección de instrumentos sea en base a las técnicas establecidas. 3. Los recipientes que contengan desinfectante deben permanecer tapados y rotulados con el nombre del producto, la fecha de preparación y caducidad, se debe contar con una bitácora de uso.	1	Verificar el manual de procedimientos.	1	4.- Planeación.. 5.- Responsabilidad social. 7.- Mejora de Procesos.	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.		

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN													
JCSSA001401		HOSPITAL REGIONAL COCULA											
HOSPITALIZACIÓN HP													
	Normatividad aplicable	Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar Proceso		Puntaje	Criterios a evaluar 3. Evidencia documental		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
			Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia 3. Evidencia documental			Criterios y Subcriterios	
			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:				
8			Verificar MEDICAMENTOS Y MATERIAL DE CURACIÓN: 1. Antisépticos. 2. Gasas y apósitos. 3. Analgésicos. 4. Suturas. 5. Soluciones intravenosas. 6. Anestésicos locales. 7. Jeringas con agujas.	1	Verificar: 1. Suficiencia. 2. Sistema de Abasto. 3. Fecha de esterilización y de caducidad. 4. Existencia de mínimo cinco paquetes de cada sutura. 5. Empaques íntegros. 6. Rótulo de fecha de la apertura del medicamento (no mayor de siete días). 7. Rótulo de fecha de llenado de los antisépticos (cada 24 horas).	1	Verificar el registro de sistema de abasto.	1	4.- Planeación.. 5.- Responsabilidad social. 7.- Mejora de Procesos.	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.			
9	NOM-087-ECOL-SSA1-2002, en su numeral 4 y 6	Manejo de Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos	Verificar existencia de contenedores para el manejo del R.P.B.I..	1	Verificar: 1. Que exista la señalización de la circulación de los contenedores hacia el almacén temporal. 2. Que los R.P.B.I. Estén identificados y separados en los contenedores correspondientes de acuerdo a sus características físicas y biológicas infecciosas.	1	Verificar bitácora de registro de la recolección del R.P.B.I. con los datos específicos como fecha, peso, tipo de residuo, firma del responsable del área y firma del responsable de la recolección.	1	4.- Planeación.. 5.- Responsabilidad social. 7.- Mejora de Procesos.	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 5.3 Hospital Seguro. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.			
10			Verificar: INFRAESTRUCTURA: Además de lo especificado en el apartado de hospitalización de adultos, el área de hospitalización pediátrica deberá contar con las siguientes características: 1. Existencia. 2. Ubicación. 3. Señalización. 4. Una toma fija de oxígeno por cama. 5. Una toma fija de aire comprimido por cada dos camas. 6. Una toma fija de aspiración controlada (equipos portátiles).	1	Verificar: 1. Infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y de gases en buenas condiciones, así como el procedimiento establecido, conocido y aplicado para el mantenimiento y sanitización del equipo y mobiliario. 2. Limpieza de las áreas. 3. Abasto suficiente de material para la higiene de manos, cartel con la técnica de higiene de manos (evaluar la técnica de higiene de manos en el personal). 4. Registro de calibración de las básculas por jornada laboral. 5. Limpieza y exhaustivos a la incubadora.	1	Verificar: 1. Bitácora de limpieza firmada por turno y por supervisor o jefe del servicio. 2. Bitácora de mantenimiento preventivo-correctivo del equipo. 3. Registro de calibración de las básculas por jornada laboral. 4. Bitácora de limpieza y exhaustivos a la incubadora. 5. Bitácora de mantenimiento a las tomas de oxígeno y aire. 6. Bitácora de limpieza y exhaustivos a la incubadora.	1	4.- Planeación.. 5.- Responsabilidad social. 7.- Mejora de Procesos.	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.			
11	El Apéndice P y N y los numerales 6.6.7 y 6.6.7.1 al 6.6.8.1.3 Los numerales, 6.6.7.2, 6.6.7.3, 6.6.7.4, 6.6.7.5, 6.6.7.6, 6.6.7.7, 6.6.7.8, 6.6.8, 6.6.8.1, 6.6.8.1.1, 6.6.8.1.2, 6.6.8.1.3 de la NOM-016-SSA3-2012.	Hospitalización Pediátrica	Verificar MOBILIARIO: 1. Cama de hospitalización pediátrica. 2. Elemento divisorio entre cada cama. 3. Sistema de comunicación bidireccional. 4. Lavabo el cual deberá contar con cartel de higiene de manos. 5. Bote para basura tipo municipal. 6. Banqueta de altura. 7. Lámpara de cabecera. 8. Mesa puente (para niños mayores). 9. Baño de artesa (en el caso de brindar atención a neonatos y lactantes).	1	Verificar: 1. Funcionalidad y buen estado de mobiliario. 2. Manejo de R.P.B.I. de acuerdo a lo normado. 3. Abasto e insumos para la higiene de manos: jabón (líquido o gel) y toallas desechables. 4. Evaluar la técnica para higiene de manos. 5. Existencia de espacios tributarios y privacidad para la atención.	1	Verificar: 1. Bitácora de limpieza firmada por turno y por supervisor o jefe del servicio. 2. Bitácora de mantenimiento preventivo-correctivo. 3. Bitácora de limpieza y exhaustivos a la incubadora.	1	4.- Planeación.. 5.- Responsabilidad social. 7.- Mejora de Procesos.	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.			
12	Establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada. Acuerdo CSG 60/06.03.17 por el que el Consejo de Salubridad General, declara la obligatoriedad de la implementación de las "Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente", en todos los establecimientos de atención médica del Sistema Nacional de Salud. Acción Esencial 5B		Verificar: EQUIPO: 1. Báscula con estadímetro (en su caso báscula pesabebés). 2. Incubadora de traslado. 3. Incubadora para cuidados generales (en su caso). 4. Bacinetas (en su caso). 5. Bomba de infusión volumétrica y bomba de infusión de jeringa. 6. Estetoscopio de cápsula pediátrica. 7. Esfigmomanómetro aneróide con brazalete pediátrico, lactante y neonatal. 8. Flujoómetro de pared estándar. 9. Estuche de diagnóstico que incluya oftalmoscopio, otoscopio y faringoscopio. 10. Cuna de calor radiante (con fototerapia neonatal).	1	Verificar: 1. Funcionalidad y buen estado del equipo. 2. Calibración de báscula. 3. Funcionalidad del Sistema de comunicación, y del llamado de emergencia.	1	Verificar: 1. Bitácora de mantenimiento preventivo-correctivo. 2. Bitácora de limpieza y exhaustivos a la incubadora. 3. Registros de calibración.	1	4.- Planeación.. 5.- Responsabilidad social. 7.- Mejora de Procesos.	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.			
13		Cuarto de Aislados	Verificar: 1. Existencia. 2. Ubicación. 3. Señalización. 4. Filtro de aislamiento con lavabo el cual deberá contar con cartel de higiene de manos. 5. Sistema de aire acondicionado con filtros de alta eficiencia. 6. Equipo médico: monitor de signos vitales, bomba de infusión volumétrica, flujoómetro de pared estándar, aspirador neumático de pared o portátil.	1	Verificar: 1. Limpieza. 2. Infraestructura e instalaciones hidrosanitarias en buenas condiciones. 3. Procedimiento establecido, conocido y aplicado para el recambio de filtros HEPA, que permita la circulación cuando menos de seis veces y el recambio de dos volúmenes por hora. 4. Estado de los insumos para protección del personal y de familiares para el acceso al cuarto de aislados (gorros, cubrebocas y batas de algodón o desechables). 5. Abasto suficiente de material para la higiene de manos: jabón (líquido o gel), toallas desechables. 6. Evaluar la técnica de higiene de manos en el personal.	1	Verificar: 1. Bitácora de limpieza firmada por turno y por supervisor o jefe del servicio. 2. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo del equipo médico. 3. Bitácora de mantenimiento a las tomas de oxígeno y aire. 4. Bitácora de mantenimiento y recambio del sistema de aire.	1	4.- Planeación.. 5.- Responsabilidad social. 7.- Mejora de Procesos.	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.			

acreditación de establecimientos y servicios de atención médica

CEDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN													
JCSSA00101HOSPITAL REGIONAL COCUILA													
HOSPITALIZACIÓN HP													
Normatividad aplicable		Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar Proceso		Puntaje	Criterios a evaluar 3. Evidencia documental		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
			Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia 3. Evidencia documental			Criterios y Subcriterios	
			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:				
14	ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/09/17. AESP 1	Atención de Pacientes	Verificar: 1. Brazaletes. 2. Rótulos en cabecera. 3. Membretes en soluciones, sondas, catéteres.	1	Verificar: 1. Que exista identificación en brazaletes y cabecera por lo menos con nombre y fecha de nacimiento del paciente, fecha y hora de ingreso. 2. Membrete en soluciones con nombre, fecha y hora de inicio y término. 3. Sondas y catéteres con membrete que contenga nombre, fecha y hora.	1	Verificar: 1. Registros de ingreso y membretes. 2. Hojas de enfermería y soluciones que se le estén administrando al paciente.	1	4.- Planeación.. 5.- Responsabilidad social. 7.- Mejora de Procesos.	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.			
15	numeral 6.6.7.1 de la NOM-016-SSA3-2012. Establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.	Oficina de Trabajo Médico	Verificar: 1. Existencia. 2. Ubicación. 3. Señalización. 4. Mobiliario y equipo de cómputo.	1	Verificar: 1. Limpieza. 2. Infraestructura en buen estado. 3. Mobiliario en buenas condiciones.	1	Verificar bitácora de limpieza firmada por turno y por supervisor o jefe del servicio.	1	4.- Planeación.. 7.- Mejora de Procesos.	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.			
16	numeral 6.6.7.1 de la NOM-016-SSA3-2012. Establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.	Sanitarios para el personal	Verificar: 1. Sanitarios independientes para hombres y mujeres, papel sanitario y bote de campana o de pedal para basura. 2. Lavabo, jabón (líquido o gel), toallas desechables.	1	Verificar: 1. Cartel de la técnica de higiene de manos. 2. Sin fugas de agua o drenaje. 3. Limpieza e higiene. 4. Surtimiento de material para la higiene.	1	Verificar: 1. Bitácora de limpieza firmada por turno y por supervisor o jefe del servicio. 2. Bitácora de mantenimiento preventivo-correctivo.	1	4.- Planeación.. 7.- Mejora de Procesos.	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.			
17	Los numerales 4.12. de la NOM-016-SSA3-2012. Establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.	Cuarto Séptico	Verificar: Cuarto séptico cercano al área, con tarja, mesa de trabajo y repisas de acero inoxidable para el almacenamiento de utensilios varios, Área de lavado de instrumental, con agua corriente, tarja y área de secado.	1	Verificar: 1. Que se utilice el cuarto séptico para el almacenamiento, limpieza y sanitización de los recipientes utilizados para recolectar las excretas de pacientes, así como para el acopio de ropa de cama y pacientes. 2. Que su ubicación sea	1	Verificar bitácora de control de limpieza y exhaustivos del área firmada por el jefe de turno o supervisor.	1	4.- Planeación.. 7.- Mejora de Procesos.	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.			
18	Los numerales 4.11. de la NOM-016-SSA3-2012. Establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.	Cuarto de Aseo	Verificar: 1. Existencia. 2. Ubicación. 3. Señalización. 4. Tarja para lavado de instrumentos de aseo (evitando la contaminación de áreas que requieran condiciones especiales de asepsia).	1	Verificar que el cuarto de aseo este ubicado estratégicamente para evitar la contaminación de áreas que requieran condiciones especiales de asepsia.	1	Verificar bitácora de control de limpieza y exhaustivos del área firmada por el jefe de turno o supervisor.	1	4.- Planeación.. 7.- Mejora de Procesos.	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.			
Clínica de Catéteres													
19	Apertados 5., 6.1. NORMA Oficial		Verificar que la clínica de catéteres funcione de lunes a viernes en horario matutino y vespertino y cuente con: 1. Sala de espera. 2. Instalación, mantenimiento y retiro de catéteres intravenosos. 3. Área de guarda de medicamentos, materiales o instrumental, interrogatorio, y procedimientos delimitados con un elemento físico que asegure la privacidad del paciente. 4. Lavabo con jabón líquido y toallas desechables, cartel de la técnica de higiene de manos. 5. Existencia de contenedores para el manejo del R.P.B.I. MOBILIARIO: 6. Mueble para escribir y equipo de cómputo, asiento para el profesional de salud, asiento para el paciente y acompañante, asiento para el profesional de salud para el procedimiento, banqueta de altura o similar, cubeta o cesto para bolsa de basura municipal y roja de R.P.B.I., camilla neumática con barandales, mesa de Mayo, Pasteur y carro de curaciones, de altura ajustable. 7. EQUIPO: esfigmomanómetro aneroides con brazaletes de tamaño que requiera para su actividad principal, estetoscopio, lámpara de examen con fuente de luz, negatoscopio, termómetro digital, báscula con estadímetro. 8. INSTRUMENTAL: mango para bisturí, pinza de anillos, pinza de disección con dientes y sin dientes, pinza tipo mosquito, porta agujas recto con ranura central y estrías cruzadas, riñón de al menos 250 ml, tijera recta, toruendero con tapa.	1	1. Que en la puerta de la clínica de terapia de infusión exista identificador. 2. Que se cuente con las facilidades arquitectónicas para efectuar los procedimientos en condiciones adecuadas de iluminación, ventilación, limpieza. 3. Considerar que la infraestructura facilite el acceso y salida de las personas con discapacidad y adultos mayores. 4. Que las instalaciones hidráulicas y eléctricas se encuentren en buenas condiciones. 5. Que se cumpla con la integridad de las áreas según la normatividad. 6. Que el personal conozca la técnica de higiene de manos (evaluar la técnica). 7. Que la señalización de la circulación de los contenedores este colocada del área generadora hacia el almacén temporal. 8. Que los R.P.B.I. estén identificados y separados en los contenedores correspondientes de acuerdo a sus características físicas y biológico infecciosas. 9. Que el mobiliario y equipo se encuentre en buenas condiciones y funcione. 10. Que el instrumental este en buenas condiciones. 11. Que el empaque del instrumental este rotulado con la fecha de esterilización y contenido.	1	Verificar: 1. Bitácora de aseo actualizada firmada por el jefe de servicio o supervisor. 2. Bitácora de mantenimiento de la infraestructura. 3. Identificación del inventario del equipo médico. 4. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo del equipo médico. 5. Informe de calibración del equipo médico presentando los certificados vigentes de los instrumentos de prueba que a su vez deberán estar calibrados con trazabilidad a patrones nacionales. De conformidad con lo establecido por la Secretaría de Economía a través de la Dirección General de Normatividad así como por el Centro Nacional de Metrología.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población. 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación. 7.- Mejora de Procesos.	1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.			

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN													
JCSSA001401		HOSPITAL REGIONAL COCULA											
HOSPITALIZACIÓN HP													
	Normatividad aplicable	Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar Proceso		Puntaje	Criterios a evaluar 3. Evidencia documental		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
			Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia 3. Evidencia documental			Criterios y Subcriterios	
			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:				
20	Mexicana NOM-022-SSA3-2012, que instituye las condiciones para la administración de la terapia de infusión en los Estados Unidos Mexicanos. Protocolo para el manejo estandarizado del paciente con catéter periférico central y permanente. Primera Edición: Agosto de 2011. Secretaría de Salud, DGCEB.	Clinica de catéteres	Verificar la disponibilidad de los insumos siguientes: 1. Solución para infusión intravenosa, solución para dilución de medicamentos, equipo de volumen medido, equipo de venoclisis (macro, micro o/y set de bomba), conectores libres de agujas y/o llave de paso y apósito transparente estéril semipermeable. Contenedores para las soluciones intravenosas libres de PVC, manufacturados con EVA o de vidrio. 2. Catéteres venosos centrales de los siguientes: inserción periférica (PICC), de tunelización, de implantación interna para paciente pediátrico y adulto de material de poliuretano y/o silicona. Agujas de Gripper o Huber N° 19 , 20 y 22 longitud de 3/4 , 1 , 1 1/2. Curvas y con extensión. Llaves de paso. 3. Antisépticos: clorhexidina al 2%, alcohol isopropílico al 70%, solución yodada al 10%, en envases o presentación individual. Clorhexidina al 0.05% para pacientes pediátricos, que se cuente con stock de equipos de volumen medido, venoclisis (macro, micro o set de bomba), conectores libres de aguja y/o llave de paso y apósitos transparente estéril semi permeable de diferentes tamaños.		1	Verificar: 1. Que se cuente con un stock de soluciones intravenosas necesarias para el inicio de la terapia de infusión prescrita. 2. Membretes de identificación que cuente por lo menos con nombre completo y fecha de nacimiento (AESP IA). 3. Que los antisépticos que se disponen en envases o frascos con tapa y fecha de preparación, en el caso de antisépticos a granel cuenten con la fecha de apertura.		1	Verificar existencia del sistema de abasto, bitácora de consumo y control de caducidades.		1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población. 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación. 7.- Mejora de Procesos.	1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.
21			Verificar 1. Que exista un profesional responsable de la clínica de terapia de infusión intravenosa. 2. Que la infusión intravenosa sea realizada por personal profesional de la salud y/o técnico del área de la salud, capacitados en el manejo de la terapia de infusión intravenosa. 3. Que se cuente con el protocolo para el manejo estandarizado de la terapia de infusión intravenosa 4. Que se cuente con un Programa de Educación o Capacitación sobre Proceso de Terapia de Infusión.		1	Verificar que el personal asignado al área conozca y aplique del protocolo de terapia de infusión.		1	Verificar: 1. Registros en el expediente clínico del paciente de la terapia de infusión. 2. Existencia del programa de capacitación en terapia de infusión con carta programática y listas de asistencia. 3. Bitácoras de registro de instalación, vigilancia y retiro de los dispositivos de acceso vascular. 4. Contar documento NOM-022-SSA3-2012 (físico o electrónico). 5. Concentrado de los informes mensuales registrados en la plataforma de clínica de catéteres de la CPE y cédula de informe mensual de catéteres.		1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población. 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación. 7.- Mejora de Procesos.	1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.
Atención Médica													
22	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico GPC-SSA-185-10-EyR, Diagnóstico y tratamiento de pielonefritis aguda no complicada en el adulto.-CIE 10 N10X Nefritis tubulointersticial aguda. Intervención 172 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Pielonefritis	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa de diagnóstico, tratamiento y apoyo de casos de pielonefritis.		1	Verificar en el expediente clínico, proceso de control y seguimiento de actividades preventivas, diagnóstico, tratamiento o referencia y servicios de apoyo con Verificar: 1. Registros en nota médica y reporte en el sistema de información SINBA, aplicación de la GPC-SSA-185-10-EyR, diagnóstico y tratamiento de pielonefritis aguda no complicada en el adulto.		1	Verificar: 1. Registros en el expediente clínico de la utilización de los programas preventivos en estos grupos. 2. Registro en expediente clínico y reporte (físico o electrónico) del SINBA-SIS. 3. Evidencia documental o electrónica de la GPC-SSA-185-10-EyR, diagnóstico y tratamiento de pielonefritis aguda no complicada en el adulto.		1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población. 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación. 7.- Mejora de Procesos.	1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.
23	NOM-031-SSA2-1999 Para la atención a la salud del niño. NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica. NOM-004-SSA3-2012 del Expediente clínico. GPC-IMSS-032-08-EyR, Diagnóstico y tratamiento de bronquiolitis aguda en niñas / niños y en el primer nivel de atención. CIE-10 J21 Bronquiolitis aguda. Intervención 173 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Bronquiolitis	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa de diagnóstico, tratamiento y apoyo de casos de bronquiolitis.		1	Verificar en el expediente clínico, proceso de control y seguimiento de actividades preventivas, diagnóstico, tratamiento o referencia y servicios de apoyo con Verificar: 1. Registros en nota médica y reporte en el sistema de información SINBA, aplicación de la GPC-IMSS-032-08-EyR, diagnóstico y tratamiento de bronquiolitis aguda en niñas / niños y en el primer nivel de atención.		1	Verificar: 1. Registros en el expediente clínico de la utilización de los programas preventivos en estos grupos. 2. Registro en expediente clínico y reporte (físico o electrónico) del SINBA-SIS y SUIVE. 3. Evidencia documental o electrónica de la GPC-IMSS-032-08-EyR, diagnóstico y tratamiento de bronquiolitis aguda en niñas / niños y en el primer nivel de atención.		1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población. 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación. 7.- Mejora de Procesos.	1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN													
HOSPITALIZACIÓN HP													
	Normatividad aplicable	Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar Proceso		Puntaje	Criterios a evaluar 3. Evidencia documental		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
			Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia 3. Evidencia documental			Criterios y Subcriterios	
			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:				
24	NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica. NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. GPC-SSA-189-10-EyR Diagnóstico y tratamiento oportuno de la bronquitis aguda no complicada en el paciente adulto, CIE-10 J20 Bronquitis aguda , Intervención174 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Bronquitis Aguda	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa de diagnóstico, tratamiento y apoyo de casos de bronquitis aguda.		1	Verificar en el expediente clínico, proceso de control y seguimiento de actividades preventivas, diagnóstico, tratamiento o referencia y servicios de apoyo con Verificar: 1. Registros en nota médica y reporte en el sistema de información SINBA, aplicación de la GPC-IMSS-032-08-EyR, diagnóstico y tratamiento de bronquiolitis aguda en niñas / niños y en el primer nivel de atención.		1	Verificar: 1. Registros en el expediente clínico de la utilización de los programas preventivos en estos grupos. 2. Registro en expediente clínico y reporte (físico o electrónico) del SINBA-SIS y SUIVE. 3. Evidencia documental o electrónica de la GPC-SSA-189-10-EyR diagnóstico y tratamiento oportuno de la bronquitis aguda no complicada en el paciente adulto.		1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población. 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación. 7.- Mejora de Procesos.	1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.
25	NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica. NOM-004-SSA3-2012 del Expediente clínico. GPC-SS-310-10-EyR, Meningitis bacteriana no clasificada en otra parte. CIE-10 G00 Meningitis en enfermedades bacterianas clasificadas en otra parte. CIE-10 G01X Meningitis en otras enfermedades infecciosas. Clasificadas otra parte CIE-10 G02 Meningitis debida a otras causas y a las no especificadas CIE-10 G03 Encefalitis mielitica y encefalomielitis. CIE-10 G04 Encefalitis mielitica y encefalomielitis en enfermedades. Clasificadas en otra parte CIE-10 G05. Punción espinal CIE-9-MC 03.31, GPC-SS-310-10-EyR Diagnóstico y tratamiento de la meningitis bacteriana aguda en adultos. Intervención 175 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Meningitis y Meningoencefalitis Agudas	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa de diagnóstico, tratamiento y apoyo de casos de meningitis y meningoencefalitis aguda.		1	Verificar en el expediente clínico, proceso de control y seguimiento de actividades preventivas, diagnóstico, tratamiento o referencia y servicios de apoyo con Verificar: 1. Registros en nota médica y reporte en el sistema de información SINBA, aplicación de la GPC-SS-310-10-EyR, diagnóstico y tratamiento de la meningitis bacteriana aguda en adultos.		1	Verificar: 1. Registros en el expediente clínico de la utilización de los programas preventivos en estos grupos. 2. Registro en expediente clínico y reporte (físico o electrónico) del SINBA-SIS y SUIVE. 3. Evidencia documental o electrónica de la GPC-SS-310-10-EyR, diagnóstico y tratamiento de la meningitis bacteriana aguda en adultos.		1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población. 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación. 7.- Mejora de Procesos.	1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.
26	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico, GPC-SSSTE-638-13-EyR Diagnóstico y tratamiento de las complicaciones intratemporales de la otitis media suprativa en niños y adultos en el segundo y tercer nivel de atención. GPC-IMSS-521-11-EyR, Diagnóstico y tratamiento de mastoiditis aguda. Mastoiditis y afecciones relacionadas CIE-10 H70 Miringotomía CIE-9-MC 20.04, Intervención 176 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Mastoiditis	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa de diagnóstico, tratamiento y apoyo de casos de mastoiditis.		1	Verificar en el expediente clínico, proceso de control y seguimiento de actividades preventivas, diagnóstico, tratamiento o referencia y servicios de apoyo con Verificar: 1. Registros en nota médica y reporte en el sistema de información SINBA, aplicación de la GPC-SSSTE-638-13-EyR, diagnóstico y tratamiento de las complicaciones intratemporales de la otitis media suprativa en niños y adultos en el segundo y tercer nivel de atención. GPC-IMSS-521-11-EyR, diagnóstico y tratamiento de mastoiditis aguda.		1	Verificar: 1. Registros en el expediente clínico de la utilización de los programas preventivos en estos grupos. 2. Registro en expediente clínico y reporte (físico o electrónico) del SINBA-SIS. 3. Evidencia documental o electrónica de la GPC-SSSTE-638-13-EyR, diagnóstico y tratamiento de las complicaciones intratemporales de la otitis media suprativa en niños y adultos en el segundo y tercer nivel de atención. GPC-IMSS-521-11-EyR, diagnóstico y tratamiento de mastoiditis aguda.		1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población. 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación. 7.- Mejora de Procesos.	1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.
27	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico, GPC-SSA-111-08-EyR Prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento de la osteomielitis hematogena aguda en el primer nivel de atención, Osteomielitis, CIE-10 M86 Secuestrectomía, sitio no especificado CIE-9-MC 77 Amputación de miembro superior, no especificada de otra manera CIE-9-MC 84 Amputación de miembro inferior, no especificada de otra manera CIE-9-MC 84.1 Desbridamiento excisional de herida, infección o quemadura CIE-9-MC 86.22, Intervención 177 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Osteomielitis	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa de diagnóstico, tratamiento y apoyo de casos de osteomielitis.		1	Verificar en el expediente clínico, proceso de control y seguimiento de actividades preventivas, diagnóstico, tratamiento o referencia y servicios de apoyo con Verificar: 1. Registros en nota médica y reporte en el sistema de información SINBA, aplicación de la GPC-SSA-111-08-EyR, prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento de la osteomielitis hematogena aguda en el primer nivel de atención.		1	Verificar: 1. Registros en el expediente clínico de la utilización de los programas preventivos en estos grupos. 2. Registro en expediente clínico y reporte (físico o electrónico) del SINBA-SIS. 3. Evidencia documental o electrónica de la GPC-SSA-111-08-EyR, prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento de la osteomielitis hematogena aguda en el primer nivel de atención.		1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población. 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación. 7.- Mejora de Procesos.	1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN													
JCSSA001401 HOSPITAL REGIONAL COCULA													
HOSPITALIZACIÓN HP													
	Normatividad aplicable	Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar Proceso		Puntaje	Criterios a evaluar 3. Evidencia documental		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
			Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia 3. Evidencia documental			Criterios y Subcriterios	
			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:				
28	NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica. NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. GPC-SSA-098-08-EyR Prevención de neumonía asociada con la ventilación mecánica, en niños y adultos en el segundo y tercer nivel de atención GPC-S-120-08-EyR Diagnóstico y tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad en las / los pacientes de 3 meses a 18 años en el primero y segundo nivel de atención. GPC-IMSS-624-13-EyR Prevención, diagnóstico y tratamiento de la neumonía asociada a ventilación mecánica, CIE-10 J12 Neumonía viral no clasificada en otra parte, CIE-10 J13X . Intervención 178 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Neumonía en Menores de 18 Años	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa de diagnóstico , tratamiento y apoyo de casos de neumonía en menores de 18 años.	1	Verificar en el expediente clínico, proceso de control y seguimiento de actividades preventivas, diagnóstico, tratamiento o referencia y servicios de apoyo con Verificar: 1. Registros en nota médica y reporte en el sistema de información SINBA, aplicación de la GPC-SSA-098-08-EyR, prevención de neumonía asociada con la ventilación mecánica, en niños y adultos en el segundo y tercer nivel de atención. GPC-S-120-08-EyR, diagnóstico y tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad en las / los pacientes de 3 meses a 18 años en el primero y segundo nivel de atención. GPC-IMSS-624-13-EyR, prevención, diagnóstico y tratamiento de la neumonía asociada a ventilación mecánica.	1	Verificar: 1. Registros en el expediente clínico de la utilización de los programas preventivos en estos grupos. 2. Registro en expediente clínico y reporte (físico o electrónico) del SINBA-SIS y SUIVE. 3. Evidencia documental o electrónica de la GPC-SSA-098-08-EyR, prevención de neumonía asociada con la ventilación mecánica, en niños y adultos en el segundo y tercer nivel de atención. GPC-S-120-08-EyR, diagnóstico y tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad en las / los pacientes de 3 meses a 18 años en el primero y segundo nivel de atención. GPC-IMSS-624-13-EyR, prevención, diagnóstico y tratamiento de la neumonía asociada a ventilación mecánica.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población. 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación. 7.- Mejora de Procesos. 1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.				
29	NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica. NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. GPC-IMSS-282-10-EyR Diagnóstico y tratamiento del neumotórax espontáneo. CIE-10 A04.4 Absceso hepático amebiano. Hepatomía CIE-9-MC 50.0X. Intervención 180 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Absceso Hepático Amebiano	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa de diagnóstico, tratamiento y apoyo de absceso hepático amebiano.	1	Verificar en el expediente clínico, proceso de control y seguimiento de actividades preventivas, diagnóstico, tratamiento o referencia y servicios de apoyo con Verificar: 1. Registros en nota médica y reporte en el sistema de información SINBA, aplicación de la GPC-IMSS-282-10-EyR, diagnóstico y tratamiento del neumotórax espontáneo.	1	Verificar: 1. Registros en el expediente clínico de la utilización de los programas preventivos en estos grupos. 2. Registro en expediente clínico y reporte (físico o electrónico) del SINBA-SIS y SUIVE. 3. Evidencia documental o electrónica de la GPC-IMSS-282-10-EyR, diagnóstico y tratamiento del neumotórax espontáneo.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población. 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación. 7.- Mejora de Procesos. 1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.				
30	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. GPC-SS-215-09-EyR Diagnóstico y tratamiento de la urolitiasis en el adulto. GPC-IMSS-635-13-EyR Abordaje y manejo del cólico renoureteral secundario a litiasis en el servicio de urgencias. Cálculo del riñón y del uréter. CIE-10 N20 Ureterotomía. CIE-9-MC 56.2X. Ureterotomía CIE-9-MC 58.0X. Dilatación de uretra CIE-9-MC 58.6X. CIE-9-MC 98.51 Litotricia por ondas de choque extra corporales del riñón, del uréter y vejiga. Intervención 199 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Litiasis Renal y Ureteral	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa de diagnóstico, tratamiento y apoyo de casos de litiasis renal ureteral.	1	Verificar en el expediente clínico, proceso de control y seguimiento de actividades preventivas, diagnóstico, tratamiento o referencia y servicios de apoyo con Verificar: 1. Registros en nota médica y reporte en el sistema de información SINBA, aplicación de la GPC-SS-215-09-EyR, diagnóstico y tratamiento de la urolitiasis en el adulto. GPC-IMSS-635-13-EyR, abordaje y manejo del cólico renoureteral secundario a litiasis en el servicio de urgencias. Cálculo del riñón y del uréter.	1	Verificar: 1. Registros en el expediente clínico de la utilización de los programas preventivos en estos grupos. 2. Registro en expediente clínico y reporte (físico o electrónico) del SINBA-SIS. 3. Evidencia documental o electrónica de la GPC-SS-215-09-EyR, diagnóstico y tratamiento de la urolitiasis en el adulto. GPC-IMSS-635-13-EyR, abordaje y manejo del cólico renoureteral secundario a litiasis en el servicio de urgencias. Cálculo del riñón y del uréter.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población. 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación. 7.- Mejora de Procesos. 1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.				
31	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. GPC-SS-215-09-EyR Diagnóstico y tratamiento de la urolitiasis en el adulto. GPC-IMSS-635-13-EyR Abordaje y manejo del cólico renoureteral secundario a litiasis en el servicio de urgencias. Cálculo de las vías urinarias inferiores. CIE-10 N21. Dilatación de uretra CIE-9-MC 58.6X. Litotricia por ondas de choque extra corporales del riñón, del riñón, uréter y de la vejiga. Intervención 200 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.+	Diagnóstico y Tratamiento de Litiasis de Vías Urinarias Inferiores	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa de diagnóstico, tratamiento y apoyo de casos de litiasis de vías urinarias inferiores.	1	Verificar en el expediente clínico, proceso de control y seguimiento de actividades preventivas, diagnóstico, tratamiento o referencia y servicios de apoyo con Verificar: 1. Registros en nota médica y reporte en el sistema de información SINBA, aplicación de la GPC-SS-215-09-EyR, diagnóstico y tratamiento de la urolitiasis en el adulto. GPC-IMSS-635-13-EyR, abordaje y manejo del cólico renoureteral secundario a litiasis en el servicio de urgencias.	1	Verificar: 1. Registros en el expediente clínico de la utilización de los programas preventivos en estos grupos. 2. Registro en expediente clínico y reporte (físico o electrónico) del SINBA-SIS. 3. Evidencia documental o electrónica de la GPC-SS-215-09-EyR, diagnóstico y tratamiento de la urolitiasis en el adulto. GPC-IMSS-635-13-EyR, abordaje y manejo del cólico renoureteral secundario a litiasis en el servicio de urgencias.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población. 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación. 7.- Mejora de Procesos. 1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.				

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN													
JCSSA001401		HOSPITAL REGIONAL COCULA											
HOSPITALIZACIÓN HP													
	Normatividad aplicable	Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar Proceso		Puntaje	Criterios a evaluar 3. Evidencia documental		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
			Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia 3. Evidencia documental			Criterios y Subcriterios	
			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:				
32	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. GPC-IMSS-229-10-EyR Abordaje diagnóstico del escroto agudo en el niño y el adolescente. GPC-IMSS-039-08-EyR Diagnóstico y tratamiento de epididimitis, orquiepididimitis y orquitis en niños y adultos. CIE-10 N44X Orquitis y epididimitis CIE-10 N45. CIE-9-MC 63.52 Reducción de torsión de testículo o cordón espermático. Intervención 201 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento del Síndrome Escrotal Agudo	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa de diagnóstico, tratamiento y apoyo de casos de litiasis del síndrome escrotal agudo.	1	Verificar: 1. Que el personal se encuentre en su área de trabajo en el turno correspondiente, portando uniforme y gafete, desarrollando las actividades correspondientes a su formación y perfil. 2. Que corresponda el registro de entrada y salida con el horario en Plantilla de personal. 3. Cumplir con las capacitaciones de los Programas establecidos y las específicas de acuerdo a su competencia	1	Verificar: 1. Registros en el expediente clínico de la utilización de los programas preventivos en estos grupos. 2. Registro en expediente clínico y reporte (físico o electrónico) del SINBA-SIS. 3. Evidencia documental o electrónica de la GPC-IMSS-229-10-EyR, abordaje diagnóstico del escroto agudo en el niño y el adolescente. GPC-IMSS-039-08-EyR, diagnóstico y tratamiento de epididimitis, orquiepididimitis y orquitis en niños y adultos.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población. 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación. 7.- Mejora de Procesos.	1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.			
33	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. GPC-SSA-002-08-EyR Atención inicial del traumatismo craneoencefálico en pacientes menores de 18 años. GPC-SS-016-08-EyR Detección y manejo inicial de la lesión craneal traumática aguda en el adulto en el primer nivel de atención. CIE-10 S06.1Edema cerebral traumático.CIE-10 S06.2 Traumatismo cerebral difuso CIE-10 S06.3 Traumatismo cerebral focal. CIE-10 S06.8 Otros traumatismos intracraneales. CIE-10 S06.9 Traumatismo intracraneal, no especificado. Intervención 205 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Traumatismo Craneoencefálico Moderado	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa de diagnóstico, tratamiento de traumatismo craneoencefálico moderado.	1	Verificar en el expediente clínico, proceso de control y seguimiento de actividades preventivas, diagnóstico, tratamiento o referencia y servicios de apoyo con Verificar: 1. Registros en nota médica y reporte en el sistema de información SINBA, aplicación de la GPC-SSA-002-08-EyR, atención inicial del traumatismo craneoencefálico en pacientes menores de 18 años. GPC-SS-016-08-EyR, detección y manejo inicial de la lesión craneal traumática aguda en el adulto en el primer nivel de atención.	1	Verificar: 1. Registros en el expediente clínico de la utilización de los programas preventivos en estos grupos. 2. Registro en expediente clínico y reporte (físico o electrónico) del SINBA-SIS. 3. Evidencia documental o electrónica de la GPC-SSA-002-08-EyR, atención inicial del traumatismo craneoencefálico en pacientes menores de 18 años. GPC-SS-016-08-EyR, detección y manejo inicial de la lesión craneal traumática aguda en el adulto en el primer nivel de atención.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población. 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación. 7.- Mejora de Procesos.	1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.			
34	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. GPC-SSA-210-09-EyR Diagnóstico y tratamiento de la epilepsia en el adulto. GPC-SSA-092-08-EyR Diagnóstico y tratamiento oportuno del estado epiléptico en el primero y segundo nivel de atención. CIE-10 G41Estado de mal epiléptico. CIE-10 R56 Convulsiones no clasificadas en otra parte. Intervención 207 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento Hospitalario del Estado Epiléptico y Crisis Convulsivas de Difícil Control	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa de diagnóstico, tratamiento del estado epiléptico y crisis convulsivas de difícil control.	1	Verificar en el expediente clínico, proceso de control y seguimiento de actividades preventivas, diagnóstico, tratamiento o referencia y servicios de apoyo con Verificar: 1. Registros en nota médica y reporte en el sistema de información SINBA, aplicación de la GPC-SSA-092-08-EyR, diagnóstico y tratamiento oportuno del estado epiléptico en el primero y segundo nivel de atención.	1	Verificar: 1. Registros en el expediente clínico de la utilización de los programas preventivos en estos grupos. 2. Registro en expediente clínico y reporte (físico o electrónico) del SINBA-SIS. 3. Evidencia documental o electrónica de la GPC-SSA-092-08-EyR, diagnóstico y tratamiento oportuno del estado epiléptico en el primero y segundo nivel de atención.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población. 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación. 7.- Mejora de Procesos.	1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.			
35	NOM-030-SSA2-2009 Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica. NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica. NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. GPC-IMSS-238-09-EyR Diagnóstico y manejo de la hipertensión arterial en el adulto mayor y situaciones especiales. GPC-IMSS-076-08-EyR Diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en el primer nivel de atención. CIE-10 I10X Hipertensión esencial (primaria). CIE-10 I15 Hipertensión secundaria. Intervención 208 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Tratamiento Hospitalario de Hipertensión Arterial	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa de diagnóstico, tratamiento hospitalario de hipertensión arterial.	1	Verificar en el expediente clínico, proceso de control y seguimiento de actividades preventivas, diagnóstico, tratamiento o referencia y servicios de apoyo con Verificar: 1. Registros en nota médica y reporte en el sistema de información SINBA, aplicación de la GPC-IMSS-076-08-EyR, diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en el primer nivel de atención.	1	Verificar: 1. Registros en el expediente clínico de la utilización de los programas preventivos en estos grupos. 2. Registro en expediente clínico y reporte (físico o electrónico) del SINBA-SIS. 3. Evidencia documental o electrónica de la GPC-SSA-092-08-EyR, diagnóstico y tratamiento oportuno del estado epiléptico en el primero y segundo nivel de atención.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población. 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación. 7.- Mejora de Procesos.	1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.			

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN													
HOSPITAL REGIONAL COCULA													
HOSPITALIZACIÓN HP													
	Normatividad aplicable	Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar Proceso		Puntaje	Criterios a evaluar 3. Evidencia documental		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
			Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia 3. Evidencia documental			Criterios y Subcriterios	
			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:				
36	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. GPC-SSA-219-09-EyR Diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda. GPC-S-186-15-EyR Diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda y crónica en niños. CIE-10 J81X Edema pulmonar. Intervención 209 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Insuficiencia Cardiaca Aguda y del Edema Agudo Pulmonar	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa de diagnóstico, tratamiento de insuficiencia cardiaca aguda y del edema agudo pulmonar.		1	Verificar en el expediente clínico, proceso de control y seguimiento de actividades preventivas, diagnóstico, tratamiento o referencia y servicios de apoyo con Verificar: 1. Registros en nota médica y reporte en el sistema de información SINBA, aplicación de la GPC-SSA-219-09-EyR, diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda. GPC-S-186-15-EyR, diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda y crónica en niños.		1	Verificar: 1. Registros en el expediente clínico de la utilización de los programas preventivos en estos grupos. 2. Registro en expediente clínico y reporte (físico o electrónico) del SINBA-SIS. 3. Evidencia documental o electrónica de la GPC-SSA-219-09-EyR, diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda. GPC-S-186-15-EyR, diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda y crónica en niños.		1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población. 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 7.- Mejora de Procesos.	1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.
37	NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica. NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. GPC-SS-744-15-EyR Intervenciones de enfermería para la prevención de quemaduras en el hogar en menores de 5 años de edad en el primer nivel de atención. GPC-SS-090-08-EyR Diagnóstico y tratamiento inicial de quemaduras en menores de 18 años en el primer nivel de atención. GPC-SSSTE-678-13-EyR Atención pre hospitalaria al paciente gran quemado adulto. GPC-IMSS-040-08-EyR Atención al paciente quemado. Quemadura solar de segundo grado. CIE-10 L55.1 quemadura solar de segundo grado. CIE-10 T20.2 quemadura de la cabeza y del cuello, de segundo grado. CIE-10 T21.2 quemadura del tronco, de segundo grado. CIE-10 T22.2 quemadura del hombro y miembro superior, de segundo grado, excepto de la muñeca y de la mano. CIE-10 T23.2 quemadura de la cadera y miembro inferior, de segundo grado, excepto tobillo y pie. CIE-10 T25.2 quemadura del tobillo y del pie, de segundo grado. CIE-10 T29.2 quemaduras de múltiples regiones, mencionadas como de no más de segundo grado. CIE-10 T30.2 quemadura de segundo grado, región del cuerpo no especificada. CIE-9-MC 00.F9 Curación de herida CIE-9-MC 86.22 Desbridamiento excisional de herida, infección o quemadura. CIE-9-MC 86.28Desbridamiento no excisional de herida, infección o quemadura. Intervención 213 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento Hospitalario de Quemaduras de Segundo Grado	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa de diagnóstico, tratamiento hospitalario de quemaduras de segundo grado.		1	Verificar en el expediente clínico, proceso de control y seguimiento de actividades preventivas, diagnóstico, tratamiento o referencia y servicios de apoyo con Verificar: 1. Registros en nota médica y reporte en el sistema de información SINBA, aplicación de la GPC-IMSS-040-08-EyR, atención al paciente quemado. Quemadura solar de segundo grado.		1	Verificar: 1. Registros en el expediente clínico de la utilización de los programas preventivos en estos grupos. 2. Registro en expediente clínico y reporte (físico o electrónico) del SINBA-SIS y SUIVE. 3. Evidencia documental o electrónica de la GPC-IMSS-040-08-EyR, atención al paciente quemado. Quemadura solar de segundo grado.		1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población. 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación. 7.- Mejora de Procesos.	1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN													
JCSSA001401 HOSPITAL REGIONAL COCULA													
HOSPITALIZACIÓN HP													
	Normatividad aplicable	Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar Proceso		Puntaje	Criterios a evaluar 3. Evidencia documental		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
			Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia 3. Evidencia documental			Criterios y Subcriterios	
			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:				
38	NOM-017-SSA2-2012 Para la Vigilancia epidemiológica. NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. GPC-SSA-150-08-EyR Manejo de la Úlcera péptica en adultos en el primer y segundo nivel de atención. GPC-ISSSTE-133-08-EyR Prevención, diagnóstico y tratamiento de la hemorragia aguda del tubo digestivo alto no varicela en los tres niveles de atención. GPC-IMSS-169-09-EyR Diagnóstico y tratamiento de la Úlcera péptica complicada: conceptos básicos. CIE-10 K22.6 Síndrome de laceración y hemorragia gastroesofágicas. CIE-10 K25.0 Úlcera gástrica, aguda con hemorragia. CIE-10 K25.4 Úlcera gástrica, crónica o no especificada, con hemorragia. CIE-10 K26.0 Úlcera duodenal, aguda con hemorragia. CIE-10 K26.4 Úlcera duodenal, crónica o no especificada, con hemorragia. CIE-10 K27.0 Úlcera péptica, de sitio no especificado, aguda con hemorragia. CIE-10 K27.4 Úlcera péptica, de sitio no especificado, crónica o no especificada, con hemorragia. CIE-10 K28.0 Úlcera gastroyeyunal, aguda con hemorragia. CIE-10 K28.4 Úlcera gastroyeyunal, crónica o no especificada, con hemorragia. CIE-10 K29.0 Gastritis aguda hemorrágica. CIE-10 K62.5 Hemorragia del ano y del recto. CIE-10 K92.2 Hemorragia gastrointestinal, no especificada. Intervención 214 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-	Diagnóstico y Tratamiento de Hemorragia Digestiva	Existencia de casos. Existencia de protocolo específico de atención y programa de , diagnóstico , tratamiento hospitalario de hemorragia digestiva.		1	Verificar en el expediente clínico, Proceso de control y seguimiento de actividades preventivas, diagnóstico, tratamiento o referencia y servicios de apoyo con Verificar: 1. Registros en nota médica y reporte en el sistema de información SINBA, aplicación de la GPC-SSA-150-08-EyR Manejo de la Úlcera péptica en adultos en el primer y segundo nivel de atención. GPC-ISSSTE-133-08-EyR Prevención, diagnóstico y tratamiento de la hemorragia aguda del tubo digestivo alto no varicela en los tres niveles de atención. GPC-IMSS-169-09-EyR Diagnóstico y tratamiento de la Úlcera péptica complicada: conceptos básicos.		1	Verificar: 1. Registros en el expediente clínico de la utilización de los programas preventivos en estos grupos. 2. Registro en expediente clínico y reporte (físico o electrónico) del SINBA-SIS y SUIVE. 3. Evidencia documental o electrónica de la GPC-SSA-150-08-EyR Manejo de la Úlcera péptica en adultos en el primer y segundo nivel de atención. GPC-ISSSTE-133-08-EyR Prevención, diagnóstico y tratamiento de la hemorragia aguda del tubo digestivo alto no varicela en los tres niveles de atención. GPC-IMSS-169-09-EyR Diagnóstico y tratamiento de la Úlcera péptica complicada: conceptos básicos.		1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población. 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación. 7.- Mejora de Procesos. 1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.	

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN													
JCSAA001401 HOSPITAL REGIONAL COCULA													
HOSPITALIZACIÓN HP													
	Normatividad aplicable	Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar Proceso		Puntaje	Criterios a evaluar 3. Evidencia documental		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
			Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia 3. Evidencia documental			Criterios y Subcriterios	
			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:				
39	NOM-039-SSA2-2002 Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual. NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. GPC-IMSS-072-08-EyR Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad inflamatoria pélvica en mujeres mayores de 14 años con vida sexual activa. CIE-10 N70 Salpingitis y ooforitis. Enfermedades inflamatorias del útero, excepto cuello CIE-10 N71 Parametrítis y celuitis pélvica aguda CIE-10 N73.0 Parametrítis y celuitis pélvica crónica CIE-10 N73.1 Parametrítis y celuitis pélvica no especificada CIE-10 N73.2 Otras enfermedades inflamatorias pélvicas femeninas CIE-10 N73.8 Enfermedad inflamatoria pélvica femenina, Intervención 181 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Enfermedad Pélvica Inflamatoria	Existencia de casos. Existencia de protocolo específico de atención y programa de , diagnóstico , tratamiento y apoyo de casos de enfermedad pélvica inflamatoria.	1	Verificar en el expediente clínico, Proceso de control y seguimiento de actividades preventivas, diagnóstico, tratamiento o referencia y servicios de apoyo con Verificar: 1. Registros en nota médica y reporte en el sistema de información SINBA, aplicación de la GPC-IMSS-072-08-EyR Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad inflamatoria pélvica en mujeres mayores de 14 años con vida sexual activa.	1	Verificar: 1. Registros en el expediente clínico de la utilización de los programas preventivos en estos grupos. 2. Registro en expediente clínico y reporte (físico o electrónico) del SINBA-SIS. 3. Evidencia documental o electrónica de la GPC-IMSS-072-08-EyR Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad inflamatoria pélvica en mujeres mayores de 14 años con vida sexual activa.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población. 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación. 7.- Mejora de Procesos.	1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.			
40	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. GPC-IMSS-559-12-EyR Abordaje y manejo inicial en el servicio de urgencias del paciente adulto con retención aguda de orina. Retención de orina CIE-10 R33X. Instalación de sonda vesical CIE-9-MC U0.H8. Retiro de sonda vesical CIE-9-MC U0.H9. Cistostomía percutánea CIE-9-MC 57.17. Inserción de catéter urinario permanente CIE-9-MC 57.94. Dilatación de uretra CIE-9-MC 58.6X. Extracción de tubo de cistostomía CIE-9-MC 97.63. Intervención 202 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Retención Aguda de Orina	Existencia de casos. Existencia de protocolo específico de atención y programa de , diagnóstico , tratamiento y apoyo de casos de retención aguda de orina.	1	Verificar en el expediente clínico, Proceso de control y seguimiento de actividades preventivas, diagnóstico, tratamiento o referencia y servicios de apoyo con Verificar: 1. Registros en nota médica y reporte en el sistema de información SINBA, aplicación de la GPC-IMSS-559-12-EyR Abordaje y manejo inicial en el servicio de urgencias del paciente adulto con retención aguda de orina.	1	Verificar: 1. Registros en el expediente clínico de la utilización de los programas preventivos en estos grupos. 2. Registro en expediente clínico y reporte (físico o electrónico) del SINBA-SIS. 3. Evidencia documental o electrónica de la GPC-IMSS-559-12-EyR Abordaje y manejo inicial en el servicio de urgencias del paciente adulto con retención aguda de orina.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población. 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación. 7.- Mejora de Procesos.	1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.			
41	NOM-032-SSA2-2014 Para la vigilancia epidemiológica, promoción, prevención y control de las enfermedades transmitidas por vectores. NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica. NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. GPC-SSA-151-08-EyR. CIE-10 A91X Manejo y tratamiento del dengue no grave y el dengue grave. Fiebre del dengue hemorrágico CIE-10 U06.9 Enfermedad del virus Zika. Intervención 204 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnostico y Tratamiento de dengue Hemorrágico (y Otras Complicaciones Por Flavivirus)	Existencia de casos. Existencia de protocolo específico de atención y programa de , diagnóstico , tratamiento de dengue hemorrágico y otras complicaciones por flavivirus.	1	Verificar en el expediente clínico, Proceso de control y seguimiento de actividades preventivas, diagnóstico, tratamiento o referencia y servicios de apoyo con Verificar: 1. Registros en nota médica y reporte en el sistema de información SINBA, aplicación de la GPC-SSA-151-08-EyR Manejo y tratamiento del dengue no grave y el dengue grave.	1	Verificar: 1. Registros en el expediente clínico de la utilización de los programas preventivos en estos grupos. 2. Registro en expediente clínico y reporte (físico o electrónico) del SINBA-SIS y SUIVE. 3. Evidencia documental o electrónica de la GPC-SSA-151-08-EyR Manejo y tratamiento del dengue no grave y el dengue grave.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población. 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación. 7.- Mejora de Procesos.	1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.			
42			Verificar que se tenga acceso al procedimiento documentado para la identificación del paciente Acción Esencial 1 (A, B, C, D).	1	Verificar que se tenga acceso al procedimiento documentado para la identificación del paciente Acción Esencial 1 (A, B, C, D).	1	Verificar: 1. Que se cuenta con elementos para la identificación (tarjeta de cabecera o pie de cama o brazaletes o pulsera. 2. Verificar la identificación del paciente en soluciones intravenosas y dispositivos 3. Verificar en los registros del área (nota de primera vez y notas de atención subsecuente, consentimientos informados, hojas diarias) cuenten con los dos identificadores.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población. 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación. 7.- Mejora de Procesos.	1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.			

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

JCSSA001401

HOSPITAL REGIONAL COCULA

HOSPITALIZACIÓN HP															
	Normatividad aplicable	Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar Proceso		Puntaje	Criterios a evaluar 3. Evidencia documental		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD			
			Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia 3. Evidencia documental			Criterios y Subcriterios			
			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:						
43	ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/09/17.	Acciones Esenciales Para La Seguridad del Paciente	Verificar que el área cuente con un procedimiento documentado para la comunicación efectiva Acción Esencial 2 (B, C, D, F, G) definido y aplicado al establecimiento.		1	Verificar que el área cuente con un procedimiento documentado para la comunicación efectiva Acción Esencial 2 (B, C, D, F, G) definido y aplicado al establecimiento.		1	Verificar: 1. Registros de supervisión de seguimiento, llenado de la Bitácora específica de registro de órdenes verbales y/o telefónicas, llenado en expediente clínico.		1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población. 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación. 7.- Mejora de Procesos.	1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.		
44			Verificar que el establecimiento cuente con un procedimiento documentado para la seguridad en el Proceso de medicación Acción Esencial 3 (A, B, C, D, E, F, G, H, I) definido y aplicado al establecimiento.		1	Verificar que el establecimiento cuente con un procedimiento documentado para la seguridad en el Proceso de medicación Acción Esencial 3 (A, B, C, D, E, F, G, H, I) definido y aplicado al establecimiento.		1	Verificar: 1. Existencia de alertas visuales en medicamentos con aspecto o nombre parecido. 2. Que se cuente con la lista de medicamentos con aspecto y nombre parecido.		1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población. 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación. 7.- Mejora de Procesos.	1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.		
45			Verificar que el área cuente con un procedimiento documentado para la seguridad en los procedimientos: Acción Esencial 4B definido y aplicado al establecimiento.		1	Verificar que el área cuente con un procedimiento documentado para la seguridad en los procedimientos: Acción Esencial 4B definido y aplicado al establecimiento.		1	Verificar: 1. Registros de supervisión de seguimiento. 2. Constancias de capacitación o listas de asistencia.		1	4.- Planeación. 7.- Mejora de Procesos.	4.1 Planeación estratégica. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.		
46		CARRO ROJO UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA: Verificar: 1. Que cuenten con el CARRO ROJO para el manejo del paro cardiopulmonar.	Verificar: 1. Que existan los insumos requeridos para el ABC de la reanimación cardiopulmonar. (Ver desglose) 2. Que la caducidad del material y medicamentos este vigente. 3. Que los insumos sean suficientes para la atención. 4. Que el personal conozca el manejo del monitor desfibrilador y las maniobras de reanimación cardiopulmonar. 5. Que estén identificados los medicamentos de alto riesgo y electrolitos.		1	Verificar: 1. Que existan los insumos requeridos para el manejo del paro cardiopulmonar firmada por el responsable de turno. 2. Registro histórico del abastecimiento oportuno y completo del contenido del carro para el manejo del paro cardiopulmonar. 3. Registro de la prueba del trazo isoelectrico semanalmente. 4. Bitácora de mantenimiento del monitor-desfibrilador. 5. Protocolo de manejo de los medicamentos de alto riesgo y electrolitos.		1	Verificar: 1. Bitácora de control del carro para el manejo del paro cardiopulmonar firmada por el responsable de turno. 2. Registro histórico del abastecimiento oportuno y completo del contenido del carro para el manejo del paro cardiopulmonar. 3. Registro de la prueba del trazo isoelectrico semanalmente. 4. Bitácora de mantenimiento del monitor-desfibrilador. 5. Protocolo de manejo de los medicamentos de alto riesgo y electrolitos.		1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población. 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación. 7.- Mejora de Procesos.	1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de Procesos estratégicos. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.		
Equipo Médico y elementos complementarios															
47			Monitor-Desfibrilador Marcapaso con paletas para adulto y pediátricas.		1	Verificar: 1. Existencia de un Programa para la Gestión del Equipo y Tecnología Biomédica 2. Que el equipo médico se encuentre funcionando y en buenas condiciones.		1	Verificar: 1. Identificación del inventario del equipo médico 2. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo del equipo médico.		1	4.- Planeación. 7.- Mejora de Procesos.	4.1 Planeación estratégica. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.		
48			Tanque de oxígeno con regulador y manómetro.		1	Verificar existencia, que se encuentre lleno y con fecha de última recarga de oxígeno y fecha de vencimiento o caducidad.		1	Verificar existencia, que se encuentre lleno y con fecha de última recarga de oxígeno y fecha de vencimiento o caducidad.		1				
49			Tabla de reanimación (Por lo menos 50 x 60 x 1.0 cm).		1	Verificar existencia y que se encuentre en buenas condiciones.		1	Verificar existencia y que se encuentre en buenas condiciones.		1				

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN										CAUSES-ZN-2018									
JCSSA001401										HOSPITAL REGIONAL COCULA									

HOSPITALIZACIÓN HP												
	Normatividad aplicable	Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA	Puntaje	Criterios a evaluar Proceso	Puntaje	Criterios a evaluar 3. Evidencia documental	Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD			
			Evidencia Observacional		Evidencia Observacional		Evidencia 3. Evidencia documental		Criterios y Subcriterios			
			El evaluador deberá:		El evaluador deberá:		El evaluador deberá:					
			Insumos de Carro Rojo Hospitalización Pediátrica									
			Primer Cajón									
50	Guía de equipamiento para carros rojos de CENETEC 2016	CARRO ROJO	Agua inyectable.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4.- Planeación. 7.- Mejora de Procesos.	4.1 Planeación estratégica. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.		
51			Adenosina solución inyectable 6 mg/2 ml.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1				
52			Adrenalina (epinefrina) solución inyectable 1 mg / 1 ml.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1				
53			Amiodarona solución inyectable 150 mg / 3 ml.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1				
54			Atropina solución inyectable 1 mg /1 ml.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1				
55			Bicarbonato de sodio solución inyectable al 7.5% (0.75 gl).	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1				
56			Diazepam solución inyectable 10 mg / 2 ml. O Midazolam solución inyectable 5 mg / ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1				
57			Dobutamina solución inyectable 250 mg. *	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1				
58			Dopamina solución inyectable 200 mg / 5 ml. *	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1				
59			Esmolol solución inyectable 2.5 g / 10 ml *	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1				
60			Vecuronio solución inyectable 4 mg/ml.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1				
61			Gluconato de Calcio solución inyectable al 10%.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1				
62			Glucosa solución inyectable al 50% (adultos y pediatría)	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1				
63			Hidrocortisona solución inyectable 100 mg.*	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1				
64			Metilprednisolona solución inyectable 40 mg. *	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1				
65			Nitroglicerina solución intravenosa 50 mg /10 ml *	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1				
66			Nitroprusiato de sodio solución inyectable 50 mg*	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1				
67			Sulfato de Magnesio solución inyectable 1g / 10 ml.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1				
68			Lidocaína solución inyectable al 2%.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1				
					Segundo Cajón							
69			Parches para electrodo (adulto, pediátricos).	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4.- Planeación. 7.- Mejora de Procesos.	4.1 Planeación estratégica. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.		
70			Catéter para vena periférica (17,18, 20, 22, 24 fr)	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1				
71			Llave de tres vías.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1				
72			Sonda de aspiración.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1				
73			Jeringas de 5, 10, 20 ml.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1				

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN										CAUSAS-2N-2018	
JCSSA001401			HOSPITAL REGIONAL COCULA								
HOSPITALIZACIÓN HP											
	Normatividad aplicable	Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA	Puntaje	Criterios a evaluar Proceso	Puntaje	Criterios a evaluar 3. Evidencia documental	Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD		
			Evidencia Observacional		Evidencia Observacional		Evidencia 3. Evidencia documental				
			El evaluador deberá:		El evaluador deberá:		El evaluador deberá:		Criterios y Subcriterios		
74			Agujas hipodérmicas.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1			
75			Equipo de venoclisis con microgotero.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1			
76			Equipo de venoclisis con normogotero.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1			

CEDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN				HOSPITAL REGIONAL COCULA				HOSPITALIZACIÓN HP				HOSPITALIZACIÓN HP			
Código	Normatividad aplicable	Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA	Puntaje	Criterios a evaluar Proceso	Puntaje	Criterios a evaluar 3. Evidencia documental	Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD						
			Evidencia Observacional		Evidencia Observacional		Evidencia 3. Evidencia documental		Criterios y Subcriterios						
			El evaluador deberá:		El evaluador deberá:		El evaluador deberá:								
Tercer Cajón															
77			Cánulas endotraqueales: N° 2,5, 3,0, 3,5, 4,0, 4,5, 5,0, 6,5, 7,0, 7,5, 8,0, 8,5, 9,0, 9,5 mm.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4.- Planeación. 7.- Mejora de Procesos.	4.1 Planeación estratégica. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.					
78			Aguja intraósea (14,16,18).	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1							
79			Guía metálica para cánulas endotraqueales (adulto y pediátrico).	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1							
80			Lidocaina con atomizador manual al 10%.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1							
81			Cánulas de Guedel: 3, 4, 5.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1							
82			Mango de laringoscopio.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1							
83			Hojas rectas: 1, 2.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1							
84			Hojas curvas: 1, 2, 3, 4.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1							
85			Guantes.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1							
Cuarto Cajón															
86			Bolsa autoinflable para reanimación pediátrica y adulto.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4.- Planeación. 7.- Mejora de Procesos.	4.1 Planeación estratégica. 7.2 Administración de Procesos de apoyo integral.					
87			Mascarilla laringea 2,0,2,5,3,0,4,0).	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1							
88			Extensión para oxígeno.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1							
89			Puntas nasales.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1							
90			Solución Hartmann inyectable 500 ml.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1							
91			Solución de cloruro de sodio inyectable al 0.9% 500 ml.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1							
92			Solución glucosada inyectable al 5% 250 ml.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1							
93			Coloide solución inyectable 500 ml.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1							
HOSPITALIZACION HP				100.00%	93		93		92						

JCSSA001401		HOSPITAL REGIONAL COCUCLA												
Normatividad aplicable		Concepto	URGENCIAS HG											
			Criterios a evaluar ESTRUCTURA			Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO			Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	
			Evidencia Observacional				Evidencia Observacional				Evidencia Documental			
			El evaluador deberá:				El evaluador deberá:				El evaluador deberá:			
										MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD				
												Criterios y Subcriterios		
1		Requisitos generales	Verificar: 1. Existencia de señalización. 2. Que cuente con señalamiento de emergencia para protección civil. 3. Que el punto de reunión esté delimitado e identificado.	1	Verificar: 1. Que se ubique en la planta baja del establecimiento. 2. Que el servicio y sus áreas estén señalizadas e identificadas. 3. Que las instalaciones estén limpias. 4. Que la iluminación y ventilación sean adecuadas. 5. Que la instalaciones hidrosanitarias y eléctricas se encuentre en buen estado. 6. Que este establecida la ruta de evacuación y salida de emergencia. Verificar que el personal conozca la salida de emergencia mas cercana 7. Que este actualizado el directorio de establecimientos para la atención médica para la referencia de pacientes. 8. Los factores del entorno arquitectónico asociados a riesgo de caídas de pacientes.	1	Verificar: 1. Bitácora de aseo y limpieza actualizada y firmada por turno y por supervisor o jefe del servicio. 2. Bitácora del mantenimiento preventivo y correctivo de la estructura e instalaciones.	1	4.- Planeación. 7.- Mejora de procesos.	1	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
2			Verificar: 1. Existencia de sanitarios para el personal , pacientes y público en general. 2. Lavabo con el cartel de la técnica de higiene de manos. 3. Verificar calidad de agua.	1	Verificar: 1. Que los sanitarios sean independientes para hombres y mujeres. 2. Existencia de papel sanitario y bote de campana o de pedal para basura. 3. Que se disponga de un inodoro y lavabo para uso de personas con discapacidad. 4. Que no exista fugas de agua o drenaje. 5. Que se encuentren limpios e higiénicos. 6. Abasto e insumos para la higiene de manos: jabón (líquido o gel), toallas desechables. 7. Evaluar la técnica de higiene de manos.	1	Verificar: 1. Registro y control del sistema de abasto de los insumos para la higiene de manos. 2. Bitácora de limpieza firmada por turno y por supervisor o jefe del servicio. 3. Bitácora del mantenimiento preventivo y correctivo de la estructura. 4. Registro y calendario de controles de calidad de Agua.	1	4.- Planeación. 7.- Mejora de procesos.	1	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
3			Verificar existencia de la sala de espera. 2. En su caso que cuente con aire acondicionado 3. Que cuente con extintores.	1	Verificar: 1. Que el mobiliario se encuentre en buen estado. 2. Que se reserve como mínimo, un asiento para personas con muletas o bastones. 3. Que los extintores estén colocados de acuerdo a la NOM-002-STPS-2010 y la fecha de la carga este vigente. 4. Que funcione el aire acondicionado. 5. Que el personal tenga conocimiento del uso de los extintores de acuerdo con la normativa e identifique las situaciones para su uso. 6. Instrucciones de seguridad aplicables en cada área y al alcance de los trabajadores 7. Que no se almacenen materiales o coloquen objetos que obstruyan e interfieran el acceso al equipo contra incendios.	1	Verificar: 1. Inventario de mobiliario. 2. Bitácora del mantenimiento preventivo y correctivo de la estructura, del aire acondicionado y del mobiliario. 3. Registro y calendario de la recarga de los extintores 4. Registro de la capacitación del uso del manejo de extintores. 5. Manual de manejo de extintores.	1	4.- Planeación. 7.- Mejora de procesos.	1	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
4	NOM-087-ECOL-SSA1-2002, en su numeral 4 y 6	Requisitos generales	Verificar Existencia de contenedores para el manejo del R.P.B.I.	1	Verificar: 1. Que la señalización de la circulación de los contenedores este colocada del área generadora hacia el almacén temporal. 2. Que los R.P.B.I. Estén identificados y separados en los contenedores correspondientes de acuerdo a sus características físicas y biológico infecciosas. 3. Verificar que el personal conozca el horario de recolección de RPBI así como la ruta.	1	Verificar Bitácora de registro de la recolección del R.P.B.I. (datos específicos como fecha, peso, tipo de residuo, firma del responsable del área y firma del responsable de la recolección).	1	4.- Planeación. 7.- Mejora de procesos.	1	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
5	NOM-001-SEDE-2012, artículo 517, en su numeral 517-30		Verificar: 1. Que el circuito eléctrico esté conectado a la planta de emergencia. 2. Que se cuente con contactos grado hospital con un color distintivo o una marca.	1	Verificar Revisar en el área su funcionamiento a través del equipo conectado a los contactos grado hospital.	1	No aplica	1	4.- Planeación. 7.- Mejora de procesos.	NA	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
6	NOM-027-SSA3-2013, en su numeral 7.5		Verifica existencia de sala de operaciones disponible, banco de sangre o servicio de transfusión, laboratorio clínico, servicio de radiología.	1	Verificar que la atención de los servicios sea las 24 horas del día los 365 días del año.	1	Verificar: 1. Registro de procedimientos quirúrgicos. 2. Expediente clínico con los resultados de laboratorio y gabinete integrados e interpretados, así como solicitud de hemoderivados.	1	4.- Planeación. 7.- Mejora de procesos.	1	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
7	NOM-027-SSA3-2013, en su numeral 7. NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 6.6.9.1.1	Áreas requeridas	Verificar existencia de acceso para ambulancias.	1	Verificar: 1. Que este ubicado en el exterior del establecimiento. 2. Que los señalamientos sean suficientes para orientar a los usuarios.	1	No aplica	1	4.- Planeación. 7.- Mejora de procesos.	NA	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
8	NOM-030-SSA3-2013, en su numeral 6.2.1. NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 6.6.9.1.1.		Verificar existencia de rampas para el acceso de pacientes.	1	Verificar: Que las rampas tengan protección lateral. 2. Que lo señalamientos sean de tipo luminoso y con letras en relieve. 3. Que el piso de las rampas sea firme, uniforme y antiderrapante, evitando acumulación de agua en descansos.	1	No aplica	1	4.- Planeación. 7.- Mejora de procesos.	NA	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
9	NOM-027-SSA3-2013, en su numeral 7. NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 6.6.9.1.2.1		Verificar existencia de estación de camillas y sillas de ruedas.	1	Verificar: 1. Que su ubicación este junto al pasillo de acceso de ambulancias y vehículos.	1	No aplica	1	4.- Planeación. 7.- Mejora de procesos.	NA	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
10	NOM-027-SSA3-2013, en su numeral 7. NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 6.6.9.1.2.2		Verificar: 1. Existencia de módulo de recepción y control. 2. Que cuente con señalización.	1	Verificar que su ubicación pueda ser fácilmente identificado por los usuarios.	1	No aplica	1	4.- Planeación. 7.- Mejora de procesos.	NA	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			

CAUSAS-2N-2016									
HOSPITAL REGIONAL COCULA									
URGENCIAS HG									
Normatividad aplicable	Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL	
		Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental	
		El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:	
								MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
								Criterios y Subcriterios	
11	NOM-027-SSA3-2013, en su numeral 7. NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 6.6.9.1.2.5	Verificar existencia de área de descontaminación.		1	Verificar: 1. Que el espacio permita el ingreso de pacientes en camillas o silla de ruedas.		1	No aplica	
12	NOM-027-SSA3-2013, en su numeral 7 y en su apéndice B.4. NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 6.6.9.1.2.6 y en su apéndice q. NOM-045-SSA2-2005, en su numeral 10.6.4 ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/09/17.	Verificar: 1. Que cuente con el siguiente mobiliario: asiento acolchado, bote para basura tipo municipal (bolas de cualquier color excepto rojo o amarillo), lavabo con cartel de higiene de manos, mesa de trabajo con tarja, mesa tipo Karam ton colchoneta, mueble para guarda de equipo e insumos. 2. Que cuente con el siguiente equipo: báscula pesa bebé, dosificador de oxígeno con humidificador, esfigmomanómetro con brazalete pediátrico, estetoscopio		1	Verificar: 1. Que el equipo y el mobiliario se encuentren en buenas condiciones de pintura, sin zonas de oxidación o deterioro. 2. Que el equipo y el mobiliario funcionen. 3. Evaluar la técnica de higiene de manos. 4. Abasto e insumos de higiene de manos: Jabón (líquido o gel), toallas desechables. 5. Qué la báscula este bien calibrada.		1	Verificar: 1. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo del equipo y mobiliario. 2. Registro y control del sistema de abasto de los insumos para la higiene de manos. 3. Registro de calibración de las básculas por jornada laboral. 4. Registro de calibración del esfigmomanómetro. 5. Registro de capacitación del personal en la técnica para la higiene de manos. 6. Registro del procedimiento de esterilización y desinfección de los equipos de apoyo respiratorio no invasivo (registrarse la fecha y hora de cambio). 7. Inventario de equipo y mobiliario. 8. Registro y calendario de controles de calidad del Agua.	
13	NOM-027-SSA3-2013, en su numeral 5.3 y 6.2.1. Lineamiento técnico. Triage obstétrico 2016. Centro Nacional de Equidad y Género y Salud Reproductiva.	Verificar: 1. Existencia de dos áreas: una destinada a la entrevista y la otra a la exploración física del paciente. 2. Que cuenten con un espacio físico para la clasificación de prioridades para la atención de urgencias médicas (triage).		1	Verificar: 1. Que sea un médico quien valore y establezca las prioridades de atención del paciente. 2. Que las prioridades para la atención de urgencias para los pacientes (semaforización), estén señalizadas (mediante cartel).		1	Verificar: 1. Sistema de clasificación de urgencias (aplicación, organización, medición y evaluación). 2. Protocolos de clasificación de prioridades para la atención de urgencias médicas que se determinen las necesidades de atención de los pacientes. 3. GPC Triage hospital de 1er contacto en los servicios de urgencias adultos para el 2do y 3er nivel. 4. Hoja de evaluación de la clasificación de las urgencias.	
14		Consultorios o cubículos para valoración y determinación de prioridades de atención		1	Verificar: 1. Que la señalización permita la rápida identificación para el acceso al triage obstétrico. 2. Que exista acceso directo desde la sala de espera, al módulo de recepción y control, cercana al consultorio de valoración del servicio de urgencias obstétricas, al área de choque y a la unidad de tococirugía. 3. Que sea personal profesional capacitado en emergencia obstétrica quien valore y establezca las prioridades de atención de la paciente de acuerdo a lineamiento. 4. Que las prioridades para la atención de urgencias para las pacientes (semaforización), estén señalizadas (mediante cartel). 5. Que el equipo y mobiliario se encuentre en buenas condiciones físicas y funcionales.		1	Verificar: 1. Bitácora de aseo y limpieza firmada por turno y por supervisor o jefe del servicio. 2. Bitácora del mantenimiento preventivo y correctivo de la estructura, instalaciones, equipo y mobiliario. 3. Sistema de clasificación de urgencias (aplicación, organización, medición y evaluación). 4. Protocolos de clasificación de prioridades para la atención de emergencia obstétrica, donde se determinen las necesidades de atención de las pacientes. 5. GPC Triage hospital de 1er contacto en los servicios de urgencias adultos para el 2do y 3er nivel. 6. Código rojo para emergencia obstétrica. 7. Hoja de evaluación de la clasificación de las urgencias. 8. Inventario de mobiliario.	
15	NOM-027-SSA3-2013, en su numeral 7 y en su apéndice B. NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 6.6.9.1.2.3 y en su apéndice q	Verificar existencia del siguiente equipo médico: 1. Esfigmomanómetro aneróide portátil con brazalete de tamaño que requiera para su actividad principal. 2. Estetoscopio de cápsula doble. 3. Estetoscopio de Pinard o fonodetector portátil de latidos fetales. 4. Estuche de diagnóstico básico que incluya oftalmoscopio, otoscopio y faringoscopio. 5. Lámpara de examen con fuente de luz de fibra óptica. 6. Glucómetro 7. Plicómetro para valoración nutricional. 8. Negatoscopio. 9. Cinta métrica ahulada. 10. Termómetro clínico y 11. Báscula pesa bebé		1	Verificar: 1. Existencia de un Programa para la Gestión del Equipo y Tecnología Biomédica 2. Que el equipo médico se encuentre funcionando y en buenas condiciones.		1	Verificar: 1. Inventario del equipo médico. 2. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo del equipo médico 3. Informe de calibración de las básculas, termómetro digital y esfigmomanómetro, presentando los certificados vigentes de los instrumentos de prueba que a su vez deberán estar calibrados con trazabilidad a patrones nacionales. De conformidad con lo establecido por la Secretaría de Economía a través de la Dirección General de Normatividad así como por el Centro Nacional de Metrología.	
16		Verificar existencia del siguiente mobiliario: escritorio para el médico, asiento para el paciente, elemento divisorio de material antibacteriano, mesa de exploración universal, módulo de higiene de manos: lavabo, cartel con la técnica de higiene de manos, asiento giratorio, banqueta de altura, bote para basura tipo municipal.		1	Verificar: 1. Que el mobiliario se encuentren en buenas condiciones de pintura, sin zonas de oxidación o deterioro. 2. Que el mobiliario funcione. 3. Evaluar la técnica de higiene de manos. 4. Abasto e insumos para la higiene de manos: Jabón (líquido o gel), toallas desechables. 5.Verificar calidad del agua.		1	Verificar: 1. Inventario de mobiliario. 2. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo del mobiliario. 3. Registro y control del sistema de abasto de los insumos para la higiene de manos. 4. Registro de la evaluación al personal en la técnica para la higiene de manos. 5. Registro y calendario de controles de calidad del agua.	
17	NOM-027-SSA3-2013, en su numeral 5.6, 7 y en su apéndice B.2. NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 6.6.9.1.2.4 y en su apéndice q. Acuerdo CSG 06/06.03.17 por el que el Consejo de Salubridad General, declara la obligatoriedad de la implementación de las "Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente", en todos los establecimientos de atención	Observación		1	Verificar: 1. Que se identifique al paciente. 2. Que la permanencia de pacientes no sea más de 12 horas. 3. Que el equipo se encuentren en buenas condiciones. 4. Que el equipo funcione. 5. Que exista identificación en brazaletes y cabecera por lo menos con nombre y fecha de nacimiento del paciente, fecha y hora de ingreso, membrete en soluciones con nombre, fecha y hora de inicio y término, sondas y catéteres con membrete que contenga nombre, fecha y hora. 6. En registros de la atención y en la nota de ingreso del expediente clínico corroborar que los pacientes no permanezcan más de 12 horas en el servicio de urgencias por causas atribuibles a la atención médica.		1	1. Inventario del equipo. 2. bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo del equipo. 3. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo de las tomas de pared. 4. Registro del procedimiento de esterilización y desinfección de alto nivel de los humidificadores y equipos de apoyo respiratorio no invasivo (registrarse la fecha y hora de cambio). 5. Censo de pacientes.	

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN													
JCSSA001401		HOSPITAL REGIONAL COCULA											
Normatividad aplicable		Concepto	URGENCIAS HG										
			Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
			Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental			Criterios y Subcriterios	
		El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:					
18	Reglas del Sistema Nacional de Salud Acción Esencial 1 NOM-045-SSA2-2005, en su numeral 10.6.4, 10.6.7		Verificar: 1. Existencia del siguiente mobiliario: cama-camilla con barandales, elemento divisorio de material antibacteriano, banqueta de altura, bote para basura tipo municipal, portavenoclisis rodable.	1	Verificar: 1. Que el mobiliario se encuentren en buenas condiciones de pintura, sin zonas de oxidación o deterioro. 2. Que el mobiliario funcione.	1	Verificar: 1. Inventario del mobiliario. 2. bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo del mobiliario. 3. Registro del procedimiento de limpieza y desinfección de las camas (cada vez que se desocupe).	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
19			Verificar: 1. Que su ubicación tenga libre y rápido acceso a las áreas en donde se encuentren internados los pacientes. 2. Que el espacio físico este libre de fuentes de contaminación. 3. Que se disponga de guarda de medicamentos, soluciones y material de curación.	1	Verificar: 1. Que las áreas, dimensiones y circulaciones permitan el desarrollo de las funciones y actividades propias del personal de enfermería. 2. Que el espacio físico o mobiliario para guarda de medicamentos, soluciones y material de curación este en buenas condiciones, limpio y ordenado.	1	Verificar: 1. Manuales de organización y procedimientos del servicio. 2. Bitácora de limpieza firmada por turno y por supervisor o jefe del servicio. 3. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo. 4. Bitácora para el registro de indicaciones verbales y telefónicas.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
20	NOM-027-SSA3-2013, en su numeral 7 y en su apéndice B.6. NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 6.6.9.1.2.8 y en su apéndice Q. NOM-045-SSA2-2005, en su numeral 10.6.6, 10.6.7	Central de enfermería	Verificar: 1. Existencia del siguiente equipo: electrocardiógrafo móvil de 12 derivaciones, esfigmomanómetro (en su caso con brazalete pediátrico), estetoscopio (en su caso con cápsula tamaño pediátrico), estuche de diagnóstico completo, incubadora de traslado (en su caso), incubadora para cuidados generales (en su caso), lámpara de haz dirigible, termómetros digitales. 2. Que se cuente con pilas y focos de repuesto para el estuche de diagnóstico. 3. Que se tengan baterías de repuesto para los termómetros digitales.	1	Verificar: 1. Que el equipo se encuentren en buenas condiciones. 2. Que el equipo funcione.	1	Verificar: 1. Inventario del equipo. 2. bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo del equipo. 3. Registro de calibración del esfigmomanómetro. 4. Registro del procedimiento del aseo y limpieza de las incubadoras cada vez que la ocupe un nuevo paciente.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
21			Verificar existencia del siguiente mobiliario: baño de artista, bote para basura tipo municipal, carro para curación, mesa mayo con charola, mesa Pasteur, portavenoclisis rodable, caja para desinfección de instrumentos, , collarines cervicales semirrígidos tamaños chico, mediano y grande, así como dispositivo para inmovilizar la cabeza, mostrador o escritorio, asiento para la enfermera, sistema de guarda de expedientes, mueble para guarda de equipo e insumos, lavabo con cartel con la técnica de higiene de manos, mesa alta con tarja.	1	Verificar: 1. Que el mobiliario se encuentren en buenas condiciones de pintura, sin zonas de oxidación o deterioro. 2. Que el mobiliario funcione. 3. Evaluar la técnica de higiene de manos 4. Abasto e insumos de higiene de manos: jabón (líquido o gel), toallas desechables.	1	Verificar: 1. Inventario del mobiliario. 2. bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo del mobiliario. 3. Registro y control del sistema de abasto de los insumos para la higiene de manos. 4. Registro y calendario de controles de calidad del Agua.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
22			Verificar existencia del siguiente instrumental: equipo de curaciones, lebrillos, pinza de traslado.	1	Verificar: 1. Que el instrumental de curaciones este en buenas condiciones. 2. Que el empaque del instrumental este rotulado con la fecha de esterilización.	1	Verificar: 1. resguardo del instrumental. 2. Bitácora de uso de los desinfectantes.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
23			Verificar: 1. Existencia del equipo y mobiliario requerido: mueble para guarda de equipo e insumos, asiento giratorio, banqueta de altura, bote para basura tipo municipal, carro para curaciones, carro para ropa sucia, cubeta de acero inoxidable (bolsa amarilla) y otra con (bolsa roja), mesa alta con tarja y trampa para yesos(cuando se utilicen vendas con yeso), mesa de exploración universal, mesa Pasteur, mesa rígida, riel portavenoclisis, lámpara de haz dirigible, negatoscopio, sierra para yeso, lavabo con cartel con la técnica de higiene de manos. 2. Verificar calidad del agua.	1	Verificar: 1. Que el equipo y el mobiliario se encuentren en buenas condiciones de pintura, sin zonas de oxidación o deterioro. 2. Que el equipo y mobiliario estén funcionando. 3. Evaluar la técnica de higiene de manos en el personal. 4. Abasto e insumos de higiene de manos: jabón (líquido o gel), toallas desechables.	1	Verificar: 1. Inventario de equipo y mobiliario. 2. bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo del equipo y mobiliario. 3. Registro y control del sistema de abasto de los insumos para la higiene de manos. 4. Registro y calendario de controles de calidad del Agua.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
24		Sala de curaciones	Verificar existencia del siguiente material: antisépticos, gases y apósitos equipo de sutura o de cirugía menor, vendas: de gata, de yeso o fibra de vidrio y elástica, suturas, jeringas con agujas, ropa para pacientes y camas.	1	Verificar: 1. Que cuenten mínimo con cinco paquetes de cada sutura y que los empaques estén íntegros. 2. Que la fecha de caducidad de los insumos sea vigente. 3. Que los recipientes de antisépticos tengan rotulo con fecha de llenado. 4. Que haya con mínimo dos equipos de sutura o de cirugía menor, con rotulo de fecha de esterilización. 5. Que la ropa este en buenas condiciones y limpia y que se disponga de ropa para pacientes y camas.	1	Verificar: 1. Registro y control del sistema de abasto de los insumos. 2. Registro y control del sistema de surtimiento de la ropa. 3. Registro de los procedimientos realizados.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
25			Verificar: 1. Existencia del siguiente medicamento: analgésicos, soluciones intravenosas, anestésicos locales, antibióticos. 2. Existencia del siguiente biológico: toxoides tetánico y diftérico (td) suspensión inyectable, vacuna antirrábica solución inyectable, faborápico polivalente anti alacrán solución inyectable, faborápico polivalente antialacrán solución inyectable, faborápico polivalente anticorallillo solución inyectable, faborápico polivalente antiviperino solución inyectable, suero antialacrán solución inyectable, suero antiviperino solución inyectable.	1	Verificar: 1. Que el rótulo de fecha de la apertura de la liofilización no sea mayor de siete días. 2. Que los medicamentos estén vigentes. 3. Que el manejo del biológico sea de acuerdo a la normatividad correspondiente.	1	Verificar: 1. Sistema de abasto de los medicamentos y biológico. 2. Registro de la aplicación del medicamento y biológico.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN													
JCSSA001001		HOSPITAL REGIONAL COCULA											
URGENCIAS HG													
Normatividad aplicable	Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD		
		Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental			Criterios y Subcriterios		
		El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:					
26		Verificar existencia del siguiente equipo: esfigmomanómetro, estetoscopio, estuche de diagnóstico completo, lámpara de haz dirigible, monitor de signos vitales: electrocardiograma, presión arterial por método no invasivo, temperatura y oxímetro, ventilador mecánico.		1	Verificar: 1. Que el equipo se encuentren en buenas condiciones. 2. Que el equipo funcione.		1	Verificar: 1. Inventario del equipo. 2. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo del equipo. 3. Registro de calibración del esfigmomanómetro. 4. Registro del procedimiento de lavado y esterilización o desinfección de los sensores de oxígeno y los circuitos para ventilación antes de volver a ser usados en otro paciente.		1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.	
27	NOM-027-SSA3-2013, en su numeral 7 y en su apéndice B.3. NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 6.6.9.1.2.7 y en su apéndice q. NOM-045-SSA2-2005, en su numeral 10.6.4, 10.6.6	Sala de choque	Verificar: 1. Existencia del siguiente mobiliario: carro camilla para adultos con barandales (de preferencia radiotransparente), elemento divisorio de material antibacteriano, mesa Pasteur, repisa para monitor de terapia intensiva de tres o cuatro canales, riel portavenoclisis, bote para basura tipo municipal, carro para curaciones, carro para ropa sucia, cubeta de acero inoxidable (bolsa amarilla) y otra con (bolsa roja), mueble para guarda de equipo e insumos. 2. Que se cuente con pilas y focos de repuesto para el estuche de diagnóstico.		1	Verificar: 1. Que el mobiliario se encuentren en buenas condiciones de pintura, sin zonas de oxidación o deterioro. 2. Que el mobiliario funcione.		1	Verificar: 1. Inventario del mobiliario. 2. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo del mobiliario. 3. Registro del procedimiento de limpieza y desinfección de las camas (cada vez que se desocupe).		1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
28			Verificar existencia del siguiente instrumental: instrumental para sutura o de cirugía menor.		1	Verificar: 1. Que el instrumental este en buenas condiciones. 2. Que el empaque del instrumental para sutura o de cirugía menor este rotulado con fecha de esterilización.		1	Verificar: 1. resguardo del instrumental. 2. Bitácora de uso de los desinfectantes.		1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
29	NOM-027-SSA3-2013, en su numeral 6. NOM-045-SSA2-2005, en su numeral 10.6.7	Organización y funcionamiento	Verificar existencia de los manuales correspondientes al servicio: manual de organización, manual de procedimientos del servicio, manual de bioseguridad para el personal (respecto del manejo de RPB1 y de los casos de enfermedades infecto-contagiosas), manual de mecánica corporal para movilización del paciente, manual de procedimientos para determinar las características, la frecuencia del aseo y limpieza del área.		0	Verificar: 1. Que los manuales sean de conocimiento y aplicación por parte del personal. 2. Que los manuales tengan los elementos requeridos. 3. Que estén actualizados. 4. Que estén autorizados por las autoridades correspondientes. 5. Que la fecha de elaboración este vigente.		1	Verificar: 1. Manual de organización, 2. Manual de procedimientos. 3 manual de mecánica corporal. 4. Manual de bioseguridad.		1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
Atención Médica													
30	NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica. NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. CIE-10 Z51.8 Otras atenciones médicas especificadas. Intervención 145. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Estabilización en urgencias	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa para el diagnóstico y tratamiento para la estabilización de pacientes en urgencias.		1	Verificar en el expediente clínico, proceso de control y seguimiento de actividades de diagnóstico, tratamiento o referencia y servicios de apoyo con registros en nota médica y reporte en el sistema de información SINBA.		1	Verificar: 1. Reporte en el SUIVE. 2. Registro en expediente clínico y reporte (físico o electrónico) del SINBA- SIS. 3. Documental o electrónica del diagnóstico y tratamiento para la estabilización del paciente en el servicio de urgencias.		1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
31	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica. NOM-030-SSA2-2009 Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica. GPC-SS-155-08-EYR Atención de urgencia de crisis hipertensiva en el primer nivel de atención. GPC-IMSS-238-09-EYR Diagnóstico y manejo de la hipertensión arterial en el adulto mayor y situaciones especiales. GPC-IMSS-076-08-EYR Diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en el primer nivel de atención. CIE-10 I10X Hipertensión esencial (primaria). CIE-10 I15 Hipertensión secundaria. Intervención 146. CAUSES 2016. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Estabilización en urgencias por crisis hipertensiva	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa para el diagnóstico y tratamiento para la estabilización en urgencias por crisis hipertensivas.		1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas de urgencias (inicial, de evolución, carta de consentimiento informado, interconsulta y de referencia/traslado en su caso). 3. Apego a las GPC-SS-155-08-EYR Atención de urgencia de crisis hipertensiva en el primer nivel de atención. GPC-IMSS-238-09-EYR Diagnóstico y manejo de la hipertensión arterial en el adulto mayor y situaciones especiales. GPC-IMSS-076-08-EYR Diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en el primer nivel de atención. Y normatividad correspondiente, protocolos de atención médica propios y árbol de toma de decisiones.		1	Verificar: 1. Registro de ingreso de pacientes y diagnóstico de morbimortalidad. 2. Normas correspondientes. 3. GPC-SS-155-08-EYR Atención de urgencia de crisis hipertensiva en el primer nivel de atención. GPC-IMSS-238-09-EYR Diagnóstico y manejo de la hipertensión arterial en el adulto mayor y situaciones especiales. GPC-IMSS-076-08-EYR Diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en el primer nivel de atención. 4. Reporte en el SUIVE, SINBA-SIS y expediente clínico.		1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.

CAUSES-2N-2018

JCSSA001401		HOSPITAL REGIONAL COCULA		URGENCIAS HG					
Normatividad aplicable	Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA	Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO	Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL	Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional		Evidencia Observacional		Evidencia Documental		Criterios y Subcriterios	
		El evaluador deberá:		El evaluador deberá:		El evaluador deberá:			
37	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. GPC-SS-110-08-Eyr Prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno de la intoxicación aguda en pediatría en el primer nivel de atención. CIE-10 T54.3 Efecto tóxico alcalías cáusticos y sustancias alcalinas similares. Intervención 152 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento del envenenamiento por álcalis, cáusticos y sustancias alcalinas similares	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas de urgencias (inicial, de evolución, carta de consentimiento informado, interconsulta y de referencia/traslado en su caso). 3. Apego a las GPC-SS-110-08-Eyr Prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno de la intoxicación aguda en pediatría en el primer nivel de atención.	1	Verificar: 1. Registro de ingreso de pacientes y diagnóstico de morbimortalidad. 2. Normas correspondientes. 3. GPC-SS-110-08-Eyr Prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno de la intoxicación aguda en pediatría en el primer nivel de atención. 4. Reporte en el SINBA-SIS y expediente clínico.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población. 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación. 7.- Mejora de Procesos. 1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de procesos de apoyo integral. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.	
38	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. GPC-SS-110-08-Eyr Prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno de la intoxicación aguda en pediatría en el primer nivel de atención. CIE-10 T39.0 Envenenamiento por Salicilatos. Intervención 153 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento del envenenamiento por salicilatos	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas de urgencias (inicial, de evolución, carta de consentimiento informado, interconsulta y de referencia/traslado en su caso). 3. Apego a las GPC-SS-110-08-Eyr Prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno de la intoxicación aguda en pediatría en el primer nivel de atención.	1	Verificar: 1. Registro de ingreso de pacientes y diagnóstico de morbi-mortalidad. 2. Normas correspondientes al padecimiento. 3. GPC-SS-110-08-Eyr Prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno de la intoxicación aguda en pediatría en el primer nivel de atención. 4. Reporte en el SINBA-SIS y expediente clínico.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población. 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación. 7.- Mejora de Procesos. 1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de procesos estratégicos. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.	
39	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. GPC-SS-110-08-Eyr Prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno de la intoxicación aguda en pediatría en el primer nivel de atención. CIE-10 T51.1 Efecto tóxico por metanol. Intervención 154 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento del envenenamiento por metanol	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas de urgencias (inicial, de evolución, carta de consentimiento informado, interconsulta y de referencia/traslado en su caso). 3. Apego a las GPC-SS-110-08-Eyr Prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno de la intoxicación aguda en pediatría en el primer nivel de atención.	1	Verificar: 1. Registro de ingreso de pacientes y diagnóstico de morbi-mortalidad. 2. Normas correspondientes al padecimiento. 3. GPC-SS-110-08-Eyr Prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno de la intoxicación aguda en pediatría en el primer nivel de atención. 4. Reporte en el SINBA-SIS y expediente clínico.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población. 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación. 7.- Mejora de Procesos. 1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de procesos estratégicos. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.	
40	NOM-017-SSA2-2012 Para la Vigilancia epidemiológica. NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. GPC-SS-110-08-Eyr Prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno de la intoxicación aguda en pediatría en el primer nivel de atención. GPC-SS-100-08-Eyr Prevención primaria, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de la intoxicación aguda por agroquímicos en el primer nivel de atención. CIE-10 T60.0 Efecto tóxico por Insecticidas organofosforados y carbamatos. Intervención 155 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento del envenenamiento por insecticidas organofosforados y carbamatos	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas de urgencias (inicial, de evolución, carta de consentimiento informado, interconsulta y de referencia/traslado en su caso). 3. Apego a las GPC-SS-110-08-Eyr Prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno de la intoxicación aguda en pediatría en el primer nivel de atención. GPC-SS-100-08-Eyr Prevención primaria, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de la intoxicación aguda por agroquímicos en el primer nivel de atención.	1	Verificar: 1. Registro de ingreso de pacientes y diagnóstico de morbimortalidad. 2. Normas correspondientes al padecimiento. 3. GPC-SS-110-08-Eyr Prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno de la intoxicación aguda en pediatría en el primer nivel de atención. GPC-SS-100-08-Eyr Prevención primaria, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de la intoxicación aguda por agroquímicos en el primer nivel de atención. 4. Reporte en el SINBA-SIS, SUIVE y expediente clínico.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población. 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación. 7.- Mejora de Procesos. 1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de procesos estratégicos. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.	

JCSSA001401		HOSPITAL REGIONAL COCULA		URGENCIAS HG						
Normatividad aplicable	Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		
		Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental		
		El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:		
								MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD		
								Criterios y Subcriterios		
41	NOM-017-SSA2-2012 Para la Vigilancia epidemiológica. NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. GPC-SS-487-11-EyR Diagnóstico y Tratamiento de intoxicación aguda por monóxido de carbono. CIE-10 T58X Efecto tóxico del monóxido de carbono. Intervención 156. CAUSES 2016. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento del envenenamiento por monóxido de carbono	Existencia de casos. 1. Existencia de protocolo específico de atención y programa para el diagnóstico y tratamiento del envenenamiento por monóxido de carbono.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas de urgencias (inicial, de evolución, carta de consentimiento informado, interconsulta y de referencia/traslado en su caso). 3. Apego a las GPC-SS-487-11-EyR Diagnóstico y Tratamiento de intoxicación aguda por monóxido de carbono.	1	Verificar: 1. Registro de ingreso de pacientes y diagnóstico de morbimortalidad. . 2. Normas correspondientes al padecimiento. 3. GPC-SS-487-11-EyR Diagnóstico y Tratamiento de intoxicación aguda por monóxido de carbono. 4. Reporte en el SINBA-SIS, SUIVE y expediente clínico.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población. 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación. 7.- Mejora de Procesos.	1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de procesos estratégicos. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
42	NOM-036-SSA2-2012 Prevención y control de enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, sueros, antitoxinas e inmunoglobulinas en el humano. NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica. NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico.GPC-SS-298-10-EyR Diagnóstico y tratamiento por mordeduras de serpientes venenosas. CIE-10 T63.0 Veneno de serpiente. CIE-9-MC 99.16 Inyección de antídoto. Intervención 157 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento del envenenamiento por mordedura de serpiente	Existencia de casos. 1. Existencia de protocolo específico de atención y programa para el diagnóstico y tratamiento del envenenamiento por mordedura de serpiente.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas de urgencias (inicial, de evolución, carta de consentimiento informado, interconsulta y de referencia/traslado en su caso). 3. Apego a la GPC-SS-298-10-EyR Diagnóstico y tratamiento por mordeduras de serpientes venenosas.	1	Verificar: 1. Registro de ingreso de pacientes y diagnóstico de morbimortalidad. 2. Normas correspondientes al padecimiento. 3. GPC-SS-298-10-EyR Diagnóstico y tratamiento por mordeduras de serpientes venenosas. 4. Reporte en el SINBA-SIS, SUIVE y expediente clínico.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población. 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación. 7.- Mejora de Procesos.	1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de procesos estratégicos. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
43	NOM-033-SSA2-2011 Para la vigilancia, prevención y control de la intoxicación por picadura de alacrán. NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica. NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. GPC-SS-148-08-EyR Prevención, diagnóstico, tratamiento y referencia de la intoxicación por picadura de alacrán. CIE-10 T63.2 Veneno de escorpión. CIE-9-MC 99.16 Inyección de antídoto. Intervención 158 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento de picadura de alacrán	Existencia de casos. 1. Existencia de protocolo específico de atención y programa para el diagnóstico y tratamiento de picadura de alacrán.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas de urgencias (inicial, de evolución, carta de consentimiento informado, interconsulta y de referencia/traslado en su caso). 3. Apego a la GPC-SS-148-08-EyR Prevención, diagnóstico, tratamiento y referencia de la intoxicación por picadura de alacrán.	1	Verificar: 1. Registro de ingreso de pacientes y diagnóstico de morbimortalidad. 2. Normas correspondientes al padecimiento. 3. GPC-SS-148-08-EyR Prevención, diagnóstico, tratamiento y referencia de la intoxicación por picadura de alacrán . 4. Reporte en el SINBA-SIS, SUIVE y expediente clínico.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población. 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación. 7.- Mejora de Procesos.	1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de procesos estratégicos. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
44	NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica. NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. GPC-SS-523-11-EyR Diagnóstico y tratamiento de la mordedura por arañas venenosas. GPC-SS-489-11-EyR Diagnóstico y tratamiento de picaduras y mordeduras por himenópteros: abeja, avispa y hormiga fórmica. CIE-10 T63.3 Veneno de arañas. CIE-10 T63.4 Veneno de otros artrópodos. CIE-9-MC 99.16 Inyección de antídoto. Intervención 159 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento de picaduras de abeja, araña y otros artrópodos	Existencia de casos. 1. Existencia de protocolo específico de atención y programa para el diagnóstico y tratamiento de picadura de abeja, araña y otros artrópodos.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas de urgencias (inicial, de evolución, carta de consentimiento informado, interconsulta y de referencia/traslado en su caso). 3. Apego a las GPC-SS-523-11-EyR Diagnóstico y tratamiento de la mordedura por arañas venenosas. GPC-SS-489-11-EyR Diagnóstico y tratamiento de picaduras y mordeduras por himenópteros: abeja, avispa y hormiga fórmica.	1	Verificar: 1. Registro de ingreso de pacientes y diagnóstico de morbimortalidad. 2. Normas correspondientes al padecimiento. 3. GPC-SS-523-11-EyR Diagnóstico y tratamiento de la mordedura por arañas venenosas. GPC-SS-489-11-EyR Diagnóstico y tratamiento de picaduras y mordeduras por himenópteros: abeja, avispa y hormiga fórmica. 4. Reporte en el SINBA-SIS, SUIVE y expediente clínico.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población. 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación. 7.- Mejora de Procesos.	1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de procesos estratégicos. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

JCSSA001401		HOSPITAL REGIONAL COCULA		URGENCIAS HG									
Normatividad aplicable		Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
			Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental			Criterios y Subcriterios	
			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:				
45	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica CIE-10 A05 Otras intoxicaciones intestinales bacterianas Intervención 160 del CAUSES 2016 . Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento de intoxicación aguda alimentaria	Existencia de casos. 1. Existencia de protocolo específico de atención y programa para el diagnóstico y tratamiento de intoxicación aguda alimentaria.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas de urgencias (inicial, de evolución, carta de consentimiento informado, interconsulta y de referencia/traslado en su caso).	1	Verificar: 1. Registro de ingreso de pacientes y diagnóstico de morbilidad. 2. Normas correspondientes al padecimiento. 3. Reporte en el SINBA-SIS, SUIVE y expediente clínico.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población. 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación. 7.- Mejora de Procesos.	1	1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de procesos estratégicos. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.		
46	NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica. NOM-011-SSA2-2011 Para la prevención y control de la rabia humana y en los perros y gatos. NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. CIE-10 T14.1 Herida de región no especificada del cuerpo. CIE-10 W54 Mordedura o ataque de perro. CIE-10 W55.9 Mordedura o ataque de otros mamíferos, lugar no especificado. CIE-10 Z20.3 Contacto con y exposición a rabia. CIE-10 Z24.2 Necesidad de inmunización contra la rabia. CIE-9-MC 99.44 Vacunación contra rabia. Intervención 161 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Manejo de mordedura y prevención de rabia en humanos	Existencia de casos. 1. Existencia de protocolo específico de atención y programa para el manejo de mordedura y prevención de rabia en humanos.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas de urgencias (inicial, de evolución, carta de consentimiento informado, interconsulta y de referencia/traslado en su caso).	1	Verificar: 1. Registro de ingreso de pacientes y diagnóstico de morbilidad. 2. Normas correspondientes al padecimiento. 3. Reporte en el SINBA-SIS, SUIVE y expediente clínico.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población. 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación. 7.- Mejora de Procesos.	1	1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de procesos estratégicos. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.		
47	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. GPC-ISSSTE-526-11-EyR Extracción de cuerpo extraño de la vía aérea en niños. CIE-10 T15 Cuerpo extraño en parte externa del ojo. CIE-10 T16X Cuerpo extraño en el oído. CIE-10 T17 Cuerpo extraño en las vías respiratorias. CIE-10 T18 Cuerpo extraño en el tubo digestivo. CIE-10 T19 Cuerpo extraño en las vías genitourinarias. CIE-10 W45 Cuerpo extraño que penetra a través de la piel. CIE-9-MC 98 Extracción sin incisión de cuerpo extraño intraluminal de aparato digestivo. CIE-9-MC 98.1 Extracción sin incisión de cuerpo extraño intraluminal de otros sitios. CIE-9-MC 98.2 Extracción sin incisión de otro cuerpo. Intervención 162 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Extracción de cuerpos extraños	Existencia de casos. 1. Existencia de protocolo específico de atención y programa para la extracción de cuerpos extraños.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas de urgencias (inicial, de evolución, carta de consentimiento informado, interconsulta y de referencia/traslado en su caso). 3. Apego a la GPC-ISSSTE-526-11-EyR Extracción de cuerpo extraño de la vía aérea en niños.	1	Verificar: 1. Registro de ingreso de pacientes y diagnóstico de morbilidad. 2. Normas correspondientes al padecimiento. 3. GPC-ISSSTE-526-11-EyR Extracción de cuerpo extraño de la vía aérea en niños. 4. Reporte en el SINBA-SIS y expediente clínico.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población. 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación. 7.- Mejora de Procesos.	1	1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de procesos estratégicos. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.		
48	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. CIE-10 S01 Herida de la cabeza. CIE-10 S11 Herida del cuello. CIE-10 S20 Traumatismo superficial del tórax. CIE-10 S21 Herida del tórax. CIE-10 S31 Herida del abdomen, de la región lumbosacra y de la pelvis. CIE-10 S41 Herida del hombro y del brazo. CIE-10 S51 Herida del antebrazo y del codo. CIE-10 S61 Herida de la muñeca y de la mano. CIE-10 S71 Herida de la cadera y del muslo. CIE-10 S81 Herida de la pierna. CIE-10 S91 Herida del tobillo y del pie. CIE-9-MC 00.F9 Curación de herida. Intervención 163 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Curación y suturas de lesiones traumáticas de tejidos blandos	Existencia de casos. 1. Existencia de protocolo específico de atención y programa para la curación y suturas de lesiones traumáticas de tejidos blandos.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas de urgencias (inicial, de evolución, carta de consentimiento informado, interconsulta y de referencia/traslado en su caso).	1	Verificar: 1. Registro de ingreso de pacientes y diagnóstico de morbilidad. 2. Normas correspondientes al padecimiento. 3. Reporte en el SINBA-SIS y expediente clínico.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población. 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación. 7.- Mejora de Procesos.	1	1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de procesos estratégicos. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.		

JCSSA001401		HOSPITAL REGIONAL COCULA		URGENCIAS HG					
Normatividad aplicable	Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL	
		Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental	
		El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:	
								MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
								Criterios y Subcriterios	
49	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. GPC-SSA-002-08-EyR Atención inicial del traumatismo craneoencefálico en pacientes menores de 18 años. GPC-SS-016-08-EyR Detección y manejo inicial de la lesión craneal traumática aguda en el adulto en el primer nivel de atención. CIE-10 S00.0 Traumatismo superficial del cuero cabelludo. CIE-10 S00.9 Traumatismo superficial de la cabeza, parte no especificada. CIE-10 S06.0 Contusión. Intervención 164 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento del traumatismo craneoencefálico leve	1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención y programa para el diagnóstico y tratamiento del traumatismo craneoencefálico leve.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas de urgencias (inicial, de evolución, carta de consentimiento informado, interconsulta y de referencia/traslado en su caso). 3. Apego a las GPC-SSA-002-08-EyR Atención inicial del traumatismo craneoencefálico en pacientes menores de 18 años. GPC-SS-016-08-EyR Detección y manejo inicial de la lesión craneal traumática aguda en el adulto en el primer nivel de atención.	1	Verificar: 1. Registro de ingreso de pacientes y diagnóstico de morbilidad. 2. Normas correspondientes al padecimiento. 3. GPC-SSA-002-08-EyR Atención inicial del traumatismo craneoencefálico en pacientes menores de 18 años. GPC-SS-016-08-EyR Detección y manejo inicial de la lesión craneal traumática aguda en el adulto en el primer nivel de atención. 4. Reporte en el SINBA-SIS y expediente clínico.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población. 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación. 7.- Mejora de procesos. 1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de procesos estratégicos. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
50	NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica. NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. GPC-SS-744-15-EyR Intervenciones de enfermería para la prevención de quemaduras en el hogar en menores de 5 años de edad en el primer nivel de atención. GPC-SS-090-08-EyR Diagnóstico y tratamiento inicial de quemaduras en menores de 18 años en el primer nivel de atención. GPC-SSSTE-678-13-EyR Atención pre hospitalaria al paciente gran quemado adulto. GPC-IMSS-453-11-EyR Evaluación y manejo inicial del niño gran quemado. GPC-IMSS-040-08-EyR Atención al paciente quemado. CIE-10 T22.1 quemadura solar, no especificada. CIE-10 T20.1 quemadura de la cabeza y del cuello, de primer grado. CIE-10 T21.1 quemadura del tronco, de primer grado. CIE-10 T22.1 quemadura del hombro y miembro superior, de primer grado, excepto de la muñeca y de la mano. CIE-10 T23.1 quemadura de la muñeca y de la mano, de primer grado. CIE-10 T24.1 quemadura de la cadera y miembro inferior, de primer grado, excepto tobillo y pie. CIE-10 T25.1 quemadura del tobillo y del pie, de primer grado. CIE-10 T29.1 quemaduras de múltiples regiones, mencionadas como de no más de primer grado. CIE-10 T30.1 quemadura de primer grado, región del cuerpo no especificada. CIE-9-MC 00.F9 Curación de herida. Intervención 165 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Manejo en urgencias de quemaduras de primer grado	Existencia de casos. 1. Existencia de protocolo específico de atención y programa para el diagnóstico y tratamiento de quemaduras de primer grado.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas de urgencias (inicial, de evolución, carta de consentimiento informado, interconsulta y de referencia/traslado en su caso). 3. Apego a las GPC-SS-744-15-EyR Intervenciones de enfermería para la prevención de quemaduras en el hogar en menores de 5 años de edad en el primer nivel de atención. GPC-SS-090-08-EyR Diagnóstico y tratamiento inicial de quemaduras en menores de 18 años en el primer nivel de atención. GPC-SSSTE-678-13-EyR Atención pre hospitalaria al paciente gran quemado adulto. GPC-IMSS-453-11-EyR Evaluación y manejo inicial del niño gran quemado. GPC-IMSS-040-08-EyR Atención al paciente quemado.	1	Verificar: 1. Registro de ingreso de pacientes y diagnóstico de morbilidad. 2. Normas correspondientes al padecimiento. 3. GPC-SS-744-15-EyR Intervenciones de enfermería para la prevención de quemaduras en el hogar en menores de 5 años de edad en el primer nivel de atención. GPC-SS-090-08-EyR Diagnóstico y tratamiento inicial de quemaduras en menores de 18 años en el primer nivel de atención. GPC-SSSTE-678-13-EyR Atención pre hospitalaria al paciente gran quemado adulto. GPC-IMSS-453-11-EyR Evaluación y manejo inicial del niño gran quemado. GPC-IMSS-040-08-EyR Atención al paciente quemado. 4. Reporte en el SINBA-SIS, SUIVE y expediente clínico.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población. 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación. 7.- Mejora de procesos. 1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de procesos estratégicos. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
51	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. GPC-SS-008-08-EyR Atención del paciente con esguince cervical en el primer nivel. CIE-10 S13.4 Esguinces y torceduras de la columna cervical. CIE-9-MC 93.52 Aplicación de reposte cervical. Intervención 166 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento de esguince cervical	Existencia de casos. 1. Existencia de protocolo específico de atención y programa para el diagnóstico y tratamiento de esguince cervical.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas de urgencias (inicial, de evolución, carta de consentimiento informado, interconsulta y de referencia/traslado en su caso). 3. Apego a la GPC-SS-008-08-EyR Atención del paciente con esguince cervical en el primer nivel.	1	Verificar: 1. Registro de ingreso de pacientes y diagnóstico de morbilidad. 2. Normas correspondientes al padecimiento. 3. GPC-SS-008-08-EyR Atención del paciente con esguince cervical en el primer nivel. 4. Reporte en el SINBA-SIS y expediente clínico.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población. 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación. 7.- Mejora de procesos. 1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de procesos estratégicos. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN									
JCSSA001401		HOSPITAL REGIONAL COCULA							
URGENCIAS HG									
Normatividad aplicable	Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL	
		Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental	
		El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:	
								MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
								Criterios y Subcriterios	
52	NOM-004-SSA3-2012 del Expediente clínico. CIE-10 S43.4 Esguinces y torceduras de la articulación del hombro. CIE-10 S43.5 Esguinces y torceduras de la articulación acromio clavicular. CIE-9-MC 93.56 Aplicación de vendaje de presión. CIE-9-MC 93.59 Otra inmovilización, presión y cuidado de herida. Intervención 167 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento de esguince de hombro	Existencia de casos. 1. Existencia de protocolo específico de atención y programa para el diagnóstico y tratamiento de esguince de hombro.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas de urgencias (inicial, de evolución, carta de consentimiento informado, interconsulta y de referencia/traslado en su caso).	1	Verificar: 1. Registro de ingreso de pacientes y diagnóstico de morbilidad. 2. Normas correspondientes al padecimiento. 3. Reporte en el SINBA-SIS y expediente clínico.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población. 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación. 7.- Mejora de Procesos. 1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de procesos estratégicos. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
53	NOM-004-SSA3-2012. Del expediente clínico. GPC-IMSS-198-10-Eyr Diagnóstico y tratamiento de lesiones traumáticas de codo en el adulto. CIE-10 S53.4 Esguinces y torceduras del codo. CIE-9-MC 93.54 Aplicación de férula. CIE-9-MC 93.59 Otra inmovilización, presión y cuidado de herida. Intervención 168 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento de esguince de codo	Existencia de casos. 1. Existencia de protocolo específico de atención y programa para el diagnóstico y tratamiento de esguince de codo.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas de urgencias (inicial, de evolución, carta de consentimiento informado, interconsulta y de referencia/traslado en su caso). 3. Apego a la GPC-IMSS-198-10-Eyr Diagnóstico y tratamiento de lesiones traumáticas de codo en el adulto.	1	Verificar: 1. Registro de ingreso de pacientes y diagnóstico de morbilidad. 2. Normas correspondientes al padecimiento. 3. GPC-IMSS-198-10-Eyr Diagnóstico y tratamiento de lesiones traumáticas de codo en el adulto. 4. Reporte en el SINBA-SIS y expediente clínico.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población. 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación. 7.- Mejora de Procesos. 1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de procesos estratégicos. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
54	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. GPC-IMSS-065-08-Eyr Diagnóstico y manejo integral de las lesiones traumáticas de mano en el adulto. CIE-10 S63.5 Esguince y torcedura de la muñeca. CIE-10 S63.6 Esguinces y torceduras de dedo(s) de la mano. CIE-10 S63.7 Esguinces y torceduras de otras partes y de las no especificadas de la muñeca y de la mano. CIE-9-MC 93.54 Aplicación de férula. Intervención 169 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento de esguince de muñeca y mano	Existencia de casos. 1. Existencia de protocolo específico de atención y programa para el diagnóstico y tratamiento de esguince de muñeca y mano.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas de urgencias (inicial, de evolución, carta de consentimiento informado, interconsulta y de referencia/traslado en su caso). 3. Apego a la GPC-IMSS-065-08-Eyr Diagnóstico y manejo integral de las lesiones traumáticas de mano en el adulto.	1	Verificar: 1. Registro de ingreso de pacientes y diagnóstico de morbilidad. 2. Contar con las normas correspondientes al padecimiento. 3. Contar con la GPC-IMSS-065-08-Eyr Diagnóstico y manejo integral de las lesiones traumáticas de mano en el adulto. 4. Reporte en el SINBA-SIS y expediente clínico.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población. 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación. 7.- Mejora de Procesos. 1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de procesos estratégicos. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
55	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. GPC-IMSS-388-10-Eyr Manejo de las lesiones ligamentarias de la rodilla. CIE-10 S83.4 Esguinces y torceduras que comprometen los ligamentos laterales (externo) (interno) de la rodilla. CIE-10 S83.5 Esguinces y torceduras que comprometen el ligamento cruzado (anterior) (posterior) de la rodilla. CIE-10 S83.6 Esguinces y torceduras de otras partes y las no especificadas de la rodilla. CIE-9-MC 93.51 Aplicación de vendaje enyesado. CIE-9-MC 93.54 Aplicación de férula. Intervención 170 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento conservador de esguince de rodilla	Existencia de casos. 1. Existencia de protocolo específico de atención y programa para el diagnóstico y tratamiento de esguince de rodilla.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas de urgencias (inicial, de evolución, carta de consentimiento informado, interconsulta y de referencia/traslado en su caso). 3. Apego a la GPC-IMSS-388-10-Eyr Manejo de las lesiones ligamentarias de la rodilla.	1	Verificar: 1. Registro de ingreso de pacientes y diagnóstico de morbilidad. 2. Normas correspondientes al padecimiento. 3. GPC-IMSS-388-10-Eyr Manejo de las lesiones ligamentarias de la rodilla. 4. Reporte en el SINBA-SIS y expediente clínico.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población. 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación. 7.- Mejora de Procesos. 1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de procesos estratégicos. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN										CAUSES-2N-2016			
JCSSA001401		HOSPITAL REGIONAL COCULA											
Normatividad aplicable		Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
			Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental			Criterios y Subcriterios	
			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:				
56	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. GPC-IMSS-034-08-Eyr Diagnóstico y manejo del esguince de tobillo en la fase aguda para el primer nivel de atención. CIE-10 S93.4 Esguinces y torceduras del tobillo. CIE-10 S93.5 Esguinces y torceduras de dedo(s) del pie. CIE-10 S93.6 Esguinces y torceduras de otros sitios y de los no especificados del pie. CIE-9-MC 93.51 Aplicación de vendaje enyesado. CIE-9-MC 93.54 Aplicación de férula. Intervención 171 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento de esguince de tobillo y pie	Existencia de casos.1. Existencia de protocolo específico de atención y programa para el diagnóstico y tratamiento de esguince de tobillo y pie.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas de urgencias (inicial, de evolución, carta de consentimiento informado, interconsulta y de referencia/traslado en su caso). 3. Apego a la GPC-IMSS-034-08-Eyr Diagnóstico y manejo del esguince de tobillo en la fase aguda para el primer nivel de atención.	1	Verificar: 1. Registro de ingreso de pacientes y diagnóstico de morbilidad/mortalidad. 2. Normas correspondientes al padecimiento. 3. GPC-IMSS-034-08-Eyr Diagnóstico y manejo del esguince de tobillo en la fase aguda para el primer nivel de atención. 4. Reporte en el SINBA-SIS y expediente clínico.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población. 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación. 7.- Mejora de Procesos.	1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de procesos estratégicos. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
57			Verificar que se tenga acceso al procedimiento documentado para la identificación del paciente Acción Esencial 1 (A, B, D).	1	Verificar que: 1. El personal de salud identifica al paciente en el momento en que este solicita la atención y previo a la realización de procedimientos, 2. La identificación se hace con dos identificadores que siempre serán, por lo menos, el nombre completo del paciente y la fecha de nacimiento (año, mes y día), 3. El personal de salud comprueba el nombre completo del paciente y fecha de nacimiento 4. En caso de que el paciente no esté consciente o en pacientes con cualquier tipo de discapacidad que impida la comunicación, los datos se validan con su familiar, antes de realizar cualquier procedimiento al paciente.	1	Verificar: 1. Que se cuenta con elementos para la identificación (tarjeta de cabecera o pie de cama o brazaletes o pulsera) 2. La identificación del paciente en soluciones intravenosas y dispositivos 3. Que los registros del área (nota de primera vez y notas de atención subsecuente, consentimientos informados, hojas diarias) cuenten con los dos identificadores.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población. 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación. 7.- Mejora de Procesos.	1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de procesos estratégicos. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

JCSSA001401		HOSPITAL REGIONAL COCULA		URGENCIAS HG									
Normatividad aplicable		Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
			Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental			Criterios y Subcriterios	
			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:				
58	ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/09/17.	Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente	Verificar que el área cuente con un procedimiento documentado para la comunicación efectiva Acción Esencial 2 (A, B, C, D, F, G) definido y aplicado al establecimiento.	1	Verificar que: 1. se cuente con una bitácora específica para el registro de órdenes verbales y/o telefónicas, 2. se conoce y sigue el procedimiento establecido de Escuchar-Repetir-Confirmar-Transcribir, la comunicación durante la transferencia, referencia, contra referencia y egreso.	1	Verificar registros de supervisión de seguimiento, llenado de la bitácora específica de registro de órdenes verbales y/o telefónicas, llenado en expediente clínico.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población. 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación. 7.- Mejora de Procesos.	1	1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de procesos estratégicos. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.		
59			Verificar que el establecimiento cuente con un procedimiento documentado para la seguridad en el proceso de medicación Acción Esencial 3 (A, B, C, D, E, F, G, H, I) definido y aplicado al establecimiento.	1	Verificar que: 1. Se tenga acceso al procedimiento para la seguridad en el proceso de medicación 2. El personal conozca lo relativo al procedimiento de seguridad en el proceso de medicación en las fases de: Prescripción, transcripción, dispensación, recepción y almacenamiento y administración de medicamentos 3. Que sepan la doble verificación en la preparación administración de medicamentos de alto riesgo 4. Notificación de eventos adversos relacionados con la medicación.	1	Verificar 1. La existencia de alertas visuales en medicamentos con aspecto o nombre parecido. 2. Que se cuente con la lista de medicamentos con aspecto y nombre parecido.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población. 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación. 7.- Mejora de Procesos.	1	1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de procesos estratégicos. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.		
60			Verificar que el área cuente con un procedimiento documentado para la seguridad en los procedimientos: Acción Esencial 4B definido y aplicado al establecimiento.	1	Verificar que se conozca y aplique el procedimiento que incluye: a. Aplicación del Tiempo Fuera para procedimientos fuera de quirófano. b. Que personal cuente con la capacitación para su aplicación.	1	Verificar: 1. Registros de supervisión de seguimiento 2. Constancias de capacitación o listas de asistencia.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población. 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación. 7.- Mejora de Procesos.	1	1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de procesos estratégicos. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.		
61			CARRO ROJO UNIDAD DE URGENCIAS : Verificar que cuenten con el carro rojo para el manejo del paro cardiorespiratorio.	1	Verificar: 1. Que existan los insumos requeridos para el ABC de la reanimación cardiorespiratoria. (Ver desglöse) 2. Que la caducidad del material y medicamentos este vigente. 3. Que los insumos sean suficientes para la atención. 4. Que el personal conozca el manejo del monitor desfibrilador y las maniobras de reanimación cardiorespiratoria. 5. Que estén identificados los medicamentos de alto riesgo y electrolitos.	1	Verificar: 1. Bitácora de control del carro para el manejo del paro cardiorespiratorio firmada por el responsable de turno. 2. Registro histórico del abastecimiento oportuno y completo del contenido del carro para para el manejo del paro cardiorespiratorio. 3. Registro de la prueba del trazo isoelectrico semanalmente. 4. Bitácora de mantenimiento del monitor-desfibrilador. 5. Protocolo de manejo de los medicamentos de alto riesgo y electrolitos.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población. 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación. 7.- Mejora de Procesos.	1	1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de procesos estratégicos. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.		
Equipo Médico y elementos complementarios													
62			Monitor-Desfibrilador Marcapaso con paletas para adulto y pediátricas.	1	Verificar: 1. Existencia de un Programa para la Gestión del Equipo y Tecnología Biomédica 2. Que el equipo médico se encuentre funcionando y en buenas condiciones.	1	Verificar: 1. Identificación del inventario del equipo médico 2. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo del equipo médico.	1	4.- Planeación. 7.- Mejora de procesos.	1	4.1 Planeación estratégica. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.		
63			Tanque de oxigeno con regulador y manómetro	1	Verificar existencia, que se encuentre lleno y con fecha de última recarga de oxígeno y fecha de vencimiento o caducidad.	1	Verificar existencia, que se encuentre lleno y con fecha de última recarga de oxígeno y fecha de vencimiento o caducidad.	1					
64			Tabla de reanimación (Por lo menos 50 x 60 x 1.0 cm).	1	Verificar existencia y que se encuentre en buenas condiciones.	1	Verificar existencia y que se encuentre en buenas condiciones.	1					
Insumos de Carro Rojo Urgencias													
Primer Cajón													
65			Agua inyectable.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1					
66			Adenosina solución inyectable 6 mg/2 ml.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1					
67			Adrenalina (epinefrina) solución inyectable 1 mg / 1 ml.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1					
68			Amiodarona solución inyectable 150 mg / 3 ml.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1					
69			Atropina solución inyectable 1 mg /1 ml.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1					
70			Bicarbonato de sodio solución inyectable al 7.5% (0.75 g).	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1					

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN											CAUSES-2N-2018	
JCSSA001401			HOSPITAL REGIONAL COCULA									
URGENCIAS HG												
Normatividad aplicable	Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental			Criterios y Subcriterios	
		El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:				
71		Diazepam solución inyectable 10 mg / 2 ml o Midazolam solución inyectable 5 mg / ml		1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.		1	Verificar sistema de abasto.		1		
72		Dobutamina solución inyectable 250 mg. *		1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.		1	Verificar sistema de abasto.		1		
73		Dopamina solución inyectable 200 mg / 5 ml. *		1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.		1	Verificar sistema de abasto.		1		
								4.- Planeación		4.1 Planeación		

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN													
JCSSA001401		HOSPITAL REGIONAL COCULA											
URGENCIAS HG													
Normatividad aplicable		Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
			Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental				
			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:				
74	Guía de equipamiento para carros rojos de CENETEC 2016	CARRO ROJO	Ésmolol solución inyectable 2.5 g / 10 ml *	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	7.- Mejora de procesos	7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
75			Vecuronio solución inyectable 4 mg/ml.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1					
76			Gluconato de Calcio solución inyectable al 10%.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1					
77			Glucosa solución inyectable al 50% (adultos y pediatría)	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4.- Planeación estratégica. 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
78			Hidrocortisona solución inyectable 100 mg.*	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1					
79			Metilprednisolona solución inyectable 40 mg. *	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1					
80			Nitroglicerina solución intravenosa 50 mg /10 ml *	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1					
81			Nitroprusiato de sodio solución inyectable 50 mg*	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1					
82			Sulfato de Magnesio solución inyectable 1g / 10 ml.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1					
83			Lidocaina solución inyectable al 2%.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1					
Segundo Cajón													
84			Parches para electrodo (adulto, pediátricos, neonatales).	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1			4.- Planeación estratégica. 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.	
85			Catéter para vena periférica (17,18, 20, 22, 24 fr)	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1					
86			Llave de tres vías.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1					
87			Sonda de aspiración.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1					
88			Jeringas de 5, 10, 20 ml.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1					
89			Agujas hipodérmicas.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1					
90	Equipo de venoclisis con microgotero.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1							
91	Equipo de venoclisis con normogotero.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1							
Tercer Cajón													
92	Cánulas endotraqueales: N° 2.5, 3.0, 3.5, 4.0, 4.5, 5.0, 6.5, 7.0, 7.5, 8.0, 8.5, 9.0, 9.5 mm. En caso de neonatos: 2.5 a 4.5 mm.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4.- Planeación estratégica. 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.					
93	Catéter umbilical.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1							
94	Aguja intraósea (14,16,18).	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1							
95	Guía metálica para cánulas endotraqueales (adulto y pediátrico).	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1							
96	Lidocaina con atomizador manual al 10%.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1							
97	Cánulas de Guedel: 3, 4, 5.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1							
98	Mango de laringoscopio.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1							
99	Hojas rectas: 0, 1, 2.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1							
100	Hojas curvas: 1, 2, 3, 4.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1							
101	Guantes.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1							
Cuarto Cajón													
102	Bolsa autoinflable para reanimación neonatal, pediátrica y adulto.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4.- Planeación estratégica. 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.					
103	Mascarillas: neonatales (premature, término), 2, 3.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1							
104	Mascarilla laríngea (1.0,1.5, 2.0,2.5,3.0,4.0). En UCIN solo número 1 y 1.5.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1							
105	Extensión para oxígeno.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1							
106	Puntas nasales.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1							
107	Solución Hartmann inyectable 500 ml.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1							
108	Solución de cloruro de sodio inyectable al 0.9% 500 ml.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1							
109	Solución glucosada inyectable al 5% 250 ml.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1							
110	Coloide solución inyectable 500 ml.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1							
				109					110	104			
CALIFICACIÓN URGENCIAS HG		99.69%											
CAUSAS-2N-2018													

JCSA001401		HOSPITAL REGIONAL COCULA		URGENCIAS HMI		MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD			
Normatividad aplicable		Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Criterios a evaluar PROCESO		Criterios a evaluar DOCUMENTAL		
			Evidencia Observacional		Evidencia Observacional		Evidencia Documental		
			El evaluador deberá:		El evaluador deberá:		El evaluador deberá:		
			Puntaje		Puntaje		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
								Criterios y Subcriterios	
1	NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 1.5.1.10, 6.6.9.1.1, 6.6.9.1.2.10, 6.6.9.1.2.11, 6.6.9.1.2.12. NOM-002-STPS-2010, en su numeral 7.17. NOM-003-SEGOB-2011, en su numeral 5. NOM-030-SSA3-2013, en su numeral 6.4.1.1, 6.4.6, 6.8. NOM-027-SSA3-2013, en su numeral 5.5. NOM-045-SSA2-2005, en su numeral 10.6.7.5 ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/09/17. AESP 5B y 6C.	Verificar: 1. Existencia de señalización. 2. Que cuente con señalamiento de emergencia para protección civil. 3. Que el punto de reunión esté delimitado e identificado.	1	Verificar: 1. Que se ubique en la planta baja del establecimiento. 2. Que el servicio y sus áreas estén señalizadas e identificadas. 3. Que las instalaciones estén limpias. 4. Que la iluminación y ventilación sean adecuadas. 5. Que la instalaciones hidrosanitarias y eléctricas se encuentren en buen estado. 6. Que este establecida la ruta de evacuación y salida de emergencia. Verificar que el personal conozca la salida de emergencia mas cercana 7. Que este actualizado el directorio de establecimientos para la atención médica para la referencia de pacientes. 8. Los factores del entorno arquitectónico asociados a riesgo de caídas de pacientes.	1	Verificar: 1. Bitácora de aseo y limpieza firmada por turno y por supervisor o jefe del servicio. 2. Bitácora del mantenimiento preventivo y correctivo de la estructura e instalaciones.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
2		Verificar: 1. Existencia de sanitarios para el personal, pacientes y público en general. 2. Lavabo con el cartel de la técnica de higiene de manos. 3. Verificar calidad de agua.	1	Verificar: 1. Que los sanitarios sean independientes para hombres y mujeres. 2. Existencia de papel sanitario y bote de campana o de pedal para basura. 3. Que se disponga de un inodoro y lavabo para uso de personas con discapacidad. 4. Que no exista fugas de agua o drenaje. 5. Que se encuentren limpios e higiénicos. 6. Abasto e insumos para la higiene de manos: jabón (líquido o gel), toallas desechables. 7. Evaluar la técnica de higiene de manos.	1	Verificar: 1. Registro y control del sistema de abasto de los insumos para la higiene de manos. 2. Bitácora de limpieza firmada por turno y por supervisor o jefe del servicio. 3. Bitácora del mantenimiento preventivo y correctivo de la estructura. 4. Registro de la evaluación al personal en la técnica para la higiene de manos.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
3		Verificar existencia de la sala de espera. 2. En su caso que cuente con aire acondicionado 3. Que cuente con extintores.	1	Verificar: 1. Que el mobiliario se encuentre en buen estado. 2. Que se reserve como mínimo, un asiento para personas con muletas o bastones. 3. Que los extintores estén colocados de acuerdo a la NOM-002-STPS-2010 y la fecha de la carga este vigente. 4. Que funcione el aire acondicionado. 6. Que el personal tenga conocimiento del uso de los extintores de acuerdo con la normativa e identifique las situaciones para su uso. 7. Instrucciones de seguridad aplicables en cada área y al alcance de los trabajadores 8. Que no se almacenen materiales o coloquen objetos que obstruyan e interfieran el acceso al equipo contra incendios.	1	Verificar: 1. Inventario de mobiliario. 2. Bitácora del mantenimiento preventivo y correctivo de la estructura, del aire acondicionado y del mobiliario. 3. Registro y calendario de la recarga de los extintores. 4. Registro de la capacitación del uso del manejo de extintores. 5. Manual de manejo de extintores.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
4	NOM-087-ECOL-SSA1-2002, en su numeral 4 y 6	Verificar existencia de contenedores para el manejo del R.P.B.I.	1	Verificar: 1. Que la señalización de la circulación de los contenedores este colocada del área generadora hacia el almacén temporal. 2. Que los R.P.B.I. estén identificados y separados en los contenedores correspondientes de acuerdo a sus características físicas y biológico infecciosas. 3. Verificar que el personal conozca el horario de recolección de R.P.B.I. así como la ruta.	1	Verificar: 1. Bitácora de registro de la recolección del R.P.B.I. con los datos específicos como fecha, peso, tipo de residuo, firma del responsable del área y firma del responsable de la recolección.	1	4.- Planeación 5.- Responsabilidad social 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
5	NOM-001-SEDE-2012, artículo 517, en su numeral 517-30	Verificar: 1. Que el circuito eléctrico esté conectado a la planta de emergencia. 2. Que se cuente con contactos grado hospital con un color distintivo o una marca.	1	Verificar: 1. Revisar en el área su funcionamiento a través del equipo conectado a los contactos grado hospital.	1	No aplica	NA	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
6	NOM-027-SSA3-2013, en su numeral 7.5	Verificar existencia de sala de operaciones disponible, banco de sangre o servicio de transfusión, laboratorio clínico, servicio de radiología.	1	Verificar: 1. Que la atención de los servicios sea las 24 horas del día los 365 días del año.	1	Verificar: 1. Registro de procedimientos quirúrgicos. 2. Expediente clínico con los resultados de laboratorio y gabinete integrados e interpretados, así como solicitud de hemoderivados.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
7	NOM-027-SSA3-2013, en su numeral 1.7.1 NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 6.6.9.1.1	Verificar existencia de acceso para ambulancias.	1	Verificar: 1. Que este ubicado en el exterior del establecimiento. 2. Que los señalamientos sean suficientes para orientar a los usuarios.	1	No aplica	NA	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
8	NOM-030-SSA3-2013, en su numeral 6.2.1. NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 6.6.9.1.1.	Verificar: 1. Existencia de rampas para el acceso de pacientes.	1	Verificar: 1. Que las rampas tengan protección lateral. 2. Que los señalamientos sean de tipo luminoso y con letras en relieve. 3. Que el piso de las rampas sea firme, uniforme y antiderrapante, evitando acumulación de agua en descansos.	1	No aplica	NA	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
9	NOM-027-SSA3-2013, en su numeral 7. NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 6.6.9.1.2.1	Verificar existencia de estación de camillas y sillas de ruedas.	1	Verificar: 1. Que su ubicación este junto al pasillo de acceso de ambulancias y vehículos.	1	No aplica	NA	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
10	NOM-027-SSA3-2013, en su numeral 7. NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 6.6.9.1.2.2	Verificar: 1. Existencia de módulo de recepción y control. 2. Que cuente con señalización.	1	Verificar: 1. Que su ubicación pueda ser fácilmente identificado por los usuarios.	1	No aplica	NA	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.

JCSSA001401		HOSPITAL REGIONAL COCULA											
Normatividad aplicable		Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
			Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental			Criterios y Subcriterios	
			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:				
11	NOM-027-SSA3-2013, en su numeral 7 y en su apéndice B.4. NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 6.6.9.1.2.6 y en su apéndice Q. NOM-045-SSA2-2005, en su numeral 10.6.4	Área de hidratación	Verificar: 1. Que cuente con el siguiente mobiliario: asiento acolchado, bote para basura tipo municipal (bolsa de cualquier color excepto rojo o amarillo), lavabo con cartel de higiene de manos, mesa de trabajo con tarja, mesa tipo Karam con colchoneta, mueble para guarda de equipo e insumos.	1	Verificar: 1. Que el equipo y el mobiliario se encuentren en buenas condiciones físicas, sin zonas de oxidación o deterioro. 2. Evaluar la técnica de higiene de manos. 3. Abasto e insumos para la higiene de manos: jabón (líquido o gel), toallas desechables.	1	Verificar: 1. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo. 2. Registro y control del sistema de abasto de los insumos para la higiene de manos. 3. Registro de calibración del esfigmomanómetro. 4. Registro de la evaluación al personal en la técnica para la higiene de manos. 5. Inventario de mobiliario.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
			Verificar que cuente con el siguiente equipo: báscula pesa bebé, dosificador de oxígeno con humidificador, esfigmomanómetro con brazalete pediátrico, estetoscopio	1	Verificar: 1. Que el equipo y el mobiliario funcionen. 2. Que la báscula esté bien calibrada.	1	Verificar: 1. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo. 2. Registro de calibración de las básculas por jornada laboral. 3. Registro de calibración del esfigmomanómetro. 4. Registro del procedimiento de esterilización y desinfección de los equipos de apoyo respiratorio no invasivo (registrarse la fecha y hora de cambio). 5. Inventario de equipo.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
12													
13			Verificar: 1. Existencia de dos áreas: una destinada a la entrevista y la otra a la exploración física del paciente. 2. Que cuenten con un espacio físico para la clasificación de prioridades para la atención de urgencias médicas (triage).	1	Verificar: 1. Que sea un médico quien valore y establezca las prioridades de atención del paciente. 2. Que las prioridades para la atención de urgencias para los pacientes (semaforización), estén señalizadas (mediante cartel).	1	Verificar: 1. Sistema de clasificación de urgencias (aplicación, organización, medición y evaluación). 2. Protocolos de clasificación de prioridades para la atención de urgencias médicas que se determinen las necesidades de atención de los pacientes. 3. GPC Triage hospital de 1er contacto en los servicios de urgencias adultos para el 2do y 3er nivel.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
			Verificar existencia del siguiente equipo médico: 1. Esfigmomanómetro aneroide portátil con brazalete de tamaño que requiera para su actividad principal. 2. Estetoscopio de cápsula doble. 3. Estetoscopio de Pinard o fonodetector portátil de latidos fetales. 4. Estuche de diagnóstico que incluya oftalmoscopio, otoscopio y faringoscopio. 5. Lámpara de examen con fuente de luz de fibra óptica o LED. 6. Glucometro, 7. Plícometro para valoración nutricional, 8. Negatoscopio, 9. Cinta métrica ahulada, 10. Termómetro clínico, 11. Báscula pesa bebé y 12. Cardiotocógrafo.	1	Verificar: 1. Existencia de un Programa para la Gestión del Equipo y Tecnología Biomédica 2. Que el equipo médico se encuentre funcionando y en buenas condiciones.	1	Verificar: 1. Inventario del equipo médico. 2. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo del equipo médico 3. Informe de calibración de las básculas, termómetro clínico y esfigmomanómetro, presentando los certificados vigentes de los instrumentos de prueba que a su vez deberán estar calibrados con trazabilidad a patrones nacionales. De conformidad con lo establecido por la Secretaría de Economía a través de la Dirección General de Normatividad así como por el Centro Nacional de Metrología.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
14	NOM-027-SSA3-2013, en su numeral 5.3 y 6.2.1. NOM-027-SSA3-2013, en su numeral 7 y en su apéndice B. NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 6.6.9.1.2.3 y en su apéndice Q.	Consultorios o cubículos para valoración y determinación de prioridades de atención											
15			Verificar: 1. Existencia del siguiente mobiliario: escritorio para el médico, asiento para el paciente, elemento divisorio de material antibacteriano, mesa de exploración universal, lavabo con cartel de la técnica de higiene de manos, asiento giratorio, banqueta de altura, bote para basura tipo municipal.	1	Verificar: 1. Que el mobiliario se encuentren en buenas condiciones de pintura, sin zonas de oxidación o deterioro. 2. Que el mobiliario funcione. 3. Evaluar la técnica de higiene de manos. 4. Abasto e insumos de higiene de manos: jabón (líquido o gel), toallas desechables.	1	Verificar: 1. Inventario de mobiliario. 2. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo del mobiliario. 3. Registro y control del sistema de abasto de los insumos para la higiene de manos. 4. Registro de la evaluación al personal en la técnica para la higiene de manos.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
16			Verificar: 1. Existencia de dos áreas: una destinada a la entrevista y la otra a la exploración física del paciente. 2. Que cuenten con un espacio físico para la clasificación de prioridades para la atención de urgencias médicas (triage).	1	Verificar: 1. Que sea un médico quien valore y establezca las prioridades de atención del paciente. 2. Que las prioridades para la atención de urgencias para los pacientes (semaforización), estén señalizadas (mediante cartel).	1	Verificar: 1. Sistema de clasificación de urgencias (aplicación, organización, medición y evaluación). 2. Protocolos de clasificación de prioridades para la atención de urgencias médicas que se determinen las necesidades de atención de los pacientes. 3. GPC Triage hospital de 1er contacto en los servicios de urgencias adultos para el 2do y 3er nivel.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
17	Lineamiento técnico. Triage obstétrico 2016. Centro Nacional de Equidad y Género y Salud Reproductiva.	Triage obstétrico	Verificar existencia de área física señalizada, con iluminación adecuada.	1	Verificar: 1. Que la señalización permita la rápida identificación para el acceso al triage obstétrico. 2. Que exista acceso directo desde la sala de espera, al módulo de recepción y control, cercana al consultorio de valoración del servicio de urgencias obstétricas, al área de choque y a la unidad de tococirugía. 3. Que sea personal profesional capacitado en emergencia obstétrica quien valore y establezca las prioridades de atención de la paciente de acuerdo a lineamiento. 4. Que las prioridades para la atención de urgencias para las pacientes (semaforización), estén señalizadas (mediante cartel).	1	Verificar: 1. Bitácora de aseo y limpieza firmada por turno y por supervisor o jefe del servicio. 2. Bitácora del mantenimiento preventivo y correctivo de la estructura e instalaciones. 3. Sistema de clasificación de urgencias (aplicación, organización, medición y evaluación). 4. Protocolos de clasificación de prioridades para la atención de emergencia obstétrica, donde se determinen las necesidades de atención de las pacientes. 5. GPC Triage hospital de 1er contacto en los servicios de urgencias adultos para el 2do y 3er nivel. 6. Código rojo para emergencia obstétrica.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN										CAUSAS-2N-2018									
JCSSA001401					HOSPITAL REGIONAL COCULA														

Normatividad aplicable		Concepto	URGENCIAS HMI		Criterios a evaluar PROCESO		MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
			Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Criterios y Subcriterios	
			Evidencia Observacional	Puntaje	Evidencia Documental	Puntaje		
			El evaluador deberá:		El evaluador deberá:			
18	NOM-027-SSA3-2013, en su numeral 5.6. 7 y en su apéndice B.2. NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 6.6.9.1.2.4 y en su apéndice Q. Acuerdo CSG 60/06.03.17 por el que el Consejo de Salubridad General, declara la obligatoriedad de la implementación de las "Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente", en todos los establecimientos de atención médica del Sistema Nacional de Salud Acción Esencial 1. NOM-045-SSA2-2005, en su numeral 10.6.4, 10.6.7	Observación	Verificar: 1. Existencia del siguiente equipo: una toma fija de oxígeno por cama, una toma fija de aire comprimido por cada dos camas, una toma fija de aspiración controlada o mediante equipos portátiles, dosificador de oxígeno con humidificador empotrado al muro, termómetro clínico; 2. Que se cuente con pilas de repuesto para el termómetro clínico; 3. Monitores de tres canales: frecuencia respiratoria y tensión arterial (TA) no invasiva, con brazaletes adulto y pediátrico para TA y oximetría de pulso.	1	Verificar: 1. Que se identifique al paciente. 2. Que la permanencia de pacientes no sea más de 12 horas. 3. Que el equipo se encuentren en buenas condiciones. 4. Que el equipo funcione. 5. Que exista identificación en brazaletes y cabecera por lo menos con nombre y fecha de nacimiento del paciente, fecha y hora de ingreso, membrete en soluciones con nombre, fecha y hora de inicio y término, sondas y catéteres con membrete que contenga nombre, fecha y hora. 6. En registros de la atención y en la nota de ingreso del expediente clínico corroborar que los pacientes no permanezcan más de 12 horas en el servicio de urgencias por causas atribuibles a la atención médica.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
19			Verificar existencia del siguiente mobiliario: cama-camilla con barandales, elemento divisorio de material antibacteriano, banqueta de altura, bote para basura tipo municipal, portavenoclisis rodable.	1	Verificar: 1. Que el mobiliario se encuentren en buenas condiciones de pintura, sin zonas de oxidación o deterioro. 2. Que el mobiliario funcione.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
20	NOM-027-SSA3-2013, en su numeral 7 y en su apéndice B.6. NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 6.6.9.1.2.8 y en su apéndice Q. NOM-045-SSA2-2005, en su numeral 10.6.6, 10.6.7	Central de enfermería	Verificar: 1. Que su ubicación tenga libre y rápido acceso a las áreas en donde se encuentren internados los pacientes. 2. Que el espacio físico este libre de fuentes de contaminación. 3. Que se disponga de guarda de medicamentos, soluciones y material de curación. 4. Existencia del siguiente equipo: electrocardiógrafo móvil de 12 derivaciones, esfigmomanómetro (en su caso con brazaletes pediátrico), estetoscopio (en su caso con cápsula tamaño pediátrico), estuche de diagnóstico completo, incubadora de traslado (en su caso), incubadora para cuidados generales (en su caso), lámpara de haz dirigible, termómetros clínico; 5. Que se cuente con pilas y focos de repuesto para el estuche de diagnóstico. 6. Que se tengan baterías de repuesto para los termómetros clínicos. 7. Glucómetro y tiras reactivas. 8. Tiras reactivas para detección de proteína en orina.	1	Verificar: 1. Que el equipo se encuentren en buenas condiciones. 2. Que el equipo funcione.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
21			Verificar existencia del siguiente mobiliario: baño de artesa, bote para basura tipo municipal, carro para curación, mesa mayo con charola, mesa Pasteur, portavenoclisis rodable, caja para desinfección de instrumentos, carro porta lebrillos, coladeras cervicales semirregidos tamaños chico, mediano y grande, así como dispositivo para inmovilizar la cabeza, mostrador o escritorio, asiento para la enfermera, sistema de guarda de expedientes, mueble para guarda de equipo e insumos, lavabo con cartel con la técnica de higiene de manos, mesa alta con tarja.	1	Verificar: 1. Que el mobiliario se encuentren en buenas condiciones de pintura, sin zonas de oxidación o deterioro. 2. Que el mobiliario funcione. 3. Evaluar la técnica de higiene de manos: jabón (líquido o gel), toallas desechables.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
22			Verificar: 1. Existencia del siguiente instrumental: equipo de curaciones, lebrillos, pinza de traslado.	1	Verificar: 1. Que el instrumental de curaciones este en buenas condiciones. 2. Que el empaque del instrumental cuente con rótulo en el cual se especifique la fecha de esterilización.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
23			Verificar: 1. Existencia del siguiente equipo: esfigmomanómetro, estetoscopio, estuche de diagnóstico completo, lámpara de haz dirigible, monitor de signos vitales: electrocardiograma, presión arterial por método no invasivo, temperatura y oxímetro, ventilador mecánico.	1	Verificar: 1. Que el equipo se encuentren en buenas condiciones. 2. Que el equipo funcione.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
24	NOM-027-SSA3-2013, en su numeral 7 y en su apéndice B.3. NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 6.6.9.1.2.7 y en su apéndice Q. NOM-045-SSA2-2005, en su numeral 10.6.4, 10.6.6	Sala de choque	Verificar: 1. Existencia del siguiente mobiliario: carro camilla para adultos con barandales (de preferencia radiotransparente), elemento divisorio de material antibacteriano, mesa Pasteur, repisa para monitor de terapia intensiva de tres o cuatro canales, riel portavenoclisis, bote para basura tipo municipal, carro para curaciones, carro para ropa sucia, cubeta de acero inoxidable (bolsa amarilla), mueble para guarda de equipo e insumos. 2. Que se cuente con pilas y focos de repuesto para el estuche de diagnóstico.	1	Verificar: 1. Que el mobiliario se encuentren en buenas condiciones de pintura, sin zonas de oxidación o deterioro. 2. Que el mobiliario funcione.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
25			Verificar: 1. Existencia del siguiente instrumental: instrumental para sutura o de cirugía menor.	1	Verificar: 1. Que el instrumental este en buenas condiciones. 2. Que el empaque del instrumental para sutura o de cirugía menor este rotulado con fecha de esterilización.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN											CAUSAS-2N-2018		
JCSSA001401		HOSPITAL REGIONAL COCULA											
URGENCIAS HMI													
Normatividad aplicable		Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
			Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental			Criterios y Subcriterios	
			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:				
NOM-027-SSA3-2013, en su numeral 6. NOM-045-SSA2-2005, en su numeral 10.6.7	Organización y funcionamiento	Verificar: 1. Existencia de los manuales correspondientes al servicio: manual de organización, manual de procedimientos del servicio, manual de bioseguridad para el personal (respecto del manejo de RPBI y de los casos de enfermedades infecto-contagiosas), manual de mecánica corporal para movilización del paciente, manual de procedimientos para determinar las características, la frecuencia del aseo y limpieza del área.	1	Verificar: 1. Que los manuales sean de conocimiento y aplicación por parte del personal. 2. Que los manuales tengan los elementos requeridos. 3. Que estén actualizados. 4. Que estén autorizados por las autoridades correspondientes. 5. Que la fecha de elaboración este vigente.	1	Verificar: 1. Manual de organización. 2. Manual de procedimientos. 3. Manual de mecánica corporal. 4. Manual de bioseguridad.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.				
26													

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN									
CAUSES-2N-2018									
JCSSA001401									
HOSPITAL REGIONAL COCULA									
URGENCIAS HMI									
Normatividad aplicable	Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL	
		Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental	
		El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:	
Atención Médica									
MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD									
Criterios y Subcriterios									
27	NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica. NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. CIE-10 Z51.8 Otras atenciones médicas especificadas. Intervención 145 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Estabilización en urgencias	Existencia de casos. 1. Existencia de protocolo específico de atención y programa para el diagnóstico y tratamiento para la estabilización de pacientes en urgencias.	1	Verificar en el expediente clínico, proceso de control y seguimiento de actividades de diagnóstico, tratamiento o referencia y servicios de apoyo con registros en nota médica y reporte en el sistema de información SINBA.	1	Verificar: 1. Reporte en el SUIVE. 2. Registro en expediente clínico y reporte (físico o electrónico) del SINBA-SIS. 3. Documental o electrónica del diagnóstico y tratamiento para la estabilización del paciente en el servicio de urgencias.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
28	clínico. NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica. NOM-030-SSA2-2009 Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica. GPC-SS-155-08-EyR Atención de urgencia de crisis hipertensiva en el primer nivel de atención. GPC-IMSS-238-09-EyR Diagnóstico y manejo de la hipertensión arterial en el adulto mayor y situaciones especiales. GPC-IMSS-076-08-EyR Diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en el primer nivel de atención. CIE-10 I10X Hipertensión esencial (primaria). CIE-10 I15 Hipertensión secundaria. Intervención 146 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Estabilización en urgencias por crisis hipertensiva	Existencia de casos. 1. Existencia de protocolo específico de atención y programa para el diagnóstico y tratamiento para la estabilización en urgencias por crisis hipertensivas.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas de urgencias (inicial, de evolución, carta de consentimiento informado, interconsulta y de referencia/traslado en su caso). 3. Apego a las GPC-SS-155-08-EyR, atención de urgencia de crisis hipertensiva en el primer nivel de atención. GPC-IMSS-238-09-EyR, diagnóstico y manejo de la hipertensión arterial en el adulto mayor y situaciones especiales. GPC-IMSS-076-08-EyR, diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en el primer nivel de atención. Y normatividad correspondiente, protocolos de atención médica propios y árbol de toma de decisiones.	1	Verificar: 1. Registro de ingreso de pacientes y diagnóstico de morbilidad. 2. Normas correspondientes. 3. GPC-SS-155-08-EyR, atención de urgencia de crisis hipertensiva en el primer nivel de atención. GPC-IMSS-238-09-EyR, diagnóstico y manejo de la hipertensión arterial en el adulto mayor y situaciones especiales. GPC-IMSS-076-08-EyR, diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en el primer nivel de atención. 4. Reporte en el SUIVE, SINBA-SIS y expediente clínico.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
29	NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica. NOM-015-SSA2-2010 Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus. NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. GPC-SS-227-09-EyR Diagnóstico y tratamiento de diabetes mellitus en niños y adultos. GPC-IMSS-718-14-EyR Tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención. CIE-10 E10.0 Diabetes mellitus insulino dependiente, con coma. CIE-10 E10.1 Diabetes mellitus insulino dependiente, con cetoacidosis. CIE-10 E11.0 Diabetes mellitus no insulino dependiente, con coma. CIE-10 E11.1 Diabetes mellitus no insulino dependiente, con cetoacidosis. CIE-10 E12.0 Diabetes mellitus asociada con desnutrición, con coma. CIE-10 E12.1 Diabetes mellitus asociada con desnutrición, con cetoacidosis. CIE-10 E13.0 Otras diabetes mellitus especificadas, con coma. CIE-10 E13.1 Otras diabetes mellitus especificadas, con cetoacidosis. CIE-10 E14.0 Diabetes mellitus no especificada, con coma. CIE-10 E14.1 Diabetes mellitus no especificada, con cetoacidosis. Intervención 147 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus	Existencia de casos. 1. Existencia de protocolo específico de atención y programa para el diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas de urgencias (inicial, de evolución, carta de consentimiento informado, interconsulta y de referencia/traslado en su caso). 3. Apego a las GPC-SS-227-09-EyR, diagnóstico y tratamiento de diabetes mellitus en niños y adultos. GPC-IMSS-718-14-EyR, tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención.	1	Verificar: 1. Registro de ingreso de pacientes y diagnóstico de morbilidad. 2. Normas correspondientes. 3. GPC-SS-227-09-EyR, diagnóstico y tratamiento de diabetes mellitus en niños y adultos. GPC-IMSS-718-14-EyR, tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención. 4. Reporte en el SUIVE, SINBA-SIS y expediente clínico.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.

HOSPITAL REGIONAL COCULA									
Normatividad aplicable		Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA Evidencia Observacional El evaluador deberá:	Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO Evidencia Observacional El evaluador deberá:	Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL Evidencia Documental El evaluador deberá:	Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD Criterios y Subcriterios
	NOM-015-SSA2-2010 Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus. NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. GPC-SS-160-09-EyR Diagnóstico y tratamiento del síndrome hipergluémico hiperosmolar en adultos diabéticos tipo 2 en el segundo y tercer niveles de atención. CIE-10 E10 Diabetes mellitus insulino dependiente, con coma. CIE-10 E11.0 Diabetes mellitus no insulino dependiente, con coma. CIE-10 E12.0 Diabetes mellitus asociada con desnutrición, con coma. CIE-10 E13.0 Otras diabetes mellitus especificadas, con coma. CIE-10 E14.0 Diabetes mellitus no especificada, con coma. Intervención 148 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento del síndrome hipergluémico hiperosmolar no cetótico	Existencia de casos. 1. Existencia de protocolo específico de atención y programa para el diagnóstico y tratamiento del síndrome hipergluémico hiperosmolar no cetótico.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas de urgencias (inicial, de evolución, carta de consentimiento informado, interconsulta y/o de referencia/traslado en su caso). 3. Apego a la GPC-SS-160-09-EyR, diagnóstico y tratamiento del síndrome hipergluémico hiperosmolar en adultos diabéticos tipo 2 en el segundo y tercer niveles de atención.	1	Verificar: 1. Registro de ingreso de pacientes y diagnóstico de morbilidad. 2. Normas correspondientes. 3. GPC-SS-227-09-EyR, diagnóstico y tratamiento de cetoadicidosis diabética en niños y adultos. GPC-SS-160-09-EyR, diagnóstico y tratamiento del síndrome hipergluémico hiperosmolar en adultos diabéticos tipo 2 en el segundo y tercer niveles de atención. 4. Reporte en el SIS y expediente clínico.	1	4.- Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
30			Verificar que se tenga acceso al procedimiento documentado para la identificación del paciente Acción Esencial 1 (A, B, D).	1	Verificar que: 1. El personal de salud identifica al paciente en el momento en que este solicita la atención y previo a la realización de procedimientos, 2. La identificación se hace con dos identificadores que siempre serán, por lo menos, el nombre completo del paciente y la fecha de nacimiento (año, mes y día), 3. El personal de salud comprueba el nombre completo del paciente y fecha de nacimiento 4. En caso de que el paciente no esté consciente o en pacientes con cualquier tipo de discapacidad que impida la comunicación, los datos se validan con su familiar, antes de realizar cualquier procedimiento al paciente.	1	Verificar que: 1 cuenta con elementos para la identificación (targeta de cabecera o pie de cama o brazalete o pulsera) 2. Verificar la identificación del paciente en soluciones intravenosas y dispositivos 3. Verificar en los registros del área (nota de primera vez y notas de atención subsiguiente, consentimientos informados, hojas diarias) cuenten con los dos identificadores.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
31			Verificar que el área cuente con un procedimiento documentado para la comunicación efectiva Acción Esencial 2 (A, B, C, D, F, G) definido y aplicado al establecimiento.	1	Verificar que: 1. Se cuente con una bitácora específica para el registro de órdenes verbales y/o telefónicas, 2. se conoce y sigue el procedimiento establecido de Escuchar-Repetir-Confirmar-Transcribir, la comunicación durante la transferencia, referencia, contra referencia y egreso.	1	Verificar: 1. Registros de supervisión de seguimiento, llenado de la bitácora específica de registro de órdenes verbales y/o telefónicas, llenado en expediente clínico.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
32	Acuerdo CSG 60/06.03.17 por el que el Consejo de Salubridad General, declara la obligatoriedad de la implementación de las "Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente", en todos los establecimientos de atención médica del Sistema Nacional de Salud	Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente	Verificar que el establecimiento cuente con un procedimiento documentado para la seguridad en el proceso de medicación Acción Esencial 3 (A, B, C, D, E, F, G, H, I) definido y aplicado al establecimiento.	1	Verificar: 1. Que el personal se encuentre en su área de trabajo en el turno correspondiente, portando uniforme y gafete, desarrollando las actividades correspondientes a su formación y perfil. 2. Que corresponda el registro de entrada y salida con el horario en Plantilla de Personal. 3. Cumplir con las Capacitaciones de los Personal establecidos y las específicas de acuerdo a su competencia	1	Verificar 1. La existencia de alertas visuales en medicamentos con aspecto o nombre parecido. 2. Que se cuente con la lista de medicamentos con aspecto y nombre parecido.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
33			Verificar que el área cuente con un procedimiento documentado para la seguridad en los procedimientos: Acción Esencial 4B definido y aplicado al establecimiento.	1	Verificar que se concite y aplique el procedimiento que incluye: a. Aplicación del Tiempo Fuera para procedimientos fuera de quirófano. b. Que el personal cuente con la capacitación para su aplicación.	1	Verificar: 1. Registros de supervisión de seguimiento. 2. Constancias de capacitación o listas de asistencia.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.-Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos 1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de procesos estratégicos. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
34			Verificar: 1. Que existan los insumos requeridos para el ABC de la reanimación cardiorespiratoria. (Ver desglose) 2. Que la caducidad del material y medicamentos este vigente. 3. Que los insumos sean suficientes para la atención. 4. Que el personal conozca el manejo del monitor desfibrilador y las maniobras de reanimación cardiorespiratoria. 5. Que estén identificados los medicamentos de alto riesgo y electrolitos.	1	Verificar: 1. Bitácora de control del carro para el manejo del paro cardiorespiratorio firmada por el responsable de turno. 2. Registro histórico del abastecimiento oportuno y completo del contenido del carro para el manejo del paro cardiorespiratorio. 3. Registro de la prueba del trazo isoelectrico semanalmente. 4. Bitácora de mantenimiento del monitor-desfibrilador. 5. Protocolo de manejo de los medicamentos de alto riesgo y electrolitos.	1	Verificar: 1. Bitácora de control del carro para el manejo del paro cardiorespiratorio firmada por el responsable de turno. 2. Registro histórico del abastecimiento oportuno y completo del contenido del carro para el manejo del paro cardiorespiratorio. 3. Registro de la prueba del trazo isoelectrico semanalmente. 4. Bitácora de mantenimiento del monitor-desfibrilador. 5. Protocolo de manejo de los medicamentos de alto riesgo y electrolitos.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.-Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos 1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de procesos estratégicos. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
35			Verificar: 1. Que existan los insumos requeridos para el ABC de la reanimación cardiorespiratoria. (Ver desglose) 2. Que la caducidad del material y medicamentos este vigente. 3. Que los insumos sean suficientes para la atención. 4. Que el personal conozca el manejo del monitor desfibrilador y las maniobras de reanimación cardiorespiratoria. 5. Que estén identificados los medicamentos de alto riesgo y electrolitos.	1	Verificar: 1. Bitácora de control del carro para el manejo del paro cardiorespiratorio firmada por el responsable de turno. 2. Registro histórico del abastecimiento oportuno y completo del contenido del carro para el manejo del paro cardiorespiratorio. 3. Registro de la prueba del trazo isoelectrico semanalmente. 4. Bitácora de mantenimiento del monitor-desfibrilador. 5. Protocolo de manejo de los medicamentos de alto riesgo y electrolitos.	1	Verificar: 1. Bitácora de control del carro para el manejo del paro cardiorespiratorio firmada por el responsable de turno. 2. Registro histórico del abastecimiento oportuno y completo del contenido del carro para el manejo del paro cardiorespiratorio. 3. Registro de la prueba del trazo isoelectrico semanalmente. 4. Bitácora de mantenimiento del monitor-desfibrilador. 5. Protocolo de manejo de los medicamentos de alto riesgo y electrolitos.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.-Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos 1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de procesos estratégicos. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
36			Monitor-Desfibrilador Marcapaso con paletas para adulto y pediátricas.	1	Verificar: 1. Existencia de un Programa para la Gestión del Equipo y Tecnología Biomédica 2. Que el equipo médico se encuentre funcionando y en buenas condiciones.	1	Verificar: 1. Identificación del inventario del equipo médico 2. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo del equipo médico.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
37			Tanque de oxígeno con regulador y manómetro.	1	Verificar: 1. Existencia de un Programa para la Gestión del Equipo y Tecnología Biomédica 2. Que el equipo médico se encuentre funcionando y en buenas condiciones.	1	Verificar: 1. Identificación del inventario del equipo médico 2. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo del equipo médico.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
38			Tabla de reanimación (Por lo menos 50 x 60 x 1.0 y	1	Verificar: 1. Existencia de un Programa para la Gestión del Equipo y Tecnología Biomédica 2. Que el equipo médico se encuentre funcionando y en buenas condiciones.	1	Verificar: 1. Identificación del inventario del equipo médico 2. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo del equipo médico.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.

JCSA001401

HOSPITAL REGIONAL COCULA

Normatividad aplicable		Concepto	URGENCIAS HMI										MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
			Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje			
			Evidencia Observacional	El evaluador deberá:		Evidencia Observacional	El evaluador deberá:		Evidencia Documental	El evaluador deberá:				
			Insumos de Carro Rojo										Criterios y Subcriterios	
			Primer Cajón											
39	Guía de equipamiento para carros rojos de CENTEC 2016	Agua inyectable.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población. 3.-Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación. 7.- Mejora de Procesos.	1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de procesos estratégicos. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.					
40		Adenosina solución inyectable 6 mg/2 ml.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1							
41		Adrenalina (epinefrina) solución inyectable 1 mg / 1 ml.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1							
42		Amiodarona solución inyectable 150 mg / 3 ml.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1							
43		Atropina solución inyectable 1 mg /1 ml.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1							
44		Bicarbonato de sodio solución inyectable al 7.5% (0.75 g).	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1							
45		Diazepam solución inyectable 10 mg / 2 ml Midazolam solución inyectable 5 mg / ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1							
46		Dobutamina solución inyectable 250 mg. *	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1							
47		Dopamina solución inyectable 200 mg / 5 ml. *	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1							
48		Esmolol solución inyectable 2.5 g / 10 ml *	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1							
49		Vecuronio solución inyectable 4 mg/ml.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1							
50		Gluconato de Calcio solución inyectable al 10%.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1							
51		Glucosa solución inyectable al 50% (adultos y pediatría) 10% (neonatología)	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1							
52		Hidrocortisona solución inyectable 100 mg.*	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1							
53		Metilprednisolona solución inyectable 40 mg. *	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1							
54		Nitroglicerina solución intravenosa 50 mg /10 ml *	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1							
55		Nitroprusiato de sodio solución inyectable 50 mg*	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1							
56		Sulfato de Magnesio solución inyectable 1g / 10 ml.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1							
57		Lidocaína solución inyectable al 2%.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1							
			Segundo Cajón											
58	CARRO ROJO	Parches para electrodo (adulto, neonatales).	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.					
59		Catéter para vena periférica (17,18, 20, 22, 24 fr)	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1							
60		Llave de tres vías.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1							
61		Sonda de aspiración.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1							
62		Jeringas de 5, 10, 20 ml.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1							
63		Agujas hipodérmicas.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1							
64		Equipo de venoclisis con microgotero.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1							
65		Equipo de venoclisis con normogotero.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1							
			Tercer Cajón											
66		Cánulas endotraqueales: N° 2.5, 3.0, 3.5, 4.0, 4.5, 5.0, 6.5, 7.0, 7.5, 8.0, 8.5, 9.0, 9.5 mm. En caso de neonatos: 2.5 a 4.5 mm.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1							
67	Catéter umbilical en caso de atender urgencias neonatales	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1								
68	Aguja intraósea (14,16,18).	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1								
69	Guía metálica para cánulas endotraqueales (adulto).	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1								

JCSSA001401		HOSPITAL REGIONAL COCULA										
Normatividad aplicable	Concepto	URGENCIAS HMI										
		Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental				
		El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			Criterios y Subcriterios	
70		Lidocaina con atomizador manual al 10%.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4.- Planeación	7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica.	7.2 Administración de procesos de apoyo integral.	
71		Cánulas de Guedel: 3, 4, 5.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1					
72		Mango de laringoscopio.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1					
73		Hojas rectas: 0, 1, 2.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1					
74		Hojas curvas: 1, 2, 3, 4.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1					
75		Guantes.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1					
		Cuarto Cajón										
76		Bolsa autoinflable para reanimación neonatal y adulto.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4.- Planeación	7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica.	7.2 Administración de procesos de apoyo integral.	
77		Mascarillas: neonatales (premature, término), 2, 3.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1					
78		Mascarilla laríngea (1.0,1.5, 2.0,2.5,3.0,4.0).	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1					
79		Extensión para oxígeno.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1					
80		Puntas nasales.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1					
81		Solución Hartmann inyectable 500 ml.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1					
82		Solución de cloruro de sodio inyectable al 0.9% 500 ml.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1					
83		Solución glucosada inyectable al 5% 250 ml.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1					
84		Coloide solución inyectable 500 ml.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1					
			84					84	79			

CALIFICACIÓN URGENCIAS HMI 100.00%

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN									
CAUSES-2N-2018									

JCSSA001401 HOSPITAL REGIONAL COCULA												
URGENCIAS HP												
Normatividad aplicable	Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental			Criterios y Subcriterios	
		El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:				
1	NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 1.5.1.10, 6.6.9.1.1, 6.6.9.1.2.10, 6.6.9.1.2.11, 6.6.9.1.2.12. NOM-002-STPS-2010, en su numeral 7.17. NOM-003-SEGOB-2011, en su numeral 5. NOM-030-SSA3-2013, en su numeral 6.4.1.1, 6.4.6, 6.8. NOM-027-SSA3-2013, en su numeral 5.5. NOM-045-SSA2-2005, en su numeral 10.6.7.5ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/09/17. AESP 5B y 6C.	Requisitos Generales de Infraestructura	Verificar: 1. Existencia de señalización. 2. Que cuente con señalamiento de emergencia para protección civil. 3. Que el punto de reunión esté delimitado e identificado.	1	Verificar: 1. Que se ubique en la planta baja del establecimiento. 2. Que el servicio y sus áreas estén señalizadas e identificadas. 3. Que las instalaciones estén limpias. 4. Que la iluminación y ventilación sean adecuadas. 5. Que la instalaciones hidrosanitarias y eléctricas se encuentren en buen estado. 6. Que este establecida la ruta de evacuación y salida de emergencia. Verificar que el personal conozca la salida de emergencia mas cercana 7. Que este actualizado el directorio de establecimientos para la atención médica para la referencia de pacientes. 8. Los factores del entorno arquitectónico asociados a riesgo de caídas de pacientes.	1	Verificar: 1. Bitácora de aseo y limpieza firmada por turno y por supervisor o jefe del servicio. 2. Bitácora del mantenimiento preventivo y correctivo de la estructura e instalaciones.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.		
2			Verificar: 1. Existencia de sanitarios para el personal , pacientes y público en general. 2. Lavabo con el cartel de la técnica de higiene de manos. 3. Verificar calidad de agua.	1	Verificar: 1. Que los sanitarios sean independientes para hombres y mujeres. 2. Existencia de papel sanitario y bote de campana o de pedal para basura. 3. Que se disponga de un inodoro y lavabo para uso de personas con discapacidad. 4. Que no exista fugas de agua o drenaje. 5. Que se encuentren limpios e higiénicos. 6. Abasto e insumos para la higiene de manos: jabón (líquido o gel), toallas desechables. 7. Evaluar la técnica de higiene de manos.	1	Verificar: 1. Registro y control del sistema de abasto de los insumos para la higiene de manos. 2. Bitácora de limpieza firmada por turno y por supervisor o jefe del servicio. 3. Bitácora del mantenimiento preventivo y correctivo de la estructura. 4. Registro de la evaluación al personal en la técnica para la higiene de manos.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.		
3	NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 1.5.1.10, 6.6.9.1.1, 6.6.9.1.2.10, 6.6.9.1.2.11, 6.6.9.1.2.12. NOM-002-STPS-2010, en su numeral 7.17. NOM-003-SEGOB-2011, en su numeral 5. NOM-030-SSA3-2013, en su numeral 6.4.1.1, 6.4.6, 6.8. NOM-027-SSA3-2013, en su numeral 5.5. NOM-045-SSA2-2005, en su numeral 10.6.7.5ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/09/17. AESP 5B y 6C.		Verificar: 1. Existencia de la sala de espera. 2. En su caso que cuente con aire acondicionado. 3. Que cuente con extintores.	1	Verificar: 1. Que el mobiliario se encuentre en buen estado. 2. Que se reserve como mínimo, un asiento para personas con muletas o bastones. 3. Que los extintores estén colocados de acuerdo a la NOM-002-STPS-2010 y la fecha de la carga este vigente. 4. Que funcione el aire acondicionado. 5. Que el personal tenga conocimiento del uso de los extintores de acuerdo con la normativa e identifique las situaciones para su uso. 6. Instrucciones de seguridad aplicables en cada área y al alcance de los trabajadores. 7. Que no se almacenen materiales o coloquen objetos que obstruyan e interfieran el acceso al equipo contra incendios.	1	Verificar: 1. inventario de mobiliario. 2. Bitácora del mantenimiento preventivo y correctivo de la estructura, del aire acondicionado y del mobiliario. 3. Registro y calendario de la recarga de los extintores. 4. Registro de la capacitación del uso del manejo de extintores. 5. Manual de manejo de extintores	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.		
4	NOM-087-ECOL-SSA1-2002, en su numeral 4 y 6	Requisitos Generales de Infraestructura	Verificar existencia de contenedores para el manejo del R.P.B.I.	1	Verificar: 1. Que la señalización de la circulación de los contenedores este colocada del área generadora hacia el almacén temporal. 2. Que los R.P.B.I. estén identificados y separados en los contenedores correspondientes de acuerdo a sus características físicas y biológico infecciosas. 3. Verificar que el personal conozca el horario de recolección de R.P.B.I. así como la ruta.	1	Verificar bitácora de registro de la recolección del R.P.B.I. con los datos específicos como fecha, peso, tipo de residuo, firma del responsable del área y firma del responsable de la recolección.	1	4.- Planeación Responsabilidad social 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.		
5	NOM-001-SEDE-2012, artículo 517, en su numeral 517-30 NOM-016-SSA3-2012, en sui numeral 4.13.		Verificar: 1. Que el circuito eléctrico esté conectado a la planta de emergencia. 2. Que se cuente con contactos grado hospital o médico con un color distintivo o una marca.	1	Verificar revisar en el área su funcionamiento a través del equipo conectado a los contactos grado hospital o médico.	1	No aplica.	NA	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.		
6	NOM-027-SSA3-2013, en su numeral 7.5	Requisitos Generales de Infraestructura	Verificar existencia de sala de operaciones disponible, banco de sangre o servicio de transfusión, laboratorio clínico, servicio de radiología.	1	Verificar que la atención de los servicios sea las 24 horas del día los 365 días del año.	1	Verificar: 1. Registro de procedimientos quirúrgicos. 2. Expediente clínico los resultados de laboratorio y gabinete integrados e interpretados, así como solicitud de hemoderivados.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.		

CAUSES-2N-2018													
JCSSA001401 HOSPITAL REGIONAL COCULA													
URGENCIAS HP													
Normatividad aplicable		Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
			Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental			Criterios y Subcriterios	
			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:				
7	NOM-027-SSA3-2013, en su numeral 1.7.1 NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 6.6.9.1.1	Áreas Requeridas	Verificar existencia de acceso para ambulancias.	1	Verificar: 1. Que este ubicado en el exterior del establecimiento. 2. Que los señalamientos sean suficientes para orientar a los usuarios.	1	No aplica.	NA	4.- Planeación de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
8	NOM-030-SSA3-2013, en su numeral 6.2.1. NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 6.6.9.1.1.		Verificar existencia de rampas para el acceso de pacientes.	1	Verificar: 1. Que las rampas tengan protección lateral. 2. Que lo señalamientos sean de tipo luminoso y con letras en relieve. 3. Que el piso de las rampas sea firme, uniforme y antiderapante, evitando acumulación de agua en descansos.	1	No aplica.	NA	4.- Planeación de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
9	NOM-027-SSA3-2013, en su numeral 7. NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 6.6.9.1.2.1		Verificar existencia de estación de camillas y sillas de ruedas.	1	Verificar que su ubicación este junto al pasillo de acceso de ambulancias y vehículos.	1	No aplica	NA	4.- Planeación de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
10	NOM-027-SSA3-2013, en su numeral 7.NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 6.6.9.1.2.2		Verificar: 1. Existencia de módulo de recepción y control. 2. Que cuente con señalización.	1	Verificar que su ubicación pueda ser fácilmente identificado por los usuarios.	1	No aplica	NA	4.- Planeación de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
11	NOM-027-SSA3-2013, en su numeral 7 y en su apéndice B.4. NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 6.6.9.1.2.6 y en su apéndice q. NOM-045-SSA2-2005, en su numeral 10.6.4	Área de Hidratación	Verificar que cuente con el siguiente mobiliario: asiento acojinado, bote para basura tipo municipal (bolsa de cualquier color excepto rojo o amarillo), dispensador de jabón liquido, dispensador de toallas desechables, lavabo, mesa de trabajo con tarja, mesa tipo Karam con colchoneta, mueble para guarda de equipo e insumos.	1	Verificar: 1. Que el equipo y el mobiliario se encuentren en buenas condiciones físicas, sin zonas de oxidación o deterioro. 2. Que el personal aplique la técnica de lavado de manos.	1	Verificar: 1. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo. 2. Registro y control del sistema de abasto de los insumos para la higiene de manos. 3. Registro de calibración del esfigmomanómetro. 4. Registro de la evaluación al personal en la técnica para la higiene de manos. 5. Inventario de mobiliario.	1	4.- Planeación de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
12	NOM-027-SSA3-2013, en su numeral 7 y en su apéndice B.4. NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 6.6.9.1.2.6 y en su apéndice Q. NOM-045-SSA2-2005, en su numeral 10.6.4	Área de Hidratación	Verificar que cuente con el siguiente equipo: báscula pesa bebé, dosificador de oxígeno con humidificador, esfigmomanómetro con brazaletes pediátrico, estetoscopio.	1	Verificar: 1. Que el equipo y el mobiliario funcionen. 2. Que la báscula esté bien calibrada.	1	Verificar: 1. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo. 2. Registro de calibración de las básculas por jornada laboral. 3. Registro de calibración del esfigmomanómetro. 4. Registro del procedimiento de esterilización y desinfección de los equipos de apoyo respiratorio no invasivo (registrarse la fecha y hora de cambio). 5. Inventario de equipo.	1	4.- Planeación de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
13	NOM-027-SSA3-2013, en su numeral 5.3 y 6.2.1, NOM-027-SSA3-2013, en su numeral 7 y en su apéndice B. NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 6.6.9.1.2.3 y en su apéndice Q.	Consultorios O Cubículos para Valoración y Determinación de Prioridades de Atención	Verificar: que cuente con el siguiente equipo médico: 1. Esfigmomanómetro anerode portátil con brazaletes de tamaño que requiera para su actividad principal. 2. Estetoscopio de cápsula doble. 3. Estuche de diagnóstico básico que incluya oftalmoscopio, otoscopio y faringoscopio. 4. Lámpara de examinación con fuente de luz de fibra óptica. 5. Glucómetro. 6. Plicómetro para valoración nutricional. 7. Negatoscopio. 8. Cinta métrica ahulada. 9. Termómetro digital. 10. Báscula pesa bebé. Además que cuente: 11. Con un espacio físico para la clasificación de prioridades para la atención de urgencias médicas (triage). 12. Báscula con estadímetro.	1	Verificar: 1. Que sea un médico quien valore y establezca las prioridades de atención del paciente. 2. Que las prioridades para la atención de urgencias para los pacientes (semaforización), estén señalizadas (mediante cartel).	1	Verificar: 1. Sistema de clasificación de urgencias (aplicación, organización, medición y evaluación). 2. Protocolos de clasificación de prioridades para la atención de urgencias médicas que se determinen las necesidades de atención de los pacientes. 3. GPC Triage hospital de 1er contacto en los servicios de urgencias adultos para el 2do y 3er nivel.	1	4.- Planeación de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

JCSA001401		HOSPITAL REGIONAL OCULCA		URGENCIAS HP	
Normatividad aplicable	Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Criterios a evaluar PROCESO	
		Evidencia Observacional	Puntaje	Evidencia Observacional	Puntaje
		El evaluador deberá:		El evaluador deberá:	
14	Observación	Verificar: 1. Existencia del siguiente equipo: una toma fija de oxígeno por cama, una toma fija de aire comprimido por cada dos camas, una toma fija de aspiración controlada o mediante equipos portátiles, dosificador de oxígeno con humidificador empotrado al muro, termómetro digital. 2. Que se cuente con pilas de repuesto para el termómetro digital. 3. Monitores de tres canales: frecuencia respiratoria y tensión arterial (TA) no invasiva, con brazalete adulto y pediátrico para TA y oximetría de pulso.	1	Verificar: 1. Que se identifique al paciente. 2. Que la permanencia de pacientes no sea más de 12 horas. 3. Que el equipo se encuentren en buenas condiciones. 4. Que el equipo funcione. 5. Que exista identificación en brazaletes y subeclera por lo menos con nombre y fecha de nacimiento del paciente, fecha y hora de ingreso, membrete en soluciones con nombre, fecha y hora de inicio y término, sondas y catéteres con membrete que contenga nombre, fecha y hora. 6. En registros de la atención y en la nota de ingreso del expediente clínico corroborar que los pacientes no permanezcan más de 12 horas en el servicio de urgencias por causas atribuibles a la atención médica.	1
15		Verificar existencia del siguiente mobiliario: cama-camilla con barandales, elemento divisorio de material antibacteriano, banqueta de altura, bote para basura tipo municipal, portavenoclisis rodable.	1	Verificar: 1. Que el mobiliario se encuentren en buenas condiciones de pintura, sin zonas de oxidación o deterioro. 2. Que el mobiliario funcione.	1
16	Central de Enfermería	Verificar: 1. Que su ubicación tenga libre y rápido acceso a las áreas donde se encuentren internados los pacientes. 2. Que el espacio físico este libre de fuentes de contaminación. 3. Que se disponga de guarda de medicamentos, soluciones y material de curación. 4. Existencia del siguiente equipo: electrocardiógrafo móvil de 12 derivaciones, esfigmomanómetro (en su caso con brazalete pediátrico), estetoscopio (en su caso con cápsula tamaño pediátrico), estuche de diagnóstico completo, incubadora de traslado (en su caso), incubadora para cuidados generales (en su caso), lámpara de haz dirigible, termómetros clínico. 5. Que se cuente con pilas y focos de repuesto para el estuche de diagnóstico. 6. Que se tengan baterías de repuesto para los termómetros clínicos. 7. Glucómetro y tiras reactivas. 8. Tiras reactivas para detección de proteína en orina.	1	Verificar: 1. Que el equipo se encuentren en buenas condiciones. 2. Que el equipo funcione.	1
		Verificar existencia del siguiente mobiliario: baño de artesa, bote para basura tipo municipal. carro para curación, mesa mayo con charola, mesa Pasteur, portavenoclisis rodable, caja para desinfección de instrumentos, carro porta lebrillos, collarines cervicales semirígidos tamaños chico, mediano y grande, así como dispositivo para inmovilizar la cabeza, mostrador o escritorio, asiento para la enfermera, sistema de guarda de expedientes, mueble para guarda de equipo e insumos, lavabo con cartel de técnica de higiene de manos, mesa alta con tarja.	1	Verificar: 1. Que el mobiliario se encuentren en buenas condiciones de pintura, sin zonas de oxidación o deterioro. 2. Que el mobiliario funcione. 3. Evaluar la técnica de higiene de manos. 4. Abasto e insumos para la higiene de manos: jabón (líquido o gel), toallas desechables.	1
18		Verificar existencia del siguiente instrumental: equipo de curaciones, lebrillos, pinza de traslado.	1	Verificar: 1. Que el instrumental de curaciones este en buenas condiciones. 2. Que el empaque del instrumental este rotulado con la fecha de esterilización.	1
19	Sala de Choque	Verificar existencia del siguiente equipo: esfigmomanómetro, estetoscopio, estuche de diagnóstico completo, lámpara de haz dirigible, monitor de signos vitales: electrocardiograma, presión arterial por método no invasivo, temperatura y oxímetro, ventilador mecánico.	1	Verificar: 1. Que el equipo se encuentren en buenas condiciones. 2. Que el equipo funcione.	1
		Verificar: 1. Existencia del siguiente mobiliario: carro camilla para adultos y pediátricos con barandales (de preferencia radiotransparente), elemento divisorio de material antibacteriano, mesa Pasteur, repisa para monitor de terapia intensiva de tres o cuatro canales, riel portavenoclisis, bote para basura tipo municipal, carro para curaciones, carro para ropa sucia, cubeta de acero inoxidable (bolsa amarilla), mueble para guarda de equipo e insumos. 2. Que se cuente con pilas y focos de repuesto para el estuche de diagnóstico.	1	Verificar: 1. Que el mobiliario se encuentren en buenas condiciones de pintura, sin zonas de oxidación o deterioro. 2. Que el mobiliario funcione.	1
20		Verificar: 1. Que el instrumental de curaciones este en buenas condiciones. 2. Que el empaque del instrumental este rotulado con la fecha de esterilización.	1	Verificar: 1. Que el instrumental este en buenas condiciones. 2. Que el empaque del instrumental este rotulado con la fecha de esterilización.	1
21		Verificar: 1. Que el instrumental este en buenas condiciones. 2. Que el empaque del instrumental este rotulado con la fecha de esterilización.	1	Verificar: 1. Que el instrumental este en buenas condiciones. 2. Que el empaque del instrumental este rotulado con la fecha de esterilización.	1

Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
Evidencia Documental	El evaluador deberá:		Criterios y Subcriterios	
Verificar: 1. Inventario del equipo. 2. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo del equipo. 3. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo de las tomas de pared. 4. Registro del procedimiento de esterilización y desinfección de alto nivel de los humidificadores y equipos de apoyo respiratorio no invasivo (registrarse la fecha y hora de cambio).		1	4.- Planeación 1 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
Verificar: 1. Inventario del mobiliario. 2. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo del mobiliario. 3. Registro del procedimiento de limpieza y desinfección de las camas (cada vez que se desocupe).		1	4.- Planeación 1 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
Verificar: 1. Inventario del equipo. 2. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo del equipo. 3. Registro de calibración del esfigmomanómetro. 4. Registro del procedimiento del aseo y limpieza de las incubadoras cada vez que la ocupe un nuevo paciente.		1	4.- Planeación 1 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
Verificar: 1. Inventario del mobiliario. 2. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo del mobiliario. 3. Registro de la evaluación al personal en la técnica para la higiene de manos.4. Bitácora para el registro de indicaciones verbales y telefónicas.		1	4.- Planeación 1 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
Verificar: 1. Inventario del equipo. 2. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo del equipo. 3. Registro de calibración del esfigmomanómetro. 4. Registro del procedimiento de lavado y		1	4.- Planeación 1 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
Verificar: 1. Inventario del mobiliario. 2. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo del mobiliario. 3. Registro del procedimiento de limpieza y desinfección de las camas (cada vez que se desocupe).		1	4.- Planeación 1 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.

CAUSES-2N-2018													
JCSSA001401 HOSPITAL REGIONAL COCULA													
URGENCIAS HP													
Normatividad aplicable		Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
			Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental			Criterios y Subcriterios	
			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:				
22	NOM-027-SSA3-2013, en su numeral 6. NOM-045-SSA2-2005, en su numeral 10.6.7.	Organización y Funcionamiento	Verificar existencia de los manuales correspondientes al servicio: manual de organización, manual de procedimientos del servicio; manual de bioseguridad para el personal (respecto del manejo de RPBI y de los casos de enfermedades infecto-contagiosas), manual de mecánica corporal para movilización del paciente, manual de procedimientos para determinar las características, la frecuencia del aseo y limpieza del área.	1	Verificar: 1. Que los manuales sean de conocimiento y aplicación por parte del personal. 2. Que los manuales tengan los elementos requeridos. 3. Que estén actualizados. 4. Que estén autorizados por las autoridades correspondientes. 5. Que la fecha de elaboración este vigente.	1	Verificar: 1. Manual de organización. 2. Manual de procedimientos. 3. Manual de mecánica corporal. 4. Manual de bioseguridad.	1	4.- Planeación de procesos 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
Atención Médica													
23	NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica. NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. CIE-10 Z51.8 Otras atenciones médicas especificadas. Intervención 145. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Estabilización en Urgencias	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa para el diagnóstico y tratamiento para la estabilización de pacientes en urgencias.	1	Verificar en el expediente clínico, proceso de control y seguimiento de actividades de diagnóstico, tratamiento o referencia y servicios de apoyo con registros en nota médica y reporte en el sistema de información.	1	Verificar: 1. Reporte en el SUIVE. 2. Registro en expediente clínico y reporte (físico o electrónico) del SINBA-SIS. 3. Documental o electrónica del diagnóstico y tratamiento para la estabilización del paciente en el servicio de urgencias.	1	4.- Planeación de procesos 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
24	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica. NOM-030-SSA2-2009 Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica. GPC-SS-155-08-EyR Atención de urgencia de crisis hipertensiva en el primer nivel de atención. GPC-IMSS-238-09-EyR Diagnóstico y manejo de la hipertensión arterial en el adulto mayor y situaciones especiales. GPC-IMSS-076-08-EyR Diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en el primer nivel de atención. CIE-10 I10X Hipertensión esencial (primaria). CIE-10 I15 Hipertensión secundaria. Intervención 146. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Estabilización en Urgencias por Crisis Hipertensiva	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa para el diagnóstico y tratamiento para la estabilización en urgencias por crisis hipertensivas.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas de urgencias (inicial, de evolución, carta de consentimiento informado, interconsulta y de referencia/traslado en su caso). 3. Apego a las GPC-SS-155-08-EyR, atención de urgencia de crisis hipertensiva en el primer nivel de atención. GPC-IMSS-238-09-EyR, diagnóstico y manejo de la hipertensión arterial en el adulto mayor y situaciones especiales. GPC-IMSS-076-08-EyR, diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en el primer nivel de atención. Y normatividad correspondiente, protocolos de atención médica propios y árbol de toma de decisiones.	1	Verificar: 1. Registro de ingreso de pacientes y diagnóstico de morbilidad/mortalidad. 2. Normas correspondientes. 3. GPC-SS-155-08-EyR, atención de urgencia de crisis hipertensiva en el primer nivel de atención. GPC-IMSS-238-09-EyR, diagnóstico y manejo de la hipertensión arterial en el adulto mayor y situaciones especiales. GPC-IMSS-076-08-EyR, diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en el primer nivel de atención. 4. Reporte en el SUIVE, SINBA-SIS y expediente clínico.	1	4.- Planeación de procesos 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
25	NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica NOM-015-SSA2-2010 Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus. NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. GPC-SS-227-09-EyR Diagnóstico y tratamiento de cetoadicidosis diabética en niños y adultos. GPC-IMSS-718-14-EyR Tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención. CIE-10 E10.0 Diabetes mellitus insulino dependiente, con coma. CIE-10 E10.1 Diabetes mellitus insulino dependiente, con cetoadicidosis. CIE-10 E11.0 Diabetes mellitus no insulino dependiente, con coma. CIE-10 E11.1 Diabetes mellitus no insulino dependiente, con cetoadicidosis. CIE-10 E12.0 Diabetes mellitus asociada con desnutrición, con coma. CIE-10 E12.1 Diabetes mellitus asociada con desnutrición, con cetoadicidosis. CIE-10 E13.0 Otras diabetes mellitus especificadas, con coma. CIE-10 E13.1 Otras diabetes mellitus especificadas, con cetoadicidosis. CIE-10 E14.0 Diabetes mellitus no especificada, con coma. CIE-10 E14.1 Diabetes mellitus no especificada, con cetoadicidosis. Intervención 147. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de la Cetoadicidosis Diabética	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa para el diagnóstico y tratamiento de la cetoadicidosis diabética.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas de urgencias (inicial, de evolución, carta de consentimiento informado, interconsulta y de referencia/traslado en su caso). 3. Apego a las GPC-SS-227-09-EyR, diagnóstico y tratamiento de cetoadicidosis diabética en niños y adultos. GPC-IMSS-718-14-EyR, tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención.	1	Verificar: 1. Registro de ingreso de pacientes y diagnóstico de morbilidad/mortalidad. 2. Normas correspondientes. 3. GPC-SS-227-09-EyR, diagnóstico y tratamiento de cetoadicidosis diabética en niños y adultos. GPC-IMSS-718-14-EyR, tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención. 4. Reporte en el SUIVE, SINBA-SIS y expediente clínico.	1	4.- Planeación de procesos 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN CAUSES-2N-2018

JCSSA001401 HOSPITAL REGIONAL COCULA

URGENCIAS HP													
Normatividad aplicable		Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
			Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental			Criterios y Subcriterios	
			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:				
26	NOM-015-SSA2-2010 Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus. NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. GPC-SS-160-09-EyR Diagnóstico y tratamiento del síndrome hiperglucémico hiperosmolar en adultos diabéticos tipo 2 en el segundo y tercer niveles de atención. CIE-10 E10.0 Diabetes mellitus insulino dependiente, con coma. CIE-10 E11.0 Diabetes mellitus no insulino dependiente, con coma. CIE-10 E12.0 Diabetes mellitus asociada con desnutrición, con coma. CIE-10 E13.0 Otras diabetes mellitus especificadas, con coma. CIE-10 E14.0 Diabetes mellitus no especificada, con coma. Intervención 148. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento del Síndrome Hiperglucémico Hiperosmolar No Cetósico	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa para el diagnóstico y tratamiento del síndrome hiperglucémico hiperosmolar no cetósico.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas de urgencias (inicial, de evolución, carta de consentimiento informado, interconsulta y de referencia/traslado en su caso). 3. Apego a la GPC-SS-160-09- EyR, diagnóstico y tratamiento del síndrome hiperglucémico hiperosmolar en adultos diabéticos tipo 2 en el segundo y tercer niveles de atención.	1	Verificar: 1. Registro de ingreso de pacientes y diagnóstico de morbimortalidad. 2. Normas correspondientes. 3. GPC-SS-227-09-EyR, diagnóstico y tratamiento de cetoacidosis diabética en niños y adultos. GPC-SS-160-09-EyR, diagnóstico y tratamiento del síndrome hiperglucémico hiperosmolar en adultos diabéticos tipo 2 en el segundo y tercer niveles de atención. 4. Reporte en el SINBA-SIS y expediente clínico.	1	4.- Planeación de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.- Mejora de procesos de apoyo integral.			
27	NOM-028-SSA2-2009 Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones. NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. GPC- SS-667-13-EyR Diagnóstico y tratamiento de intoxicación por adicción a sustancias de nueva generación en el primer, segundo y tercer nivel de atención. GPC-SS-664-13-EyR Diagnóstico y tratamiento de las intoxicaciones agudas por opiáceos y benzodiacepinas en los tres niveles de atención. GPC-SS-097-08-EyR Manejo del síndrome de abstinencia alcohólica en el adulto en el primer nivel de atención. GPC- ISSSTE-256-13-EyR Diagnóstico y tratamiento de la intoxicación aguda por alcohol etílico en adultos en el segundo y tercer nivel de atención. CIE-10 F10.0Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol, intoxicación aguda. CIE-10 10.1Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol, uso nocivo. CIE-10 F10.3 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol, estado de abstinencia. CIE-10 F10.4 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol, estado de abstinencia con delirio. CIE-10 F11.0 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de opiáceos, intoxicación aguda. CIE-10 F11.1 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de opiáceos, uso nocivo. CIE-10 F11.3 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de opiáceos, estado de abstinencia. CIE-10 F11.4 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de opiáceos, estado de abstinencia con delirio. CIE-10 F12.0 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides, intoxicación aguda. CIE-10 F12.1 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides, uso nocivo. CIE-10 F12.3 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides, estado de abstinencia. CIE-10 F12.4 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides, estado de abstinencia con delirio .Intervención 150 Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/ SEP/2012 NOM-035-SSA3-2012 en Materia de	Atención en Urgencias por Intoxicación Aguda, Uso Nocivo y Estado de Abstinencia de Sustancias Adictivas	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa para el diagnóstico y tratamiento por intoxicación aguda, uso nocivo y estado de abstinencia de sustancias adictivas.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas de urgencias (inicial, de evolución, carta de consentimiento informado, interconsulta y de referencia/ traslado en su caso). 3. Apego a las GPC-SS-667-13- EyR, diagnóstico y tratamiento de intoxicación por adicción a sustancias de nueva generación en el primer, segundo y tercer nivel de atención. GPC-SS-664-13-EyR, diagnóstico y tratamiento de las intoxicaciones agudas por opiáceos y benzodiacepinas en los tres niveles de atención. GPC-SS-097-08-EyR, manejo del síndrome de abstinencia alcohólica en el adulto en el primer nivel de atención. GPC- ISSSTE-256-13-EyR, diagnóstico y tratamiento de la intoxicación aguda por alcohol etílico en adultos en el segundo y tercer nivel de atención.	1	Verificar: 1. Registro de ingreso de pacientes y diagnóstico de morbimortalidad. 2. Normas correspondientes. 3. GPC-SS-667-13-EyR, diagnóstico y tratamiento de intoxicación por adicción a sustancias de nueva generación en el primer, segundo y tercer nivel de atención GPC-SS-664-13-EyR, diagnóstico y tratamiento de las intoxicaciones agudas por opiáceos y benzodiacepinas en los tres niveles de atención. GPC-SS-097-08-EyR, manejo del síndrome de abstinencia alcohólica en el adulto en el primer nivel de atención. GPC- ISSSTE-256-13-EyR, diagnóstico y tratamiento de la intoxicación aguda por alcohol etílico en adultos en el segundo y tercer nivel de atención. 4. Reporte en el SINBA-SIS y expediente clínico.	1	4.- Planeación de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.- Mejora de procesos de apoyo integral.			

URGENCIAS HP												
Normatividad aplicable	Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental			Criterios y Subcriterios	
		El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:				
28	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. GPC-SS-110-08-EyR Prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno de la intoxicación aguda en pediatría en el primer nivel de atención. CIE-10 T43.3 Envenenamiento por Antipsicóticos y neurolépticos fenotiazínicos Intervención 151. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento del Envenenamiento por Fenotiazinas	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa para el diagnóstico y tratamiento por intoxicación aguda, uso nocivo y estado de abstinencia del envenenamiento por fenotiazinas.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas de urgencias (inicial, de evolución, carta de consentimiento informado, interconsulta y de referencia/traslado en su caso). 3. Apego a las GPC-SS-110-08-EyR, prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno de la intoxicación aguda en pediatría en el primer nivel de atención.	1	Verificar: 1. Registro de ingreso de pacientes y diagnóstico de morbimortalidad. 2. Normas correspondientes. 3. GPC-SS-110-08-EyR, prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno de la intoxicación aguda en pediatría en el primer nivel de atención. 4. Reporte en el SINBA-SIS y expediente clínico.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.		
29	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. GPC-SS-110-08-EyR Prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno de la intoxicación aguda en pediatría en el primer nivel de atención. CIE-10 T54.3 Efecto tóxico álcalis cáusticos y sustancias alcalinas similares. Intervención 152. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento del Envenenamiento por Alcalis, Cáusticos y Sustancias Alcalinas Similares	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa para el diagnóstico y tratamiento del envenenamiento por álcalis, cáusticos y sustancias alcalinas similares.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas de urgencias (inicial, de evolución, carta de consentimiento informado, interconsulta y de referencia/ traslado en su caso). 3. Apego a las GPC-SS-110-08- EyR, prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno de la intoxicación aguda en pediatría en el primer nivel de atención.	1	Verificar: 1. Registro de ingreso de pacientes y diagnóstico de morbimortalidad. 2. Normas correspondientes. 3. GPC-SS-110-08-EyR, prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno de la intoxicación aguda en pediatría en el primer nivel de atención. 4. Reporte en el SINBA-SIS y expediente clínico.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.		
30	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. GPC-SS-110-08-EyR Prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno de la intoxicación aguda en pediatría en el primer nivel de atención. CIE-10 T39.0 Envenenamiento por Salicilatos. Intervención 153 Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento del Envenenamiento por Salicilatos	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa para el diagnóstico y tratamiento del envenenamiento por salicilatos.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas de urgencias (inicial, de evolución, carta de consentimiento informado, interconsulta y de referencia/traslado en su caso). 3. Apego a las GPC-SS-110-08-EyR, prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno de la intoxicación aguda en pediatría en el primer nivel de atención.	1	Verificar: 1. Registro de ingreso de pacientes y diagnóstico de morbimortalidad. 2. Normas correspondientes al padecimiento. 3. GPC-SS-110-08-EyR, prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno de la intoxicación aguda en pediatría en el primer nivel de atención. 4. Reporte en el SINBA-SIS y expediente clínico.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.		
31	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. GPC-SS-110-08-EyR Prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno de la intoxicación aguda en pediatría en el primer nivel de atención. CIE-10 T51.1 Efecto tóxico por metanol. Intervención 154. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento del Envenenamiento por Metano	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa para el diagnóstico y tratamiento del envenenamiento por metanol.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas de urgencias (inicial, de evolución, carta de consentimiento informado, interconsulta y de referencia/traslado en su caso). 3. Apego a las GPC-SS-110-08-EyR, prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno de la intoxicación aguda en pediatría en el primer nivel de atención.	1	Verificar: 1. Registro de ingreso de pacientes y diagnóstico de morbimortalidad. 2. Normas correspondientes al padecimiento. 3. GPC-SS-110-08-EyR, prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno de la intoxicación aguda en pediatría en el primer nivel de atención. 4. Reporte en el SINBA-SIS y expediente clínico.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.		
32	NOM-017-SSA2-2012 Para la Vigilancia epidemiológica. NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. GPC-SS-110-08-EyR Prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno de la intoxicación aguda en pediatría en el primer nivel de atención. GPC-SS-100-08-EyR Prevención primaria, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de la intoxicación aguda por agroquímicos en el primer nivel de atención. CIE-10 T60.0 Efecto tóxico por Insecticidas organofosforados y carbamatos. Intervención 155. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento del Envenenamiento por Insecticidas Organofosforados y Carbamatos	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa para el diagnóstico y tratamiento del envenenamiento por insecticidas organofosforados y carbamatos.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas de urgencias (inicial, de evolución, carta de consentimiento informado, interconsulta y de referencia/traslado en su caso). 3. Apego a las GPC-SS-110-08-EyR, prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno de la intoxicación aguda en pediatría en el primer nivel de atención. GPC-SS-100-08-EyR Prevención primaria, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de la intoxicación aguda por agroquímicos en el primer nivel de atención	1	Verificar: 1. Registro de ingreso de pacientes y diagnóstico de morbimortalidad. 2. Normas correspondientes al padecimiento. 3. GPC-SS-110-08-EyR, prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno de la intoxicación aguda en pediatría en el primer nivel de atención. GPC- SS-100-08-EyR Prevención primaria, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de la intoxicación aguda por agroquímicos en el primer nivel de atención. 4. Reporte en el SINBA-SIS, SUIVE y expediente clínico.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.		
33	NOM-017-SSA2-2012 Para la Vigilancia epidemiológica. NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. GPC-SS-487-11-EyR Diagnóstico y Tratamiento de intoxicación aguda por monóxido de carbono. CIE-10 T58X Efecto tóxico del monóxido de carbono. Intervención 156. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035- SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento del Envenenamiento por Monóxido de Carbono	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa para el diagnóstico y tratamiento del envenenamiento por monóxido de carbono.	1	Verificar: 1. Que el personal se encuentre en su área de trabajo en el turno correspondiente, portando uniforme y gafete, desarrollando las actividades correspondientes a su formación y perfil. 2. Que corresponda el registro de entrada y salida con el horario en Plantilla de personal. 3. Cumplir con las capacitaciones de los Programas establecidos y las específicas de acuerdo a su competencia	1	Verificar: 1. Registro de ingreso de pacientes y diagnóstico de morbimortalidad. 2. Normas correspondientes al padecimiento. 3. GPC-SS-487-11-EyR, diagnóstico y Tratamiento de intoxicación aguda por monóxido de carbono. 4. Reporte en el SINBA-SIS, SUIVE y expediente clínico.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.		

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN CAUSES-2N-2018

JCSSA001401		HOSPITAL REGIONAL COCULA		URGENCIAS HP								
Normatividad aplicable	Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental			Criterios y Subcriterios	
		El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:				
34	NOM-036-SSA2-2012 Prevención y control de enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, sueros, antitoxinas e inmunoglobulinas en el humano. NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica. NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico.GPC-SS-298-10-EyR. Diagnóstico y tratamiento por mordeduras de serpientes venenosas. CIE-10 T63.0 Veneno de serpiente, CIE-9-MC 99.16 Inyección de antídoto. Intervención 157. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento del Envenenamiento por Mordedura de Serpiente	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa para el diagnóstico y tratamiento del envenenamiento por mordedura de serpiente.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas de urgencias (inicial, de evolución, carta de consentimiento informado, interconsulta y de referencia/traslado en su caso). 3. Apego a la GPC-SS-298-10-EyR, diagnóstico y tratamiento por mordeduras de serpientes venenosas.	1	Verificar: 1. Registro de ingreso de pacientes y diagnóstico de morbimortalidad. 2. Normas correspondientes al padecimiento. 3. GPC-SS-298-10-EyR, diagnóstico y tratamiento por mordeduras de serpientes venenosas. 4. Reporte en el SINBA-SIS, SUIVE y expediente clínico.	1	4.- Planeación de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.		
35	NOM-033-SSA2-2011 Para la vigilancia, prevención y control de la intoxicación por picadura de alacrán. NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica. NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. GPC-SS-148-08-EyR Prevención, diagnóstico, tratamiento y referencia de la intoxicación por picadura de alacrán CIE-10 T63.2 Veneno de escorpión. CIE-9-MC 99.16 Inyección de antídoto. Intervención 158. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Picadura de Alacrán	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa para el diagnóstico y tratamiento de picadura de alacrán.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas de urgencias (inicial, de evolución, carta de consentimiento informado, interconsulta y de referencia/traslado en su caso). 3. Apego a la GPC-SS-148-08-EyR, prevención, diagnóstico, tratamiento y referencia de la intoxicación por picadura de alacrán.	1	Verificar: 1. Registro de ingreso de pacientes y diagnóstico de morbimortalidad. 2. Normas correspondientes al padecimiento. 3. GPC-SS-148-08-EyR, prevención, diagnóstico, tratamiento y referencia de la intoxicación por picadura de alacrán. 4. Reporte en el SINBA-SIS, SUIVE y expediente clínico.	1	4.- Planeación de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.		
36	NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica. NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. GPC-SS-523-11-EyR Diagnóstico y tratamiento de la mordedura por arañas venenosas. GPC-SS-489-11-EyR Diagnóstico y tratamiento de picaduras y mordeduras por himenópteros: abeja, avispa y hormiga fórmica. CIE-10 T63.3 Veneno de arañas. CIE-10 T63.4 Veneno de otros artrópodos. CIE-9-MC 99.16 Inyección de antídoto. Intervención 159. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Picaduras de Abeja, Araña y Otros Artrópodos	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa para el diagnóstico y tratamiento de picadura de abeja, araña y otros artrópodos.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas de urgencias (inicial, de evolución, carta de consentimiento informado, interconsulta y de referencia/traslado en su caso). 3. Apego a las GPC-SS-523-11-EyR, diagnóstico y tratamiento de la mordedura por arañas venenosas. GPC-SS-489-11-EyR, diagnóstico y tratamiento de picaduras y mordeduras por himenópteros: abeja, avispa y hormiga fórmica.	1	Verificar: 1. Registro de ingreso de pacientes y diagnóstico de morbimortalidad. 2. Normas correspondientes al padecimiento. 3. GPC-SS-523-11-EyR, diagnóstico y tratamiento de la mordedura por arañas venenosas. GPC-SS-489-11-EyR, diagnóstico y tratamiento de picaduras y mordeduras por himenópteros: abeja, avispa y hormiga fórmica. 4. Reporte en el SINBA-SIS, SUIVE y expediente clínico.	1	4.- Planeación de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.		
37	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica CIE-10 A05 Otras intoxicaciones intestinales bacterianas Intervención 160. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Intoxicación Aguda Alimentaria	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa para el diagnóstico y tratamiento de intoxicación aguda alimentaria.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas de urgencias (inicial, de evolución, carta de consentimiento informado, interconsulta y de referencia/traslado en su caso).	1	Verificar: 1. Registro de ingreso de pacientes y diagnóstico de morbimortalidad. 2. Normas correspondientes al padecimiento. 3. Reporte en el SINBA-SIS, SUIVE y expediente clínico.	1	4.- Planeación de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.		
38	NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica. NOM-011-SSA2-2011 Para la prevención y control de la rabia humana y en los perros y gatos. NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. CIE-10 T14.1 Herida de región no especificada del cuerpo. CIE-10 W54 Mordedura o ataque de perro. CIE-10 W55.9 Mordedura o ataque de otros mamíferos, lugar no especificado. CIE-10 Z20.3 Contacto con y exposición a rabia. CIE-10 Z24.2 Necesidad de inmunización contra la rabia. CIE-9-MC 99.44 Vacunación contra rabia. Intervención 161. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Manejo de Mordedura y Prevención de Rabia en Humanos	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa para el manejo de mordedura y prevención de rabia en humanos.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas de urgencias (inicial, de evolución, carta de consentimiento informado, interconsulta y de referencia/traslado en su caso).	1	Verificar: 1. Registro de ingreso de pacientes y diagnóstico de morbimortalidad. 2. Normas correspondientes al padecimiento. 3. Reporte en el SINBA-SIS, SUIVE y expediente clínico.	1	4.- Planeación de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.		

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN													
JCSSA001401 HOSPITAL REGIONAL OCULCA													
URGENCIAS HP													
Normatividad aplicable		Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
			Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental				
			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:				
39	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. GPC-ISSSTE-526-11-EyR Extracción de cuerpo extraño de la vía aérea en niños. CIE-10 T15 Cuerpo extraño en parte externa del ojo. CIE-10 T16X Cuerpo extraño en el oído. CIE-10 T17 Cuerpo extraño en las vías respiratorias. CIE-10 T18 Cuerpo extraño en el tubo digestivo. CIE-10 T19 Cuerpo extraño en las vías genitourinarias. CIE-10 W45 Cuerpo extraño que penetra a través de la piel. CIE-9-MC 98 Extracción sin incisión de cuerpo extraño intraluminal de aparato digestivo. CIE-9-MC 98.1 Extracción sin incisión de cuerpo extraño intraluminal de otros sitios. CIE-9-MC 98.2 Extracción sin incisión de otro cuerpo. Intervención 162. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Extracción de Cuerpos Extraños	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa para la extracción de cuerpos extraños.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas de urgencias (inicial, de evolución, carta de consentimiento informado, interconsulta y de referencia/traslado en su caso). 3. Apego a la GPC-ISSSTE-526-11-EyR, extracción de cuerpo extraño de la vía aérea en niños.	1	Verificar: 1. Registro de ingreso de pacientes y diagnóstico de morbimortalidad. 2. Normas correspondientes al padecimiento. 3. GPC-ISSSTE-526-11-EyR, extracción de cuerpo extraño de la vía aérea en niños. 4. Reporte en el SINBA-SIS y expediente clínico.	1	4.- Planeación de procesos 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
40	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. CIE-10 S01 Herida de la cabeza. CIE-10 S11 Herida del cuello. CIE-10 S20 Traumatismo superficial del tórax. CIE-10 S21 Herida del tórax. CIE-10 S31 Herida del abdomen, de la región lumbosacra y de la pelvis. CIE-10 S41 Herida del hombro y del brazo. CIE-10 S51 Herida del antebrazo y del codo. CIE-10 S61 Herida de la muñeca y de la mano. CIE-10 S71 Herida de la cadera y del muslo. CIE-10 S81 Herida de la pierna. CIE-10 S91 Herida del tobillo y del pie. CIE-9-MC 00.F9 Curación de herida. Intervención 163. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Curación y Suturas de Lesiones Traumáticas de Tejidos Blandos	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa para la curación y suturas de lesiones traumáticas de tejados blandos.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas de urgencias (inicial, de evolución, carta de consentimiento informado, interconsulta y de referencia/traslado en su caso).	1	Verificar: 1. Registro de ingreso de pacientes y diagnóstico de morbimortalidad. 2. Normas correspondientes al padecimiento. 3. Reporte en el SINBA-SIS y expediente clínico.	1	4.- Planeación de procesos 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
41	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. GPC-SSA-002-08-EyR Atención inicial del traumatismo craneoencefálico en pacientes menores de 18 años. GPC-SS-016-08- EyR Detección y manejo inicial de la lesión craneal traumática aguda en el adulto en el primer nivel de atención. CIE-10 S00.0 Traumatismo superficial del cuero cabelludo. CIE-10 S00.9 Traumatismo superficial de la cabeza, parte no especificada. CIE-10 S06.0 Concusión. Intervención 164. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento del Traumatismo Craneoencefálico Leve	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa para el diagnóstico y tratamiento del traumatismo craneoencefálico leve.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas de urgencias (inicial, de evolución, carta de consentimiento informado, interconsulta y de referencia/traslado en su caso). 3. Apego a las GPC-SSA-002-08-EyR, atención inicial del traumatismo craneoencefálico en pacientes menores de 18 años. GPC-SS-016-08- EyR, detección y manejo inicial de la lesión craneal traumática aguda en el adulto en el primer nivel de atención.	1	Verificar: 1. Registro de ingreso de pacientes y diagnóstico de morbimortalidad. 2. Normas correspondientes al padecimiento. 3. GPC-SSA-002-08-EyR, atención inicial del traumatismo craneoencefálico en pacientes menores de 18 años. GPC-SS-016-08- EyR, detección y manejo inicial de la lesión craneal traumática aguda en el adulto en el primer nivel de atención. 4. Reporte en el SINBA-SIS y expediente clínico.	1	4.- Planeación de procesos 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			

CEDULA DE EVALUACION PARA LA ACREDITACION DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCION										CAUSES-2N-2018		
JCSSA001401										HOSPITAL REGIONAL COCULA		
URGENCIAS HP												
Normatividad aplicable	Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTION DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental			Criterios y Subcriterios	
		El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:				
42	NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica. NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. GPC-SS-744-15- EyR Intervenciones de enfermería para la prevención de quemaduras en el hogar en menores de 5 años de edad en el primer nivel de atención. GPC-SS-090-08-EyR Diagnóstico y tratamiento inicial de quemaduras en menores de 18 años en el primer nivel de atención. GPC-SSSTE- 678-13-EyR Atención pre hospitalaria al paciente gran quemado adulto. GPC-IMSS- 453-11-EyR Evaluación y manejo inicial del niño gran quemado. GPC-IMSS-040- 08-EyR Atención al paciente quemado. CIE-10 L55.0 Quemadura solar de primer grado. CIE-10 L55.8 Otras quemaduras solares. CIE-10 L55.9Quemadura solar, no especificada. CIE-10 T20.1 Quemadura de la cabeza y del cuello, de primer grado. CIE-10 T21.1 Quemadura del tronco, de primer grado. CIE-10 T22.1 Quemadura del hombro y miembro superior, de primer grado, excepto de la muñeca y de la mano. CIE-10 T23.1 Quemadura de la muñeca y de la mano, de primer grado. CIE-10 T24.1 Quemadura de la cadera y miembro inferior, de primer grado, excepto tobillo y pie. CIE- 10 T25.1 Quemadura del tobillo y del pie, de primer grado. CIE-10 T29.1 Quemaduras de múltiples regiones, mencionadas como de no más de primer grado. CIE-10 T30.1 Quemadura de primer grado, región del cuerpo no especificada. CIE-9-MC 00.F9 Curación de herida. Intervención 165. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM- 035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Manejo en Urgencias de Quemaduras de Primer Grado	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa para el diagnóstico y tratamiento de quemaduras de primer grado.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas de urgencias (inicial, de evolución, carta de consentimiento informado, interconsulta y de referencia/traslado en su caso). 3. Apego a las GPC-SS-744-15-EyR, intervenciones de enfermería para la prevención de quemaduras en el hogar en menores de 5 años de edad en el primer nivel de atención. GPC-SS-090-08-EyR, diagnóstico y tratamiento inicial de quemaduras en menores de 18 años en el primer nivel de atención. GPC-SSSTE-678- 13-EyR, atención pre hospitalaria al paciente gran quemado adulto. GPC-IMSS-453-11-EyR, evaluación y manejo inicial del niño gran quemado. GPC-IMSS-040-08-EyR, atención al paciente quemado.	1	Verificar: 1. Registro de ingreso de pacientes y diagnóstico de morbimortalidad. 2. Normas correspondientes al padecimiento. 3. GPC-SS-744-15-EyR, intervenciones de enfermería para la prevención de quemaduras en el hogar en menores de 5 años de edad en el primer nivel de atención. GPC-SS-090-08-EyR, diagnóstico y tratamiento inicial de quemaduras en menores de 18 años en el primer nivel de atención. GPC-SSSTE-678-13-EyR, atención pre hospitalaria al paciente gran quemado adulto. GPC-IMSS-453- 11-EyR, evaluación y manejo inicial del niño gran quemado. GPC-IMSS- 040-08-EyR, atención al paciente quemado. 4. Reporte en el SINBA-SIS, SUIVE y expediente clínico.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.		
43	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. GPC-SS-008-08-EyR Atención del paciente con esguince cervical en el primer nivel. CIE-10 S13.4 Esguinces y torceduras de la columna cervical. CIE-9-MC 93.52 Aplicación de soporte cervical. Intervención 166. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/ SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Esguince Cervical	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa para el diagnóstico y tratamiento de esguince cervical.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas de urgencias (inicial, de evolución, carta de consentimiento informado, interconsulta y de referencia/traslado en su caso). 3. Apego a las GPC-SS-008-08-EyR, atención del paciente con esguince cervical en el primer nivel.	1	Verificar: 1. Registro de ingreso de pacientes y diagnóstico de morbimortalidad. 2. Normas correspondientes al padecimiento. 3. GPC-SS-008-08-EyR, atención del paciente con esguince cervical en el primer nivel. 4. Reporte en el SINBA-SIS y expediente clínico.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.		
44	NOM-004-SSA3-2012 del Expediente clínico. CIE-10 S43.4 Esguinces y torceduras de la articulación del hombro. CIE-10 S43.5 Esguinces y torceduras de la articulación acromio clavicular. CIE-9-MC 93.56 Aplicación de vendaje de presión. CIE-9-MC 93.59 Otra inmovilización, presión y cuidado de herida. Intervención 167. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035- SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Esguince de Hombro	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa para el diagnóstico y tratamiento de esguince de hombro.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas de urgencias (inicial, de evolución, carta de consentimiento informado, interconsulta y de referencia/traslado en su caso). 3. Apego a la GPC-SS-008-08-EyR, atención del paciente con esguince cervical en el primer nivel.	1	Verificar: 1. Registro de ingreso de pacientes y diagnóstico de morbimortalidad. 2. Normas correspondientes al padecimiento. 3. Reporte en el SINBA-SIS y expediente clínico.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.		
45	NOM-004-SSA3-2012. Del expediente clínico. GPC-IMSS-198-10-EyR Diagnóstico y tratamiento de lesiones traumáticas de codo en el adulto. CIE-10 S83.4 Esguinces y torceduras del codo. CIE-9-MC 93.54 Aplicación de férula. CIE-9-MC 93.59 Otra inmovilización, presión y cuidado de herida. Intervención 168. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Esguince de Codo	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa para el diagnóstico y tratamiento de esguince de codo.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas de urgencias (inicial, de evolución, carta de consentimiento informado, interconsulta y de referencia/traslado en su caso). 3. Apego a la GPC-IMSS-198-10-EyR, diagnóstico y tratamiento de lesiones traumáticas de codo en el adulto.	1	Verificar: 1. Registro de ingreso de pacientes y diagnóstico de morbimortalidad. 2. Normas correspondientes al padecimiento. 3. GPC-IMSS-198-10-EyR, diagnóstico y tratamiento de lesiones traumáticas de codo en el adulto. 4. Reporte en el SINBA-SIS y Expediente clínico.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.		

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

JCSA001401		HOSPITAL REGIONAL COCULA										
URGENCIAS HP												
Normatividad aplicable	Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA			Criterios a evaluar PROCESO			Criterios a evaluar DOCUMENTAL			MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental				
		El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			Criterios y Subcriterios	
46	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. GPC-IMSS-065-08-EyR Diagnóstico y manejo integral de las lesiones traumáticas de mano en el adulto. CIE-10 S63.5 Esguince y torcedura de la muñeca. CIE-10 S63.6 Esguinces y torceduras de dedo(s) de la mano. CIE-10 S63.7 Esguinces y torceduras de otras partes y de las no especificadas de la muñeca y de la mano. CIE-9-MC 93.54 Aplicación de férula. Intervención 169. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Esguince de Muñeca y Mano	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa para el diagnóstico y tratamiento de esguince de muñeca y mano.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas de urgencias (inicial, de evolución, carta de consentimiento informado, interconsulta y de referencia/traslado en su caso). 3. Apego a la GPC-IMSS-065-08-EyR, diagnóstico y manejo integral de las lesiones traumáticas de mano en el adulto.	1	Verificar: 1. Registro de ingreso de pacientes y diagnóstico de morbimortalidad. 2. Normas correspondientes al padecimiento. 3. GPC-IMSS-065-08-EyR, diagnóstico y manejo integral de las lesiones traumáticas de mano en el adulto. 4. Reporte en el SINBA-SIS y expediente clínico.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.		
47	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. GPC-IMSS-388-10-EyR Manejo de las lesiones ligamentarias de la rodilla. CIE-10 S83.4 Esguinces y torceduras que comprometen los ligamentos laterales (externo) (interno) de la rodilla. CIE-10 S83.5 Esguinces y torceduras que comprometen el ligamento cruzado (anterior) (posterior) de la rodilla. CIE-10 S83.6 Esguinces y torceduras de otras partes y las no especificadas de la rodilla. CIE-9-MC 93.51 Aplicación de vendaje enyesado. CIE-9-MC 93.54 Aplicación de férula. Intervención 170. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento Conservador de Esguince de Rodilla	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa para el diagnóstico y tratamiento de esguince de rodilla.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas de urgencias (inicial, de evolución, carta de consentimiento informado, interconsulta y de referencia/traslado en su caso). 3. Apego a la GPC-IMSS-388-10-EyR, manejo de las lesiones ligamentarias de la rodilla.	1	Verificar: 1. Registro de ingreso de pacientes y diagnóstico de morbimortalidad. 2. Normas correspondientes al padecimiento. 3. GPC-IMSS-388-10-EyR, manejo de las lesiones ligamentarias de la rodilla. 4. Reporte en el SINBA-SIS y expediente clínico.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.		
48	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. GPC-IMSS-034-08-EyR Diagnóstico y manejo del esguince de tobillo en la fase aguda para el primer nivel de atención. CIE-10 S93.4 Esguinces y torceduras del tobillo. CIE-10 S93.5 Esguinces y torceduras de dedo(s) del pie. CIE-10 S93.6 Esguinces y torceduras de otros sitios y de los no especificados del pie. CIE-9-MC 93.51 Aplicación de vendaje enyesado. CIE-9-MC 93.54 Aplicación de férula. Intervención 171. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Esguince de Tobillo y Pie	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa para el diagnóstico y tratamiento de esguince de tobillo y pie.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas de urgencias (inicial, de evolución, carta de consentimiento informado, interconsulta y de referencia/traslado en su caso). 3. Apego a la GPC-IMSS-034-08-EyR, diagnóstico y manejo del esguince de tobillo en la fase aguda para el primer nivel de atención.	1	Verificar: 1. Registro de ingreso de pacientes y diagnóstico de morbimortalidad. 2. Normas correspondientes al padecimiento. 3. GPC-IMSS-034-08-EyR, diagnóstico y manejo del esguince de tobillo en la fase aguda para el primer nivel de atención. 4. Reporte en el SINBA-SIS y expediente clínico.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.		
49			Verificar que se tenga acceso al procedimiento documentado para la identificación del paciente Acción Esencial 1 (A, B, D).	1	Verificar que: 1. El personal de salud identifica al paciente en el momento en que este solicita la atención y previo a la realización de procedimientos. 2. La identificación se hace con dos identificadores que siempre serán, por lo menos, el nombre completo del paciente y la fecha de nacimiento (año, mes y día). 3. El personal de salud comprueba el nombre completo del paciente y fecha de nacimiento. 4. En caso de que el paciente no esté consciente o en pacientes con cualquier tipo de discapacidad que impida la comunicación, los datos se validan con su familiar, antes de realizar cualquier procedimiento al paciente.	1	Verifica: 1. Que cuenta con elementos para la identificación (tarjeta de cabecera o pie de cama o brazalete o pulsera). 2. La identificación del paciente en soluciones intravenosas y dispositivos. 3. Los registros del área (nota de primera vez y notas de atención subsecuente, consentimientos informados, hojas diarias) cuenten con los dos identificadores.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.		
50			Verificar que el área cuente con un procedimiento documentado para la comunicación efectiva Acción Esencial 2 (A, B, C, D, F, G) definido y aplicado al Establecimiento.	1	Verificar que: 1. Se cuente con una bitácora específica para el registro de órdenes verbales y/o telefónicas. 2. Se conoce y sigue el procedimiento establecido de Escuchar-Repetir-Confirmar-Transcribir, la comunicación durante la transferencia, referencia, contra referencia y egreso.	1	Verificar registros de supervisión de seguimiento, llenado de la bitácora específica de registro de órdenes verbales y/o telefónicas, llenado en expediente clínico.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.		

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN									
JCSSA001401 HOSPITAL REGIONAL COCULA CAUSES-2N-2018									

JCSSA001401		HOSPITAL REGIONAL CUCULA											
URGENCIAS HP													
Normatividad aplicable		Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
			Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental			Criterios y Subcriterios	
			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:				
51	ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/09/17.	Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente	Verificar que el establecimiento cuente con un procedimiento documentado para la seguridad en el proceso de medicación Acción Esencial 3 (A, B, C, D, E, F, G, H, I) definido y aplicado al Establecimiento.	1	Verificar que: 1. Se tenga acceso al procedimiento para la seguridad en el proceso de medicación 2. El personal conozca lo relativo al procedimiento de seguridad en el proceso de medicación en las fases de: Prescripción, transcripción, dispensación, recepción y almacenamiento y administración de medicamentos 3. Que sepan la doble verificación en la preparación administración de medicamentos de alto riesgo 4. Notificación de eventos adversos relacionados con la medicación.	1	Verificar: 1. La existencia de alertas visuales en medicamentos con aspecto o nombre parecido. 2. Que se cuente con la lista de medicamentos con aspecto y nombre parecido.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, 4.2 Cumplimiento de la regulación, 7.1 Administración de procesos estratégicos. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos	1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la regulación, 7.1 Administración de procesos de apoyo integral.			
52			Verificar que el área cuente con un procedimiento documentado para la seguridad en los procedimientos: Acción Esencial 4B definido y aplicado al Establecimiento.	1	Verificar que se conozca y aplique el procedimiento que incluye: a. Aplicación del Tiempo Fuera para procedimientos fuera de quirófano. b. Que personal cuente con la capacitación para su aplicación.	1	Verificar: 1. Registros de supervisión de seguimiento. 2. Constancias de capacitación o listas de asistencia.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, 4.2 Cumplimiento de la regulación, 7.1 Administración de procesos estratégicos. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos	1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la regulación, 7.1 Administración de procesos de apoyo integral.			
53	Guía de equipamiento para carros rojos de CENETEC 2016.	Carro rojo	CARRO ROJO UNIDAD DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS : Verificar que cuenten con el carro rojo para el manejo del paro cardiorespiratorio.	1	Verificar: 1. Que existan los insumos requeridos para el ABC de la reanimación cardiorespiratoria. (Ver desglose). 2. Que la caducidad del material y medicamentos este vigente. 3. Que los insumos sean suficientes para la atención. 4. Que el personal conozca el manejo del monitor desfibrilador y las maniobras de reanimación cardiorespiratoria. 5. Que estén identificados los medicamos de alto riesgo y electrolitos.	1	Verificar: 1. Bitácora de control del carro para el manejo del paro cardiorespiratorio firmada por el responsable de turno. 2. Registro histórico del abastecimiento oportuno y completo del contenido del carro para para el manejo del paro cardiorespiratorio. 3. Registro de la prueba del trazo isoelectrico semanalmente. 4. Bitácora de mantenimiento del monitor-desfibrilador. 5. Protocolo de manejo de los medicamentos de alto riesgo y electrolitos.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, 4.2 Cumplimiento de la regulación, 7.1 Administración de procesos estratégicos. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos	1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la regulación, 7.1 Administración de procesos de apoyo integral.			
Equipo Médico y elementos complementarios													
54			Monitor-Desfibrilador Marcapaso con paletas para adulto y pediátricas.	1	Verificar: 1. Existencia de un Programa para la Gestión del Equipo y Tecnología Biomédica. 2. Que el equipo médico se encuentre funcionando y en buenas condiciones.	1	Verificar: 1. Identificación del inventario del equipo médico. 2. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo del equipo médico.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
55			Tanque de oxigeno con regulador y manómetro.	1	Verificar existencia, que se encuentre lleno y con fecha de última recarga de oxigeno y fecha de vencimiento o caducidad.	1	Verificar existencia, que se encuentre lleno y con fecha de última recarga de oxigeno y fecha de vencimiento o caducidad.	1					
56			Tabla de reanimación (Por lo menos 50 x 60 x 1.0 cm).	1	Verificar existencia y que se encuentre en buenas condiciones.	1	Verificar existencia y que se encuentre en buenas condiciones.	1					



CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN													
JCSSA001401 HOSPITAL REGIONAL COCULA													
URGENCIAS HP													
Normatividad aplicable	Concepto	Crterios a evaluar ESTRUCTURA	Puntaje	Crterios a evaluar PROCESO	Puntaje	Crterios a evaluar DOCUMENTAL	Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD					
		Evidencia Observacional		Evidencia Observacional		Evidencia Documental		Criterios y Subcriterios					
		El evaluador deberá:		El evaluador deberá:		El evaluador deberá:							
		Insumos de Carro Rojo Urgencias											
		Primer cajón											
	Guía de equipamiento para carros rojos de CENETEC 2016.	Agua inyectable.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4.- Planeación	4.1 Planeación estratégica.				
57		Adenosina solución inyectable 6 mg/2 ml.	1		1	Verificar sistema de abasto.	1						
58		Adrenalina (epinefrina) solución inyectable 1 mg / 1 ml.	1		1	Verificar sistema de abasto.	1						
59		Amiodarona solución inyectable 150 mg / 3 ml.	1		1	Verificar sistema de abasto.	1						
60		Atropina solución inyectable 1 mg /1 ml.	1		1	Verificar sistema de abasto.	1						
61		Bicarbonato de sodio solución inyectable al 7.5% (0.75 g).	1		1	Verificar sistema de abasto.	1						
62		Diazepam solución inyectable 10 mg / 2 ml omidazolam solución inyectable 5 mg / ml	1		1	Verificar sistema de abasto.	1						
63		Dobutamina solución inyectable 250 mg. *	1		1	Verificar sistema de abasto.	1						
64		Dopamina solución inyectable 200 mg / 5 ml. *	1		1	Verificar sistema de abasto.	1						
65		Esmolol solución inyectable 2.5 g / 10 ml *	1		1	Verificar sistema de abasto.	1						
66		Vecuronio solución inyectable 4 mg/ml.	1		1	Verificar sistema de abasto.	1						
*Deberá estar disponible en el Establecimiento.													
68		Gluconato de Calcio solución inyectable al 10%.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4.- Planeación	7.2 Administración de procesos de apoyo integral.				
69		Glucosa solución inyectable al 50% (adultos y pediatría) 10% (neonatología).	1		1	Verificar sistema de abasto.	1						
70		Hidrocortisona solución inyectable 100 mg.*	1		1	Verificar sistema de abasto.	1						
71		Metilprednisolona solución inyectable 40 mg. *	1		1	Verificar sistema de abasto.	1						
72		Nitroglicerina solución intravenosa 50 mg /10 ml *	1		1	Verificar sistema de abasto.	1						
73		Nitroprusiato de sodio solución inyectable 50 mg*	1		1	Verificar sistema de abasto.	1						
74		Sulfato de Magnesio solución inyectable 1g / 10 ml.	1		1	Verificar sistema de abasto.	1						
75		Lidocaina solución inyectable al 2%.	1		1	Verificar sistema de abasto.	1						
Segundo Cajón													
76		Guía de equipamiento para carros rojos de CENETEC 2016.	Parches para electrodo (pediátricos, neonatales).		1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1			Verificar sistema de abasto.	1	4.- Planeación	7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
77			Catéter para vena periférica (17,18, 20, 22, 24 fr)		1		1			Verificar sistema de abasto.	1		
78	Llave de tres vias.		1	1	Verificar sistema de abasto.		1						
79	Sonda de aspiración.		1	1	Verificar sistema de abasto.		1						
80	Jeringas de 5, 10, 20 ml.		1	1	Verificar sistema de abasto.		1						
81	Agujas hipodérmicas.		1	1	Verificar sistema de abasto.		1						
82	Equipo de venoclisis con microgotero.		1	1	Verificar sistema de abasto.		1						
83	Equipo de venoclisis con normogotero.		1	1	Verificar sistema de abasto.		1						

CALIFICACIÓN URGENCIAS HP	100.00%	
---------------------------	---------	--

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN										CAUSES-2N-2018		
HOSPITAL REGIONAL COCULA												
UNIDAD QUIRURGICA HG												
Normatividad aplicable	Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental			Evidencia Documental	
		El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:	
1	NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 4.12, 5.1.10, 6.6.2.2.9. NOM-045-SSA2-2005, en su numeral 10.6.7.2. NOM-001-SEDE-2012. Título 5, Especificaciones. Capítulo 5 Ambientes Especiales Artículo 517. ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/09/17. AESP 6C.	Condiciones generales	Verificar: 1. Existencia de señalización. 2. Que cuente con señalamiento de emergencia para protección civil. 3. Que el punto de reunión esté delimitado e identificado.	1	Verificar: 1. Que el área esté debidamente señalizada con rotulo de acceso restringido. 2. Que la iluminación y ventilación sean adecuadas. 3. Que la infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas se encuentre en buen estado.	1	Verificar: 1. Bitácora de control de aseo y limpieza del área firmada por el jefe de turno o supervisor. 2. Bitácora del mantenimiento preventivo-correctivo de la estructura e instalaciones. 3. Manual de procedimientos para determinar las características, la frecuencia del aseo y limpieza del área.	1	4.- Planeación. 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.		
2	NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, en su numeral 3.9, 4 y 6, NOM-016-SSA3-2012 en su numeral 5.1.2.4, Guía para el manejo de los residuos peligrosos biológico infecciosos en unidades de salud. Primera impresión: 2003.		Verificar: 1. Existencia de contenedores para el manejo del R.P.B.I.	1	Verificar: 1. Que se identifiquen y clasifiquen el R.P.B.I. 2. Que los R.P.B.I. Se envasen en los contenedores específicos para cada tipo de residuo (rojo o amarillo), inmediatamente después de su generación en el mismo lugar en que se originan. 3. Que los R.P.B.I. No sean mezclados con otro tipo de residuos. 4. Que los recipientes o bolsas estén marcados con el símbolo universal de riesgos biológico y la leyenda "Residuos Peligrosos Biológico-Infecciosos", que no deben llenarse más de un 80% de su capacidad y que estén bien cerrados. 5. Que exista ruta preestablecida para trasladar el R.P.B.I. Desde las áreas generadoras hasta el área de almacenamiento. 6. Que el periodo de almacenamiento temporal este de acuerdo al tipo de establecimiento generador de R.P.B.I. 7. El tratamiento o destino final del R.P.B.I.	1	Verificar bitácora de registro de la recolección del R.P.B.I. Con los datos específicos como fecha, peso, tipo de residuo, firma del responsable del área y firma del responsable de la recolección.	1	4.- Planeación. 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.		
3	NOM-016-SSA3-2012, en su numeral NOM-001-SEDE-2012, artículo 517, en su numeral 517-2, 517-30, 517-31, 517-33, 517-42, 517-44.	Requisitos generales CRITERIO MAYOR	Verificar: 1. Que el circuito eléctrico esté conectado a la planta de emergencia. 2. Que los contactos conectados a la planta de emergencia estén plenamente identificados con un color distintivo o una marca que los haga fácilmente identificables.	1	Verificar: 1. En el área su funcionamiento a través del equipo conectado a los contactos grado hospital. 2. Que el restablecimiento de la energía sea en un lapso de 10 segundos. O menor.	1	Verificar bitácoras de pruebas para el restablecimiento de la energía eléctrica.	1	4.- Planeación. 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.		
4	NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 6.6.2.2. NOM-045-SSA2-2005, en su numeral 3.1.13.1		Verificar: 1. Existencia de un área de circulación restringida y delimitada (acceso controlado). 2. Que cuente con acceso controlado para el paciente y para el personal.	1	Verificar: 1. Que el área este señalizada con rotulo de acceso restringido. 2. Que el ingreso sea a través de puertas y/o barreras físicas que impidan el libre paso de los pacientes y personal 3. Que se mantengan las condiciones de asepsia y ambiente estéril.	1	Verificar bitácora del procedimiento de desinfección de alto nivel del área.	1	4.- Planeación. 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.		
5	NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 4.4, 6.6.2.2.1, 6.6.2.2.2		Verificar: 1. Existencia de un Área de transferencia para pacientes y personal. 2. Que se cuente con una barrera física, mecanismo o sistema de separación.	1	Verificar: 1. Que el personal ingrese a la unidad quirúrgica a través del Área de vestidores y sanitarios. 2. Que se tenga continuidad de circulación hacia el pasillo de circulación blanca. 3. Que el egreso del personal del área de la salud sea a través del área gris hacia el área negra. 4. El ingreso y egreso de pacientes se lleve a cabo a través de un área de transferencia de camillas.	1	Verificar registro de capacitación al personal de salud en los flujos de ingreso y egreso.	1	4.- Planeación. 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.		
6	NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 6.6.2.2	Vestidores	Verificar: 1. Existencia de vestidores para el personal del Área de la salud por género.	1	Verificar: 1. señalización y existencia por género. 2. Que las instalaciones hidrosanitarias estén en buenas condiciones generales y funcionales. 3. Que la iluminación sea adecuada.	1	Verificar bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo de la estructura.	1	4.- Planeación. 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.		
7	NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 6.6.2.2, 6.6.2.2.3 y en su apéndice H. NOM-045-SSA2-2005, en su numeral 3.1.13.1 ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/09/17. AESP 5B	Pasillo de circulación blanca	Verificar: 1. Existencia de Lavabo o tarja para asepsia prequirúrgica de las manos, que el lavabo de cirujanos cuente con: bote para basura tipo municipal (bolsa de cualquier color, excepto rojo o amarillo), cepillera para uso quirúrgico, jabonera de pedal o su equivalente tecnológico, lavabo para cirujanos. 2. Que cuente con una ventanilla de comunicación de CbYB hacia el pasillo de la circulación blanca.	1	Verificar: 1. Que las instalaciones no tengan fugas hidrosanitarias. 2. Que el mobiliario se encuentre en buenas condiciones.	1	Verificar: 1. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo de la estructura. 2. Bitácora de abasto de insumos para el lavado y asepsia prequirúrgica. 3. Bitácora del procedimiento de desinfección de alto nivel del área.	1	4.- Planeación. 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.		

CJCSA001401										HOSPITAL REGIONAL COCHILA										UNIDAD QUIRURGICA NO										CABES-2N-0101									
Normatividad aplicable		Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD																											
			Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental			Criterios y Subcriterios																											
			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:																														
8			Verificar:1. Existencia de sala de operaciones. 2. Que las salas de operaciones tenga curvas sanitarias, las paredes estén recubiertas de material de fácil limpieza y que no tenga ranuras, orificios o poros. 3. Que la ventilación sea artificial con instalación que permita el aire impactado por la parte superior y extraído en la parte inferior (ductos de extracción de aire), que el sistema no recircule el aire para evitar la concentración de gases anestésicos y medicinales. 4. Que existan 2 puertas, las cuales deberán ser de doble abatimiento y requieren tener mirlillas.5. Piso resistente al agua, no conductor de corriente. 6. Que cuente con instalaciones fijas de oxígeno y aire.	1	Verificar: 1. Que el área se encuentre en buenas condiciones generales. 2. Que el equipo de ventilación funcione adecuadamente. 3. Que se realicen procesos de eliminación dirigidos a la destrucción de microorganismos en cualquier objeto inanimado utilizado en el hospital. 4. La filtración de aire deberá ser de alta eficiencia. 5. Que existan instalaciones fijas de oxígeno, y aire, codificados por colores: verde (oxígeno), y amarillo (aire).6. Que se respeten los flujos del pasillo de circulación blanca hacia el área gris a través de las dos puertas requeridas: una para el acceso de personal de salud y la otra puerta para el egreso del personal y paciente.	1	Verificar: 1. Registro s del control y mantenimiento de la ventilación (preferentemente deberá tener capacidad para llevar a cabo de 20 a 25 cambios de volumen de aire filtrado por hora). 2. Bitácora del procedimiento de desinfección de alto nivel del área.	1	4.- Planeación. 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.																													
9			Verificar: 1. Existencia por sala de operaciones del siguiente mobiliario: asiento, asiento giratorio con respaldo, banqueta de altura, bote para basura tipo municipal (bolsa de cualquier color, excepto rojo o amarillo), bote para RPBI (Bolsa roja), brazo giratorio (en su caso), cubeta de acero inoxidable, mesa carro anestesiólogo (en su caso), mesa Mayo con charola, mesa quirúrgica, mesa riñón, mesa transportadora de material, porta cubeta rodable, porta lebrillo doble, riel portavenoclisis.	1	Verificar: 1. Que el mobiliario se encuentren en buenas condiciones de pintura acabado cromado o metálico, sin zonas de oxidación o deterioro. 2. Que el mobiliario funcione.	1	Verificar bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo del mobiliario. 2. Inventario del mobiliario.	1	4.- Planeación. 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.																													
10			Verificar: 1. Que cuente con el siguiente equipo médico por sala de operaciones: aspirador de succión regulable, lámpara para emergencias portátil, lámpara doble para cirugía, megatiscopio, reloj para sala de operaciones con segundo, unidad electroquirúrgica. 2. Que cuente con instalaciones fijas de gases medicinales. 3. Que existan ductos de extracción de aire. 4. Que se cuente con dispositivos para succión de líquidos y secreciones.	1	Verificar: 1. Que el equipo se encuentre en buenas condiciones. 2. Que el equipo funcione.	1	Verificar: 1. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo del equipo. 2. Inventario del equipo. 3. Bitácora del procedimiento de desinfección de alto nivel del área.	1	4.- Planeación. 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.																													
11	NOM-016-SAA3-2012, en su numeral 6.6.2.2.2, 6.6.2.2.4, 6.6.2.2.4.1, 6.6.2.2.4.2, 6.6.2.2.4.3 y en su apéndice R. NOM-045-SAA2-2005, en su numeral 3.1.13.1., 10.6.7.1, 10.6.7.2, NOM-001-BDEH-2012, Título 5. Especificaciones, Capítulo 5 Ambientes Especiales Artículo 517, 517-19, 517-60, 517-61, 517-62, 517-63NOM-006-SAA3-2011, en su apéndice A. NOM-045-SAA2-2005, en su numeral 3.1.13.1., 10.6.4, 10.6.7, Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud, Diario Oficial de la Federación; (22 de junio de 2011), NOM-006-SAA3-2011, en su numeral 7.3, Apéndice A (Normativo).	Área Blanca (Criterio Mayor)	Verificar: 1 existencia por sala de operaciones del: Unidad básica de anestesia (De acuerdo al tipo de procedimientos puede ser una unidad intermedia de anestesia o una unidad avanzada de anestesia, que cuente como mínimo con un vaporizador, gabinete con ruedas, dos con freno, un cajón, mesa de trabajo con iluminación; en su caso, repisa para monitores; yugos para cilindros de O2 y N2O) medidores o mandómetros de presión del suministro de gases con alarma audible de baja presión; contactos eléctricos; batería de respaldo de acuerdo al equipo instalado; flujoímetros independientes para cada tipo de gas suministrados; flujo y visible; ventilador transportador adecuado a las necesidades del paciente; circuito de rehalación con sistema canister; monitor de signos vitales con despliegue de al menos cuatro trazos, uno específico para presión arterial invasiva.	1	Verificar: 1. Que se realicen procesos de eliminación dirigidos a la destrucción de microorganismos en cualquier objetivo inanimado utilizado en el hospital.	1	Verificar: 1. Inventario de equipo e instrumental. 2. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos de anestesia (funcionamiento de las alarmas y mantenidas activas) y del resto de equipos médicos 3. Registro diario de la revisión y comprobación (previo al inicio del procedimiento anestésico) del buen funcionamiento de la máquina de anestesia, así como, la disponibilidad de los fármacos necesarios. 4. Calibración periódica de los vaporizadores. 5. Registro del procedimiento de lavado y esterilización de los circuitos para ventilación de los equipos de anestesia que no sean desechables. 6. Registro del procedimiento de esterilización y desinfección de los equipos de apoyo respiratorio no invasivo (registrarse la fecha y hora de cambio). 7. Registro del procedimiento de lavado, esterilización o desinfección de los circuitos para ventilación, las bolsas de reanimación respiratoria que no sean desechables antes de volver a ser usados en otro paciente. 8. Sistema de abasto de medicamentos, libro de registro de medicamentos controlados y recetas médicas autorizadas. 9. Registro del procedimiento de lavado y esterilización o desinfección de los sensores de oxígeno antes de volver a ser usados en otro paciente. 10. Bitácora del procedimiento de desinfección de alto nivel del área.	1	4.- Planeación. 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.																													
12			Verificar existencia por sala de operaciones de acuerdo al tipo de paciente de: PEDIATRICA: 1. bolsa de reinhalación 0.5 l, 1.0l, 1.5l, circuito de reinhalación tipo Bain corto, hojas de laringscopio (juego) 00 - 2 rectas, hojas de laringscopio (juego) 0 - 2 curvas, mango de laringscopio, Máscarillas de anestesia transparentes (juego). No. 00.0, No. 0.0, No. 1.0, No. 2.0, Juego de elementos supraglóticos o su equivalente tecnológico, para pacientes pediátricos, Resucitador manual pediátrico, Dispositivo que asegure la estabilidad térmica del paciente, Tubos endotraqueales sin balón, transparentes y estériles (juego con números del 2.5 al 6.0 mm D.I.), Tubos endotraqueales con balón transparentes y estériles (juego con números del 6.0 al 9.5 mm D.I.), Guía flexible (conductor) para sondas endotraqueales pediátricas, Cánulas orofaríngeas (juego con números del 00 al 3), Retoscopio esofágico pediátrico, Pinza de Magill pediátrica. NEONATAL: 1. Resucitador manual neonatal, Dispositivo que asegure la estabilidad térmica del paciente.	1	Verificar: 1. Que el equipo, material e instrumental de anestesiología se encuentre en buenas condiciones y esté funcional. 2. Que los medicamentos con fecha de caducidad vigente.	1		1	4.- Planeación. 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.																													

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

JCSEA001401		HOSPITAL REGIONAL COCULA											
		UNIDAD QUIRURGICA HG											
Normatividad aplicable		Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
			Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental				
			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:				
13			Verificar: 1. Existencia de Área de recuperación post-anestésica. 2. Que cuente con mesa con tarja para hacer el lavado de los materiales e instrumental reutilizables. 3. Que se disponga de un área específica para el estacionamiento de camillas. 4. Que cuente con ventilación artificial. 5. Que cuente con equipo para aspiración controlada, así como tomas de oxígeno y de aire comprimido. 6. Que se cuente en recuperación pos anestésica con: bote para basura tipo municipal (bolsa de cualquier color, excepto rojo o amarillo), bote para RPBI (bolsa roja), carro camilla para recuperación, elemento divisorio de material antibacteriano, riel portavenoclisis, monitor de signos vitales: ECG, presión arterial por método no invasivo, temperatura y oxímetro. 7. Que se cuente con locales para guarda de ropa y equipos. 8. Que tenga como mínimo una cama-camilla por sala de operaciones. 9. Que cuenten con el material y los medicamentos requeridos en el área.	1	Verificar: 1. Que el espacio físico para la guarda de equipo y ropa sea adecuado y este en buenas condiciones. 2. Que se permita un espacio físico para el trabajo del personal de enfermería y anestesiología. 3. Que el estacionamiento de las camillas, se ubique de manera contigua a la zona de transferencia. 4. Que el equipo y mobiliario se encuentre en buenas condiciones y esté funcional. 5. Que los medicamentos y el material se encuentren en buenas condiciones y con fecha de caducidad vigente. 5. Que el médico anestesiólogo supervise al personal técnico durante la recuperación post quirúrgica del paciente.	1	Verificar: 1. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo de las tomas de pared. 2. Bitácora de mantenimiento preventivo correctivo del equipo y mobiliario. 3. Documento en el cual se establezcan procedimientos, medidas de distribución y entradas que disminuyen el riesgo de contaminación del área gris. 4. Bitácora de mantenimiento preventivo correctivo de la ventilación artificial. 5. Registro del procedimiento de lavado y esterilización o desinfección de los sensores de oxígeno antes de volver a ser usados en otro paciente. 6. Registro del procedimiento de limpieza y desinfección de las camas (cada vez que se desocupe). 7. Bitácora del procedimiento de desinfección de alto nivel del área. 8. Sistema de abasto de material y medicamentos. 9. Expediente clínico que contenga la nota post-anestésica y la nota de alta del área de recuperación considerando la calificación de ALDRETE.	1	4.- Planeación. 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
14	NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 6.6.1, 6.6.1.1, 6.6.1.1.1, 6.6.1.1.2, 6.6.1.1.4, 6.6.2.2, 6.6.2.2.5, 6.6.2.2.5.1, 6.6.2.2.5.2, 6.6.2.2.6, 6.6.2.2.7 y en su apéndice H, G. NOM-045-SSA2-2005, en su numeral 10.6.4, 10.6, 10.6.6, 10.6.7, 3.1.13.1. NOM-006-SSA3-2011, en su numeral 7.2, 7.3, Apéndice A, A.3 (Normativo) y 12. NOM-004-SSA3-21-012.		Verificar: 1. Que exista la central de enfermeras con espacio para trabajo de enfermeras y preparación de medicamentos, con mesa de trabajo con tarja de acero inoxidable ubicada de tal forma que permita el libre y rápido acceso a las áreas en donde se encuentran internados los pacientes.2. Que se disponga de un espacio físico o mobiliario para reperta, guarda de medicamentos, soluciones y material de curación. 3. Que cuenten con el material y los medicamentos requeridos en el área.	1	Verificar: 1. Que las áreas, dimensiones y circulaciones permitan el desarrollo de las funciones y actividades propias del personal de enfermería. 2. Que el espacio físico o mobiliario para guarda de medicamentos, soluciones y material de curación este en buenas condiciones, limpio y ordenado. 3. Que los medicamentos y el material se encuentren en buenas condiciones y con fecha de caducidad vigente.	1	1. Bitácora de control de aseo y limpieza del área firmada por el jefe de turno o supervisor. 2. Sistema de abasto de material y medicamentos.	1	4.- Planeación. 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
15		Área gris	Verificar: 1. Que exista en la central de enfermeras el siguiente mobiliario: asiento, bote para basura tipo municipal (bolsa cualquier color, excepto rojo o amarillo), bote para RPBI (bolsa roja), carro de curación, lavabo con cartel de la técnica de higiene de manos, mesa Mayo con charola, mesa Pasteur, mostrador escritorio, mueble para guarda de equipo e insumos, sistema porta expedientes. 2. Que exista en la central de enfermeras el siguiente equipo: caja de Doxym, caja para desinfección de instrumentos, equipo de curaciones, esfigmomanómetro aneroides (o su equivalente tecnológico), en su caso con brazalete pediátrico, estetoscopio, en su caso con capsula tamaño pediátrico, estuche de diagnóstico con oftalmoscopio, lebrillos, lámpara de haz dirigible, pinza de traslado, portavenoclisis rodable, termómetro, toruñero. 3. Que se cuente con pilas y focos de repuesto para el estuche de diagnóstico. 4. Que se tengan baterías de repuesto para los termómetros digitales. 5. Que el transfer de camillas cuente con: carro camilla tipo transfer. 6. Que el prelavado de instrumental cuente con: bote para RPBI (bolsa roja), mesa alta con doble fregadero central.	1	Verificar: 1. Que el mobiliario y equipo se encuentren en buenas condiciones. 2. Que el mobiliario y equipo funcionen. 3. Evaluar la técnica de higiene de manos. 4. Abasto e insumos para la higiene de manos: jabón (líquido o gel) y toallas desechables. 5. Que el instrumental de curaciones este en buenas condiciones. 6. Que el empaque del instrumental este rotulado con la fecha de esterilización.	1	Verificar: 1. Inventario del mobiliario y equipo. 2. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo del mobiliario y equipo. 3. Registro de la calibración del esfigmomanómetro. 4. resguardo del instrumental. 5. Bitácora de uso de los desinfectantes. 6. Registro y control del sistema de abasto de los insumos para la higiene de manos.	1	4.- Planeación. 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
16	NOM-006-SSA3-2011, en su apéndice C.		Verificar que se cuenta con equipamiento mínimo indispensable para el traslado intrahospitalario de pacientes en estado crítico: Mascarella válvula balón para presión positiva, fuente portátil de oxígeno, monitor de traslado, sistema de oxigenación o ventilación, camilla con barandales de traslado de paciente.	1	Verificar: 1. Que el equipo este en buenas condiciones y funcional.	1	Verificar: 1. Inventario del mobiliario y equipo. 2. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo del mobiliario y equipo.	1	4.- Planeación. 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
17	NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 4.12 Y 6.6.2.2.9		Verificar: 1. Existencia de cuarto séptico.	1	Verificar: 1. Que se utilice el cuarto séptico para el almacenamiento, limpieza y sanitización de los recipientes utilizados para recolectar las excretas de pacientes, así como para el acopio de ropa de cama y pacientes (que cuente con el equipamiento: Lava cómodos, tarja, mesa de trabajo, cómodos, orinales, repisas de acero inoxidable para el almacenamiento de utensilios varios.) 2. Que su ubicación sea accesible pero fuera del área de recuperación post-anestésica.	1	Verificar: 1. Bitácora de control de aseo y limpieza del área firmada por el jefe de turno o supervisor.	1	4.- Planeación. 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			

acreditación de establecimientos y servicios de atención médica

acreditación de establecimientos y servicios de atención médica

CEDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

JCSA00101		HOSPITAL REGIONAL COCULA											
		UNIDAD QUIRURGICA HG											
	Normatividad aplicable	Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
			Evidencia Observacional			Evidencia Documental			Evidencia Documental			Criterios y Subcriterios	
			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:				
32	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico.GPC-SS-015-08-EyR Diagnóstico y tratamiento de hernias inguinales y femorales. CIE-10 K40 Hernia inguinal. Reparación unilateral de hernia inguinal, no especificada de otra manera CIE-9-MC 53. Reparación abierta y otra reparación de hernia inguinal directa CIE-9-MC 53.01. Reparación abierta y otra reparación de hernia inguinal indirecta CIE-9-MC 53.02. Reparación abierta y otra reparación de hernia inguinal directa con injerto o prótesis. CIE-9-MC 53.03. Reparación abierta y otra reparación de hernia inguinal indirecta con injerto o prótesis CIE-9-MC 53.04. Reparación de hernia inguinal con injerto o prótesis no especificada de otra manera. CIE-9-MC 53.05. Reparación bilateral de hernia inguinal, no especificada de otra manera. CIE-9-MC 53.1. Reparación abierta y otra reparación bilateral de hernia inguinal directa CIE-9-MC 53.11. Reparación abierta y otra reparación bilateral de hernia inguinal indirecta CIE-9-MC 53.12. Reparación abierta y otra reparación bilateral de hernia inguinal, una directa y otra indirecta CIE-9-MC 53.13. Reparación abierta y otra reparación bilateral de hernia inguinal directa con injerto o prótesis CIE-9-MC 53.14. Intervención 235 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento de hernia inguinal	Verificar: 1. Existencia de casos en el registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y el registro de la programación quirúrgica.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro a en las notas médicas quirúrgicas (nota preoperatoria, lista de verificación para la seguridad de la cirugía, nota preanestésica, vigilancia y registro anestésico, nota postoperatoria, carta de consentimiento informado). 3. Apego a la GPC-SS-015-08-EyR Diagnóstico y tratamiento de hernias inguinales y femorales y normatividad correspondiente, protocolos de atención médica propios y árbol de toma de decisiones. 4. Que en la hoja de la lista de verificación para la seguridad de la cirugía este colocado el resultado del control de calidad del instrumental.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y en el registro de la programación quirúrgica. 3. GPC-SS-015-08-EyR Diagnóstico y tratamiento de hernias inguinales y femorales. 4. Reporte en el SINBA-SIS.	1	4.- Planeación. 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
33	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. GPC-IMSS-068-08-EyR Diagnóstico y reparación de la hernia umbilical. CIE-10 K42 Hernia umbilical. CIE-9-MC 53.4. Reparación de hernia umbilical. Intervención 236 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento de hernia umbilical	Verificar: 1. Existencia de casos en el registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y el registro de la programación quirúrgica.	1	Verificar: 1. Que el personal se encuentre en su área de trabajo en el turno correspondiente, portando uniforme y gafete, desarrollando las actividades correspondientes a su formación y perfil. 2. Que corresponda el registro de entrada y salida con el horario en Plantilla de personal. 3. Cumplir con las capacitaciones de los Programas establecidos y las específicas de acuerdo a su competencia	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y en el registro de la programación quirúrgica. 3. GPC-IMSS-068-08-EyR Diagnóstico y reparación de la hernia umbilical. 4. Registro en el SINBA-SIS.	1	4.- Planeación. 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
34	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico.GPC-SSA-211-09-EyR Diagnóstico y tratamiento quirúrgico de la hernia ventral. CIE-10 K43 Hernia ventral. Reparación de otra hernia de la pared abdominal anterior (sin injerto ni prótesis). CIE-9-MC 53.5. Otra reparación abierta de hernia incisional (eventración) con injerto o prótesis CIE-9-MC 53.61. Reparación abierta y otra reparación de otra hernia de la pared abdominal anterior con injerto o prótesis CIE-9-MC 53.69. Intervención 237 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento de hernia ventral	Verificar: 1. Existencia de casos en el registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y el registro de la programación quirúrgica.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro a en las notas médicas quirúrgicas (nota preoperatoria, lista de verificación para la seguridad de la cirugía, nota preanestésica, vigilancia y registro anestésico, nota postoperatoria, carta de consentimiento informado). 3. Apego a la GPC-SSA-211-09-EyR Diagnóstico y tratamiento quirúrgico de la hernia ventral y normatividad correspondiente, protocolos de atención médica propios y árbol de toma de decisiones. 4. Que en la hoja de la lista de verificación para la seguridad de la cirugía este colocado el resultado del control de calidad del instrumental.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y en el registro de la programación quirúrgica. 3. GPC-SSA-211-09-EyR Diagnóstico y tratamiento quirúrgico de la hernia ventral. 4. Registro en el SINBA-SIS.	1	4.- Planeación. 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
35	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. GPC-IMSS-710-14-EyR Intervenciones de enfermería para la atención del adulto con coledocolitiasis y colelitiasis crónica agudizada. GPC-IMSS-237-09-EyR Diagnóstico y tratamiento de coledocolitiasis/colecolitiasis en el primer y segundo nivel de atención. Colelitiasis CIE-10 K80. Colelitiasis CIE-10 K81. Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) CIE-9-MC 51.1. Colangiografía retrógrada endoscópica (CRE) CIE-9-MC 51.11. Colectistomía CIE-9-MC 51.22. Colectistomía laparoscópica CIE-9-MC 51.23. Incisión del conducto biliar para alivio de obstrucción. CIE-9-MC 51.4. Otra incisión del conducto biliar CIE-9-MC 51.5. Intervención 238 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento de coledocolitiasis y colelitiasis	Verificar: 1. Existencia de casos en el registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y el registro de la programación quirúrgica.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro a en las notas médicas quirúrgicas (nota preoperatoria, lista de verificación para la seguridad de la cirugía, nota preanestésica, vigilancia y registro anestésico, nota postoperatoria, carta de consentimiento informado). 3. Apego a las GPC-IMSS-710-14-EyR Intervenciones de enfermería para la atención del adulto con coledocolitiasis y colelitiasis crónica agudizada. GPC-IMSS-237-09-EyR Diagnóstico y tratamiento de coledocolitiasis/colecolitiasis en el primer y segundo nivel de atención y normatividad correspondiente, protocolos de atención médica propios y árbol de toma de decisiones. 4. Que en la hoja de la lista de verificación para la seguridad de la cirugía este colocado el resultado del control de calidad del instrumental.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y en el registro de la programación quirúrgica. 3. GPC-IMSS-710-14-EyR Intervenciones de enfermería para la atención del adulto con coledocolitiasis y colelitiasis crónica agudizada. 4. Registro en el SINBA-SIS.	1	4.- Planeación. 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
36	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. NOM-005-SSA2-1993 De los servicios de planificación familiar. GPC-SS-756-15-EyR Intervenciones de enfermería para la promoción de la planificación familiar en hombres y mujeres en edad fértil de 12 a 49 años en los tres niveles de atención. Esterilización CIE-10 Z30.7. Vasectomía sin bisturí CIE-9-MC 63.73. Intervención 253 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Metodo definitivo de planificación familiar hombres (vasectomía)	Verificar: 1. Existencia de casos en el registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y el registro de la programación quirúrgica.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro a en las notas médicas quirúrgicas (nota preoperatoria, lista de verificación para la seguridad de la cirugía, nota preanestésica, vigilancia y registro anestésico, nota postoperatoria, carta de consentimiento informado). 3. Apego a la GPC-SS-756-15-EyR Intervenciones de enfermería para la promoción de la planificación familiar en hombres y mujeres en edad fértil de 12 a 49 años en los tres niveles de atención y normatividad correspondiente, protocolos de atención médica propios y árbol de toma de decisiones. 4. Que en la hoja de la lista de verificación para la seguridad de la cirugía este colocado el resultado del control de calidad del instrumental.	1	1. Expediente clínico. 2. Registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y en el registro de la programación quirúrgica. 3. NOM-005-SSA2-1993 De los servicios de planificación familiar. 4. GPC-SS-756-15-EyR Intervenciones de enfermería para la promoción de la planificación familiar en hombres y mujeres en edad fértil de 12 a 49 años en los tres niveles de atención. 5. Registro en el SINBA-SIS.	1	4.- Planeación. 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planeación estratégica. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
37	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. GPC-SSA-289-10-EyR Circuncisión. Prepucio redundante, fimosis y parafimosis CIE-10 N47X. Circuncisión CIE-9-MC 64.0X. Intervención 254 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Circuncisión	Verificar: 1. Existencia de casos en el registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y el registro de la programación quirúrgica.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro a en las notas médicas quirúrgicas (nota preoperatoria, lista de verificación para la seguridad de la cirugía, nota preanestésica, vigilancia y registro anestésico, nota postoperatoria, carta de consentimiento informado). 3. Apego a la GPC-SSA-289-10-EyR Circuncisión y normatividad correspondiente, protocolos de atención médica propios y árbol de toma de decisiones. 4. Que en la hoja de la lista de verificación para la seguridad de la cirugía este colocado el resultado del control de calidad del instrumental.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y en el registro de la programación quirúrgica. 3. GPC-SSA-289-10-EyR Circuncisión. 4. Registro en el SINBA-SIS.	1	4.- Planeación. 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planeación estratégica. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
38	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. NOM-034-SSA2-2013 Para la prevención y control de los defectos al nacimiento. GPC-SSA-157-09-EyR Diagnóstico y tratamiento de criptorquidia. Testículo no descendido CIE-10 q53. Orquidopexia CIE-9-MC 62.5X. Intervención 255 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Orquidopexia	Verificar: 1. Existencia de casos en el registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y el registro de la programación quirúrgica.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro a en las notas médicas quirúrgicas (nota preoperatoria, lista de verificación para la seguridad de la cirugía, nota preanestésica, vigilancia y registro anestésico, nota postoperatoria, carta de consentimiento informado). 3. Apego a la GPC-SSA-157-09-EyR Diagnóstico y tratamiento de criptorquidia y normatividad correspondiente, protocolos de atención médica propios y árbol de toma de decisiones. 4. Que en la hoja de la lista de verificación para la seguridad de la cirugía este colocado el resultado del control de calidad del instrumental.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y en el registro de la programación quirúrgica. 3. NOM-034-SSA2-2013 Para la prevención y control de los defectos al nacimiento. 4. GPC-SSA-157-09-EyR Diagnóstico y tratamiento de criptorquidia. 5. Registro en el SINBA-SIS.	1	4.- Planeación. 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planeación estratégica. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			

SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD													
DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD													
acreditación de establecimientos y servicios de atención médica													
CAUSES-2N-2018													
CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN													
JCS5A001401													
HOSPITAL REGIONAL COCULA													
UNIDAD QUIRÚRGICA HG													
	Normatividad aplicable	Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
			Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental			Criterios y Subcriterios	
			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:				
39	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico.NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica. GPC-IMSS-176-09-EyR Diagnóstico y tratamiento de la hiperplasia prostática benigna. Hiperplasia de la próstata.CIE-10 N40.X. Otra prostatectomía transuretral CIE-9-MC 60.29. Excisión local de lesión de próstata CIE-9-MC 60.61. Otra prostatectomía CIE-9-MC 60.69. Intervención 256 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento de hiperplasia de la próstata	Verificar: 1. Existencia de casos en el registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y el registro de la programación quirúrgica.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro s en las notas médicas quirúrgicas (nota preoperatoria, lista de verificación para la seguridad de la cirugía, nota preanestésica, vigilancia y registro anestésico, nota postoperatoria, carta de consentimiento informado). 3. Apego a la GPC-IMSS-176-09-EyR Diagnóstico y tratamiento de la hiperplasia prostática benigna y normatividad correspondiente, protocolos de atención médica propios y árbol de toma de decisiones. 4. Que en la hoja de la lista de verificación para la seguridad de la cirugía este colocado el resultado del control de calidad del instrumental.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y en el registro de la programación quirúrgica. 3. NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica. 4. GPC-IMSS-176-09-EyR Diagnóstico y tratamiento de la hiperplasia prostática benigna. 5. Registro en el SINRA-SIS y en el SIUVE.	1	4.- Planeación. 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planeación estratégica. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
40	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. GPC-IMSS-360-13-EyR Prevención, diagnóstico y tratamiento del carcinoma basocelular. Otros tumores malignos de la piel CIE-10 C44. Biopsia de piel y tejido subcutáneo CIE-9-MC 86.11. Extirpación o destrucción de la lesión o tejido de piel y tejido subcutáneo CIE-9-MC 86.2. Otra extirpación local o destrucción de lesión o tejido de piel y tejido subcutáneo CIE-9-MC 86.3X. CIE-9-MC 86.4X Extirpación radical de lesión cutánea. Intervención 257 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Extirpación de lesión cancerosa de piel (no incluye melanoma)	Verificar: 1. Existencia de casos en el registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y el registro de la programación quirúrgica.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro s en las notas médicas quirúrgicas (nota preoperatoria, lista de verificación para la seguridad de la cirugía, nota preanestésica, vigilancia y registro anestésico, nota postoperatoria, carta de consentimiento informado). 3. Apego a la GPC-IMSS-360-13-EyR Prevención, diagnóstico y tratamiento del carcinoma basocelular y normatividad correspondiente, protocolos de atención médica propios y árbol de toma de decisiones. 4. Que en la hoja de la lista de verificación para la seguridad de la cirugía este colocado el resultado del control de calidad del instrumental.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y en el registro de la programación quirúrgica. 3. GPC-IMSS-360-13-EyR Prevención, diagnóstico y tratamiento del carcinoma basocelular. 4. Registro en el SINRA-SIS.	1	4.- Planeación. 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planeación estratégica. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
41	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. GPC-ISSSTE-550-12-EyR Tratamiento de los tumores benignos de tejidos blandos en adultos en el tercer nivel de atención. Tumor benigno lipomatoso de piel y de tejido subcutáneo de cabeza, cara y cuello. CIE-10 D17.0. Tumor benigno lipomatoso de piel y de tejido subcutáneo del tronco CIE-10 D17.1. Tumor benigno lipomatoso de piel y de tejido subcutáneo de miembros CIE-10 D17.2. Tumor benigno lipomatoso de piel y de tejido subcutáneo de otros sitios y de los no especificados. CIE-10 D17.3. Hemangioma, de cualquier sitio CIE-10 D18.0. Otros tumores benignos del tejido conjuntivo y tejido blando CIE-10 D21. Nevo melanocítico CIE-10 D22. Otros tumores benignos de la piel CIE-10 D23. Quiste pilonidal CIE-10 D25. Extirpación o destrucción de la lesión o tejido de piel y tejido subcutáneo CIE-9-MC 86.2. Extirpación radical de lesión cutánea CIE-9-MC 86.4X. Otras operaciones sobre piel y tejido subcutáneo CIE-9-MC 86.99.Intervención 258 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Extirpación de tumor benigno en tejidos blandos	Verificar: 1. Existencia de casos en el registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y el registro de la programación quirúrgica.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro s en las notas médicas quirúrgicas (nota preoperatoria, lista de verificación para la seguridad de la cirugía, nota preanestésica, vigilancia y registro anestésico, nota postoperatoria, carta de consentimiento informado). 3. Apego a la GPC-ISSSTE-550-12-EyR Tratamiento de los tumores benignos de tejidos blandos en adultos en el tercer nivel de atención y normatividad correspondiente, protocolos de atención médica propios y árbol de toma de decisiones. 4. Que en la hoja de la lista de verificación para la seguridad de la cirugía este colocado el resultado del control de calidad del instrumental.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y en el registro de la programación quirúrgica. 3. GPC-ISSSTE-550-12-EyR Tratamiento de los tumores benignos de tejidos blandos en adultos en el tercer nivel de atención. 4. Registro en el SINRA-SIS.	1	4.- Planeación. 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planeación estratégica. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
42	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. GPC-IMSS-361-12-EyR Amigdalectomía en niños. GPC-IMSS-326-10-EyR Diagnóstico y tratamiento del absceso profundo de cuello Enfermedades crónicas de las amígdalas y de las adenoides CIE-10 J35. Absceso periamigdalino CIE-10 J36X. Incisión y drenaje de amígdala y estructuras periamigdales CIE-9-MC 28.0X. Amigdalectomía sin adenoidectomía CIE-9-MC 28.2X. Amigdalectomía con adenoidectomía CIE-9-MC 28.3X. Extirpación de resto amigdalino CIE-9-MC 28.4X. Adenoidectomía sin Amigdalectomía CIE-9-MC 28.6X. Control de hemorragia después de Amigdalectomía y adenoidectomía CIE-9-MC 28.7X. Otras operaciones sobre amígdala y adenoides CIE-9-MC 28.9. Intervención 259 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Amigdalectomía con o sin adenoidectomía	Verificar: 1. Existencia de casos en el registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y el registro de la programación quirúrgica.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro s en las notas médicas quirúrgicas (nota preoperatoria, lista de verificación para la seguridad de la cirugía, nota preanestésica, vigilancia y registro anestésico, nota postoperatoria, carta de consentimiento informado). 3. Apego a las GPC-IMSS-361-12-EyR Amigdalectomía en niños. GPC-IMSS-326-10-EyR Diagnóstico y tratamiento del absceso profundo de cuello y normatividad correspondiente, protocolos de atención médica propios y árbol de toma de decisiones. 4. Que en la hoja de la lista de verificación para la seguridad de la cirugía este colocado el resultado del control de calidad del instrumental.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y en el registro de la programación quirúrgica. 3. GPC-IMSS-361-12-EyR Amigdalectomía en niños. GPC-IMSS-326-10-EyR Diagnóstico y tratamiento del absceso profundo de cuello. 4. Registro en el SINRA-SIS.	1	4.- Planeación. 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planeación estratégica. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
43	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico.GPC-IMSS-557-12-EyR Diagnóstico y tratamiento quirúrgico de papilomatosis laringes juvenil. Papilomavirus como causa de enfermedades clasificadas en otros capítulos CIE-10 B97.7. Tumor benigno de otras partes de la orofaringe CIE-10 D10.5. Tumor benigno de la nasofaringe CIE-10 D10.6. Tumor benigno de la hipofaringe CIE-10 D10.7. Tumor benigno de la faringe, parte no especificada CIE-10 D10.9. Tumor benigno de la laringe CIE-10 D14.1. Faringectomía (parcial) CIE-9-MC 29.33. Otra excisión o resección de lesión o tejido de la faringe CIE-9-MC 29.39. Otras operaciones sobre faringe CIE-9-MC 29.99. Otra excisión o destrucción de lesión o tejido de la laringe CIE-9-MC 30.09. Intervención 260 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Tratamiento quirúrgico de papiloma faríngeo (incluye papiloma laringeo)	Verificar: 1. Existencia de casos en el registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y el registro de la programación quirúrgica.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro s en las notas médicas quirúrgicas (nota preoperatoria, lista de verificación para la seguridad de la cirugía, nota preanestésica, vigilancia y registro anestésico, nota postoperatoria, carta de consentimiento informado). 3. Apego a la GPC-IMSS-557-12-EyR Diagnóstico y tratamiento quirúrgico de papilomatosis laringes juvenil y normatividad correspondiente, protocolos de atención médica propios y árbol de toma de decisiones. 4. Que en la hoja de la lista de verificación para la seguridad de la cirugía este colocado el resultado del control de calidad del instrumental.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y en el registro de la programación quirúrgica. 3. GPC-IMSS-557-12-EyR Diagnóstico y tratamiento quirúrgico de papilomatosis laringes juvenil. 4. Registro en el SINRA-SIS.	1	4.- Planeación. 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planeación estratégica. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
44	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico.NOM-034-SSA2-2013 Para la prevención y control de los defectos al nacimiento. NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica. GPC-IMSS-128-08-EyR Diagnóstico y tratamiento del estrabismo concomitante convergente en niños menores de 6 años en el segundo y tercer nivel de atención. GPC-IMSS-277-10-EyR Diagnóstico y tratamiento del estrabismo paralítico. Estrabismo paralítico CIE-10 H49. Otros estrabismos CIE-10 H50. Operaciones sobre un músculo con desprendimiento temporal del globo ocular CIE-9-MC 15.1. Otras operaciones sobre un músculo extraocular CIE-9-MC 15.2. Operaciones sobre dos o más músculos extraoculares con desprendimiento temporal del globo ocular, uno o ambos ojos CIE-9-MC 15.3X. Otras operaciones sobre dos o más músculos extraoculares, uno o ambos ojos CIE-9-MC 15.4X. Transposición de músculos extraoculares CIE-9-MC 15.5X. Revisión de intervención quirúrgica sobre músculo extraocular CIE-9-MC 15.6X. Intervención 262 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Reparación de labio hendido con o sin paladar hendido	Verificar: 1. Existencia de casos en el registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y el registro de la programación quirúrgica.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro s en las notas médicas quirúrgicas (nota preoperatoria, lista de verificación para la seguridad de la cirugía, nota preanestésica, vigilancia y registro anestésico, nota postoperatoria, carta de consentimiento informado). 3. Apego a la normatividad correspondiente, protocolos de atención médica propios y árbol de toma de decisiones. 4. Que en la hoja de la lista de verificación para la seguridad de la cirugía este colocado el resultado del control de calidad del instrumental.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y en el registro de la programación quirúrgica. 3. NOM-034-SSA2-2013 Para la prevención y control de los defectos al nacimiento. NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica. 4. Registro en el SINRA-SIS y SIUVE.	1	4.- Planeación. 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planeación estratégica. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
45	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. NOM-034-SSA2-2013 Para la prevención y control de los defectos al nacimiento. GPC-ISSSTE-128-08-EyR Diagnóstico y tratamiento del estrabismo concomitante convergente en niños menores de 6 años en el segundo y tercer nivel de atención. GPC-IMSS-277-10-EyR Diagnóstico y tratamiento del estrabismo paralítico. Estrabismo paralítico CIE-10 H49. Otros estrabismos CIE-10 H50. Operaciones sobre un músculo con desprendimiento temporal del globo ocular CIE-9-MC 15.1. Otras operaciones sobre un músculo extraocular CIE-9-MC 15.2. Operaciones sobre dos o más músculos extraoculares con desprendimiento temporal del globo ocular, uno o ambos ojos CIE-9-MC 15.3X. Otras operaciones sobre dos o más músculos extraoculares, uno o ambos ojos CIE-9-MC 15.4X. Transposición de músculos extraoculares CIE-9-MC 15.5X. Revisión de intervención quirúrgica sobre músculo extraocular CIE-9-MC 15.6X. Intervención 262 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Cirugía de asentamiento muscular para estrabismo	Verificar: 1. Existencia de casos en el registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y el registro de la programación quirúrgica.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro s en las notas médicas quirúrgicas (nota preoperatoria, lista de verificación para la seguridad de la cirugía, nota preanestésica, vigilancia y registro anestésico, nota postoperatoria, carta de consentimiento informado). 3. Apego a las GPC-ISSSTE-128-08-EyR Diagnóstico y tratamiento del estrabismo concomitante convergente en niños menores de 6 años en el segundo y tercer nivel de atención. GPC-IMSS-277-10-EyR Diagnóstico y tratamiento del estrabismo paralítico y normatividad correspondiente, protocolos de atención médica propios y árbol de toma de decisiones. 4. Que en la hoja de la lista de verificación para la seguridad de la cirugía este colocado el resultado del control de calidad del instrumental.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y en el registro de la programación quirúrgica. 3. GPC-IMSS-277-10-EyR Diagnóstico y tratamiento del estrabismo paralítico y tratamiento del estrabismo convergente en niños menores de 6 años en el segundo y tercer nivel de atención. GPC-IMSS-277-10-EyR Diagnóstico y tratamiento del estrabismo paralítico. 5. Registro en el SINRA-SIS.	1	4.- Planeación. 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planeación estratégica. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

JCBSA00101		HOSPITAL REGIONAL COCULA											
		UNIDAD QUIRURGICA HG											
	Normatividad aplicable	Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
			Evidencia Observacional			Evidencia Documental			Evidencia Documental			Criterios y Subcriterios	
			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:				
46	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico.NOM-034-SSA2-2013 Para la prevención y control de los defectos al nacimiento. GPC-188STE-128-08-EyR Diagnóstico y tratamiento del estrabismo concomitante convergente en niños menores de 6 años en el segundo y tercer nivel de atención. GPC-IMSS-277-10-EyR Diagnóstico y tratamiento del estrabismo paralítico. Estrabismo paralítico CIE-10 H49. Otros estrabismos CIE-10 H50. Operaciones sobre un músculo con desprendimiento temporal del globo ocular CIE-9-MC 15.1. Otras operaciones sobre un músculo extracocular CIE-9-MC 15.2. Operaciones sobre dos o más músculos extracoculares con desprendimiento temporal del globo ocular, uno o ambos ojos CIE-9-MC 15.3X. Otras operaciones sobre dos o más músculos extracoculares, uno o ambos ojos CIE-9-MC 15.4X. Transposición de músculos extracoculares CIE-9-MC 15.5X. Revisión de intervención quirúrgica sobre músculo extracocular CIE-9-MC 15.6X. Intervención 263 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Cirugía de alargamiento muscular para estrabismo	Verificar: 1. Existencia de casos en el registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y el registro de la programación quirúrgica.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro a en las notas médicas quirúrgicas (nota preoperatoria, lista de verificación para la seguridad de la cirugía, nota preanestésica, vigilancia y registro anestésico, nota postoperatoria, carta de consentimiento informado). 3. Apego a las GPC-188STE-128-08-EyR Diagnóstico y tratamiento del estrabismo concomitante convergente en niños menores de 6 años en el segundo y tercer nivel de atención. GPC-IMSS-277-10-EyR Diagnóstico y tratamiento del estrabismo paralítico y normatividad correspondiente, protocolos de atención médica propios y árbol de toma de decisiones. 4. Que en la hoja de la lista de verificación para la seguridad de la cirugía este colocado el resultado del control de calidad del instrumental.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y en el registro de la programación quirúrgica. 3. NOM-034-SSA2-2013 Para la prevención y control de los defectos al nacimiento. 4. GPC-188STE-128-08-EyR Diagnóstico y tratamiento del estrabismo concomitante convergente en niños menores de 6 años en el segundo y tercer nivel de atención. GPC-IMSS-277-10-EyR Diagnóstico y tratamiento del estrabismo paralítico. 5. Registro en el SINBA-SIS.	1	4.- Planeación. 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planeación estratégica. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
47	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico.GPC-IMSS-164-09-EyR Diagnóstico y tratamiento del paciente adulto con glaucoma de ángulo abierto. GPC-IMSS-163-09-EyR Diagnóstico y tratamiento del paciente adulto con glaucoma de ángulo cerrado. Glaucoma CIE-10 H40. Iridectomía e iridectomía simple CIE-9-MC 12.1. Intervención 264 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Tratamiento quirúrgico de glaucoma	Verificar: 1. Existencia de casos en el registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y el registro de la programación quirúrgica.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro a en las notas médicas quirúrgicas (nota preoperatoria, lista de verificación para la seguridad de la cirugía, nota preanestésica, vigilancia y registro anestésico, nota postoperatoria, carta de consentimiento informado). 3. Apego a las GPC-IMSS-164-09-EyR Diagnóstico y tratamiento del paciente adulto con glaucoma de ángulo abierto. GPC-IMSS-163-09-EyR Diagnóstico y tratamiento del paciente adulto con glaucoma de ángulo cerrado y normatividad correspondiente, protocolos de atención médica propios y árbol de toma de decisiones. 4. Que en la hoja de la lista de verificación para la seguridad de la cirugía este colocado el resultado del control de calidad del instrumental.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y en el registro de la programación quirúrgica. 3. GPC-IMSS-164-09-EyR Diagnóstico y tratamiento del paciente adulto con glaucoma de ángulo abierto. GPC-IMSS-163-09-EyR Diagnóstico y tratamiento del paciente adulto con glaucoma de ángulo cerrado. 4. Registro en el SINBA-SIS	1	4.- Planeación. 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planeación estratégica. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
48	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. GPC-IMSS-260-10-EyR Diagnóstico y tratamiento del pterigión primario recurrente. Pterigión CIE-10 H11.0. Excisión de pterigión CIE-9-MC 11.3. Intervención 265 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Tratamiento quirúrgico de pterigión	Verificar: 1. Existencia de casos en el registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y el registro de la programación quirúrgica.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro a en las notas médicas quirúrgicas (nota preoperatoria, lista de verificación para la seguridad de la cirugía, nota preanestésica, vigilancia y registro anestésico, nota postoperatoria, carta de consentimiento informado). 3. Apego a la GPC-IMSS-260-10-EyR Diagnóstico y tratamiento del pterigión primario recurrente y normatividad correspondiente, protocolos de atención médica propios y árbol de toma de decisiones. 4. Que en la hoja de la lista de verificación para la seguridad de la cirugía este colocado el resultado del control de calidad del instrumental.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y en el registro de la programación quirúrgica. 3. GPC-IMSS-260-10-EyR Diagnóstico y tratamiento del pterigión primario recurrente. 4. Registro en el SINBA-SIS.	1	4.- Planeación. 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planeación estratégica. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
49	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. NOM-034-SSA2-2013 Para la prevención y control de los defectos al nacimiento. GPC-IMSS-248-09-EyR Diagnóstico y manejo de la hidrocefalia congénita y adquirida en niños menores de un año de edad. Hidrocefalo CIE-10 Q91. Hidrocefalo congénito CIE-10 q03. Derivación ventricular a la cavidad y órganos abdominales CIE-9-MC 82.34. Revisión, extracción e irrigación de derivación ventricular CIE-9-MC 82.4. Incisión de peritoneo CIE-9-MC 34.95. Intervención 266 del CAUSES 2016.	Tratamiento quirúrgico de hidrocefalia	Verificar: 1. Existencia de casos en el registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y el registro de la programación quirúrgica.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro a en las notas médicas quirúrgicas (nota preoperatoria, lista de verificación para la seguridad de la cirugía, nota preanestésica, vigilancia y registro anestésico, nota postoperatoria, carta de consentimiento informado). 3. Apego a la Diagnostico y manejo de la hidrocefalia congénita y adquirida en niños menores de un año de edad y normatividad correspondiente, protocolos de atención médica propios y árbol de toma de decisiones. 4. Que en la hoja de la lista de verificación para la seguridad de la cirugía este colocado el resultado del control de calidad del instrumental.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y en el registro de la programación quirúrgica. 3. NOM-034-SSA2-2013 Para la prevención y control de los defectos al nacimiento. 4. GPC diagnóstico y manejo de la hidrocefalia congénita y adquirida en niños menores de un año de edad. 5. Registro en el SINBA-SIS.	1	4.- Planeación. 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planeación estratégica. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
50	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. Cateterismo arterial CIE-9-MC 38.91. Cateterismo de vena umbilical CIE-9-MC 38.92. Cateterismo venoso, no clasificado bajo otro concepto CIE-9-MC 38.93. Cateterismo venoso para diálisis renal CIE-9-MC 38.95. Cateterismo uretral CIE-9-MC 59.8X. Sustitución de catéter de herida CIE-9-MC 97.15. Extracción de tubo de ureterostomía y de catéter uretral CIE-9-MC 97.62. Extracción de tubo de cistostomía CIE-9-MC 97.63. Extracción de otro dispositivo de drenaje urinario CIE-9-MC 97.64. Intervención 267 del CAUSES 2016.	Colocación y retiro de diversos catéteres	Verificar: 1. Existencia de casos en el registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y el registro de la programación quirúrgica.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro a en las notas médicas quirúrgicas (nota preoperatoria, lista de verificación para la seguridad de la cirugía, nota preanestésica, vigilancia y registro anestésico, nota postoperatoria, carta de consentimiento informado). 3. Apego a la normatividad correspondiente, protocolos de atención médica propios y árbol de toma de decisiones. 4. Que en la hoja de la lista de verificación para la seguridad de la cirugía este colocado el resultado del control de calidad del instrumental.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y en el registro de la programación quirúrgica.	1	4.- Planeación. 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planeación estratégica. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
51	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. GPC-SS-450-11-EyR Disección radical de cuello. Disección radical de cuello, unilateral CIE-9-MC 40.41. Disección radical de cuello, bilateral CIE-9-MC 40.42. Intervención 268 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Disección radical de cuello	Verificar: 1. Existencia de casos en el registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y el registro de la programación quirúrgica.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro a en las notas médicas quirúrgicas (nota preoperatoria, lista de verificación para la seguridad de la cirugía, nota preanestésica, vigilancia y registro anestésico, nota postoperatoria, carta de consentimiento informado). 3. Apego a la GPC-SS-450-11-EyR Disección radical de cuello y normatividad correspondiente, protocolos de atención médica propios y árbol de toma de decisiones. 4. Que en la hoja de la lista de verificación para la seguridad de la cirugía este colocado el resultado del control de calidad del instrumental.	1	1. Expediente clínico. 2. Registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y en el registro de la programación quirúrgica. 3. GPC-SSA-451-11-EyR Toracotomía, toracoscopia y drenaje pleural. GPC-IMSS-243-09-EyR Diagnóstico y manejo del derrame pleural y normatividad correspondiente, protocolos de atención médica propios y árbol de toma de decisiones. 4. Registro en el SINBA-SIS.	1	4.- Planeación. 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planeación estratégica. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
52	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. GPC-SSA-451-11-EyR Toracotomía, toracoscopia y drenaje pleural. GPC-IMSS-243-09-EyR Diagnóstico y manejo del derrame pleural. Incisión de pared torácica CIE-9-MC 34.01. Toracotomía exploratoria CIE-9-MC 34.02. Resepectura a través de toracotomía reciente CIE-9-MC 34.03. Inserción de catéter intercostal para drenaje CIE-9-MC 34.04. Creación de derivación pleuroperitoneal CIE-9-MC 34.05. Otra incisión de pleura CIE-9-MC 34.09. Sellado de agua CIE-9-MC 34.0A. Extracción de tubo de toracotomía o de drenaje de la cavidad pleural CIE-9-MC 97.41. Intervención 269 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Toracotomía, pleurotomía y drenaje de tórax	Verificar: 1. Existencia de casos en el registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y el registro de la programación quirúrgica.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro a en las notas médicas quirúrgicas (nota preoperatoria, lista de verificación para la seguridad de la cirugía, nota preanestésica, vigilancia y registro anestésico, nota postoperatoria, carta de consentimiento informado). 3. Apego a las GPC-SSA-451-11-EyR Toracotomía, toracoscopia y drenaje pleural. GPC-IMSS-243-09-EyR Diagnóstico y manejo del derrame pleural y normatividad correspondiente, protocolos de atención médica propios y árbol de toma de decisiones. 4. Que en la hoja de la lista de verificación para la seguridad de la cirugía este colocado el resultado del control de calidad del instrumental.	1	1. Expediente clínico. 2. Registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y en el registro de la programación quirúrgica. 3. GPC-SSA-451-11-EyR Toracotomía, toracoscopia y drenaje pleural. GPC-IMSS-243-09-EyR Diagnóstico y manejo del derrame pleural. 4. Registro en el SINBA-SIS.	1	4.- Planeación. 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planeación estratégica. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			

Cédula de Evaluación para la Acreditación de Establecimientos de Segundo Nivel de Atención												acreditación de establecimientos y servicios de atención médica CAUSES-2N-2016	
HOSPITAL REGIONAL COCHUA													
Normatividad aplicable		Concepto	UNIDAD QUIRÚRGICA MG				Modelo de Gestión de Calidad en Salud						
			Criterios a evaluar ESTRUCTURA		efectúa	Criterios a evaluar PROCESO		efectúa	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		efectúa	Modelo de Gestión de Calidad en Salud	
			Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental			Evidencia Documental	
			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			Criterios y Subcriterios	
53	NOM-004-S8A3-2012 Del expediente clínico.NOM-017-S8A2-2012 Para la vigilancia epidemiológica. GPC-8-091-08-EyR Diagnóstico oportuno de displasia del desarrollo de la cadera del recién nacido en el primer nivel de atención.Luxación congénita de la cadera, unilateral CIE-10 Q65.0. Luxación congénita de la cadera bilateral CIE-10 Q65.1. Luxación congénita de la cadera, no especificada CIE-10 Q65.2 Osteotomía en cuña, fémur CIE-9-MC 77.25.Reducción cerrada de luxación de cadera CIE-9-MC 79.75. Reducción abierta de luxación de cadera CIE-9-MC 79.85. Intervención 270 del CAUSEBIS 2016. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOP 5/SER/2012. NOM-035-S8A3-2012 en Materia de Información de Salud.	Tratamiento quirúrgico de luxación congénita de cadera	Verificar: 1. Existencia de casos en el registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y el registro de la programación quirúrgica.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro s en las notas médicas quirúrgicas (nota preoperatoria, lista de verificación para la seguridad de la cirugía, nota preanestésica, vigilancia y registro anestésico, nota postoperatoria, carta de consentimiento informado). 3. Apoyo a las GPC-8-091-08-EyR Diagnóstico y tratamiento oportuno de displasia del desarrollo de la cadera del recién nacido en el primer nivel de atención y normatividad correspondiente, protocolos de atención médica propios y árbol de toma de decisiones. 4. Que en la hoja de la lista de verificación para la seguridad de la cirugía este colocado el resultado del control de calidad del instrumental.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y en el registro de la programación quirúrgica. 3. NOM-017-S8A2-2012. 4. GPC-8-091-08-EyR Diagnóstico y tratamiento oportuno de displasia del desarrollo de la cadera del recién nacido en el primer nivel de atención. 5. Registro en el SINRA-SIS y en el SUIVE.	1	4.- Planeación. 7.- Servicio de procesos.	4.1 Planecación estratégica. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
54	NOM-004-S8A3-2012 Del expediente clínico. NOM-034-S8A2-2013 Para la prevención y control de los defectos al nacimiento. GPC-SSA-288-10-EyR Diagnóstico y tratamiento oportuno de pie equino varo el paciente pediátrico Talipes equinovarus CIE-10 Q66.0. Tenotomía de Aquiles CIE-9-MC B3.11. Aplicación de vendaje enyesado CIE-9-MC 93.51.. Intervención 271 del CAUSEBIS 2016. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOP 5/SER/2012. NOM-035-S8A3-2012 en Materia de Información de Salud.	Tratamiento quirúrgico de pie equino en niños	Verificar: 1. Existencia de casos en el registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y el registro de la programación quirúrgica.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro s en las notas médicas quirúrgicas (nota preoperatoria, lista de verificación para la seguridad de la cirugía, nota preanestésica, vigilancia y registro anestésico, nota postoperatoria, carta de consentimiento informado), protocolo de atención médica propio y árbol de toma de decisiones. 4. Que en la hoja de la lista de verificación para la seguridad de la cirugía este colocado el resultado del control de calidad del instrumental.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y en el registro de la programación quirúrgica. 3. NOM-034-S8A2-2013 Para la prevención y control de los defectos al nacimiento. 4. GPC-SSA-288-10-EyR Diagnóstico y tratamiento del pie equino varo en el paciente pediátrico. 5. Registro en el SINRA-SIS.	1	4.- Planeación. 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planecación estratégica. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
55	NOM-004-S8A3-2012 Del expediente clínico.GPC-INMS-716-14-EyR Prevención, diagnóstico y tratamiento de venas varicosas recidivantes de miembros pélvicos inferiores post-safenectomía. GPC-INMS-175-09-EyR Prevención, diagnóstico y tratamiento de insuficiencia venosa crónica Insuficiencia venosa (crónica) (periferia) CIE-10 I87.2. Ligadura y extriripación de venas varicosas, venas de miembros inferiores CIE-9-MC 38.59.Intervención 272 del CAUSEBIS 2016.	Safenectomía	Verificar: 1. Existencia de casos en el registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y el registro de la programación quirúrgica.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro s en las notas médicas quirúrgicas (nota preoperatoria, lista de verificación para la seguridad de la cirugía, nota preanestésica, vigilancia y registro anestésico, nota postoperatoria, carta de consentimiento informado). 3. Apoyo a las GPC-INMS-716-14-EyR Prevención, diagnóstico y tratamiento de venas varicosas recidivantes de miembros pélvicos inferiores post-safenectomía. GPC-INMS-175-09-EyR Prevención, diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia venosa crónica y normatividad correspondiente, protocolos de atención médica propios y árbol de toma de decisiones. 4. Que en la hoja de la lista de verificación para la seguridad de la cirugía este colocado el resultado del control de calidad del instrumental.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y en el registro de la programación quirúrgica. 3. GPC-INMS-716-14-EyR Prevención, diagnóstico y tratamiento de venas varicosas recidivantes de miembros inferiores post-safenectomía. GPC-INMS-175-09-EyR Prevención, diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia venosa crónica.	1	4.- Planeación. 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planecación estratégica. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
56	NOM-004-S8A3-2012 Del expediente clínico.GPC-INMS-531-11-EyR Tratamiento quirúrgico de la inestabilidad anterior de hombro (articulación gleno-humeral) en el adulto. GPC-INMS-437-12-EyR Diagnóstico y tratamiento de las fracturas y luxaciones del codo en el niño. GPC-INMS-388-10-EyR Manejo de las lesiones ligamentarias de la rodilla. GPC-INMS-198-10-EyR Diagnóstico y tratamiento de lesiones traumáticas de codo en el adulto.Luxación de la articulación del hombro. CIE-10 S43.0. Luxación de la articulación acromioclavicular CIE-10 S43.1. Luxación de la articulación esternoclavicular CIE-10 S43.2. Luxación de otras partes de la cintura escapular y de las no especificadas CIE-10 S43.3. Luxación de la cabeza del radio CIE-10 S53.0. Luxación del codo, no especificada CIE-10 S53.1. Luxación de la muñeca CIE-10 S63.0. Luxación de dedos de la mano CIE-10 S63.1. Luxaciones múltiples de dedos de la mano CIE-10 S63.2. Luxación de la Cadera CIE-10 S73.0. Luxación de la rótula CIE-10 S83.0. Luxación de la rodilla CIE-10 S83.1. Luxación de la articulación del tobillo CIE-10 S93.0. Luxación de dedo(s) del pie CIE-10 S93.1. Luxación de otros sitios y los no especificados del pie CIE-10 S93.3. Luxaciones, torceduras y esguinces que afectan múltiples regiones del (de los) miembro(s) superior(es) CIE-10 T03.2. Luxaciones, torceduras y esguinces que afectan múltiples regiones del (de los) miembro(s) inferior(es) CIE-10 T03.3. Luxaciones, torceduras y esguinces que afectan múltiples regiones del (de los) miembro(s) superior(es) con miembro(s) inferior(es) CIE-10 T03.4. Reducción cerrada de luxación de sitio no especificado CIE-9-MC 79.7. Reducción abierta de luxación de sitio no especificado CIE-9-MC 79.8. Intervención 273 del CAUSEBIS 2016. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOP 5/SER/2012. NOM-035-S8A3-2012 en Materia de Información de Salud.	Reducción de luxaciones bajo anestesia por manipulación	Verificar: 1. Existencia de casos en el registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y el registro de la programación quirúrgica.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro s en las notas médicas quirúrgicas (nota preoperatoria, lista de verificación para la seguridad de la cirugía, nota preanestésica, vigilancia y registro anestésico, nota postoperatoria, carta de consentimiento informado). 3. Apoyo a las GPC-INMS-531-11-EyR Tratamiento quirúrgico de la inestabilidad anterior de hombro (articulación gleno-humeral) en el adulto. GPC-INMS-437-12-EyR Diagnóstico y tratamiento de las fracturas y luxaciones del codo en el niño. GPC-INMS-388-10-EyR Manejo de las lesiones ligamentarias de la rodilla. GPC-INMS-198-10-EyR Diagnóstico y tratamiento de lesiones traumáticas de codo en el adulto. Luxación de la articulación del hombro y normatividad correspondiente, protocolos de atención médica propios y árbol de toma de decisiones. 4. Que en la hoja de la lista de verificación para la seguridad de la cirugía este colocado el resultado del control de calidad del instrumental.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y en el registro de la programación quirúrgica. 3. GPC-INMS-531-11-EyR Tratamiento quirúrgico de la inestabilidad anterior de hombro (articulación gleno-humeral) en el adulto. GPC-INMS-437-12-EyR Diagnóstico y tratamiento de las fracturas y luxaciones del codo en el niño. GPC-INMS-388-10-EyR Manejo de las fracturas y luxaciones del codo en el niño. GPC-INMS-198-10-EyR Diagnóstico y tratamiento de lesiones traumáticas de codo en el adulto. Luxación de la articulación del hombro. 4. Registro en el SINRA-SIS.	1	4.- Planeación. 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planecación estratégica. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
57	NOM-004-S8A3-2012 Del expediente clínico. GPC-INMS-584-12-EyR Tratamiento de la fractura de clavícula en el adulto.Fractura de la clavícula CIE-10 S42.0. Extracción de dispositivos implantados en el hueso, escápula, clavicula y tórax (costillas y esterno) CIE-9-MC 78.61. Reducción cerrada de fractura con fijación interna, otros huesos específicos CIE-9-MC 79.19. Reducción abierta de fractura sin fijación, otros huesos específicos CIE-9-MC 79.29. Reducción abierta de fractura con fijación, otros huesos específicos CIE-9-MC 79.39. Reducción cerrada de epifisis separada, otros huesos específicos CIE-9-MC 79.49. Reducción abierta de epifisis separada, otros huesos específicos CIE-9-MC 79.59. Desbridamiento de sitio de fractura abierta, otros huesos específicos. CIE-9-MC 79.69.Otra inmovilización, presión y cuidado de herida CIE-9-MC 93.59. Intervención 274 del CAUSEBIS 2016. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOP 5/SER/2012. NOM-035-S8A3-2012 en Materia de Información de Salud.	Reducción quirúrgica de fractura de clavícula	Verificar: 1. Existencia de casos en el registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y el registro de la programación quirúrgica.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro s en las notas médicas quirúrgicas (nota preoperatoria, lista de verificación para la seguridad de la cirugía, nota preanestésica, vigilancia y registro anestésico, nota postoperatoria, carta de consentimiento informado). 3. Apoyo a las GPC-INMS-584-12-EyR Tratamiento de la fractura de clavícula en el adulto y normatividad correspondiente, protocolos de atención médica propios y árbol de toma de decisiones. 4. Que en la hoja de la lista de verificación para la seguridad de la cirugía este colocado el resultado del control de calidad del instrumental.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y en el registro de la programación quirúrgica. 3. GPC-INMS-584-12-EyR Tratamiento de la fractura de clavícula en el adulto.4. Registro en el SINRA-SIS.	1	4.- Planeación. 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planecación estratégica. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			



CEDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

JCSBA001401		HOSPITAL REGIONAL COCULA											
UNIDAD QUIRURGICA HG													
	Normatividad aplicable	Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
			Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental			Criterios y Subcriterios	
			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:				
58	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. GPC-IMSS-576-12-ByR Diagnóstico y tratamiento de fractura de húmero proximal cerrada en el adulto joven. GPC-IMSS-555-12-ByR Diagnóstico y tratamiento de fracturas de la diáfisis del húmero en el adulto. Fractura de la epifisis superior del húmero CIE-10 S42.2. Fractura de la diáfisis del húmero CIE-10 S42.3. Fractura de la epifisis inferior del húmero CIE-10 S42.4. Extracción de dispositivos implantados en el hueso. Húmero CIE-9-MC 78.62. Reducción cerrada de fractura sin fijación interna, húmero CIE-9-MC 79.01. Reducción cerrada de fractura con fijación interna, húmero CIE-9-MC 79.11. Reducción abierta de fractura sin fijación interna, húmero CIE-9-MC 79.21. Reducción abierta de fractura con fijación interna, húmero CIE-9-MC 79.31. Reducción cerrada de epifisis separada, húmero CIE-9-MC 79.41. Reducción abierta de epifisis separada, húmero CIE-9-MC 79.51. Desbridamiento de sitio de fractura abierta, húmero CIE-9-MC 79.61. Aplicación de vendaje enyesado CIE-9-MC 93.51. Intervención 275 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Reducción quirúrgica de fractura de húmero	Verificar: 1. Existencia de casos en el registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y el registro de la programación quirúrgica.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro s en las notas médicas quirúrgicas (nota preoperatoria, lista de verificación para la seguridad de la cirugía, nota preanestésica, vigilancia y registro anestésico, nota postoperatoria, carta de consentimiento informado). 3. Apego a las GPC-IMSS-576-12-ByR Diagnóstico y tratamiento de fractura de húmero proximal cerrada en el adulto joven. GPC-IMSS-555-12-ByR Diagnóstico y tratamiento de fracturas de la diáfisis del húmero en el adulto y normatividad correspondiente, protocolos de atención médica propios y árbol de toma de decisiones. 4. Que en la hoja de la lista de verificación para la seguridad de la cirugía este colocado el resultado del control de calidad del instrumental.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y en el registro de la programación quirúrgica. 3. GPC-IMSS-576-12-ByR Diagnóstico y tratamiento de fractura de húmero proximal cerrada en el adulto joven. GPC-IMSS-555-12-ByR Diagnóstico y tratamiento de fracturas de la diáfisis del húmero en el adulto. 4. Registro en el SINBA-SIS.	1	4.- Planeación. 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planeación estratégica. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
59	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. GPC-IMSS-636-13-ByR Rehabilitación de fractura distal de radio. GPC-IMSS-534-11-ByR Diagnóstico y tratamiento de fractura cerrada de la epifisis inferior del radio en los adultos mayores. GPC-IMSS-437-12-ByR Diagnóstico y tratamiento de las fracturas y luxaciones del codo en el niño. GPC-IMSS-266-10-ByR Diagnóstico y tratamiento de fracturas de antebrazo. Fractura de la epifisis superior del cúbito CIE-10 S52.0. Fractura de la epifisis superior del radio CIE-10 S52.1. Fractura de la diáfisis del cúbito CIE-10 S52.2. Fractura de la diáfisis del radio CIE-10 S52.3. Fractura de la diáfisis del cúbito y del radio CIE-10 S52.4. Fractura de la epifisis inferior del radio CIE-10 S52.5. Fractura de la epifisis inferior del cúbito y del radio CIE-10 S52.6. Fracturas múltiples del antebrazo CIE-10 S52.7. Extracción de dispositivos implantados en el hueso, radio y cúbito CIE-9-MC 78.63. Reducción cerrada de fractura sin fijación interna, radio y cúbito CIE-9-MC 79.02. Reducción cerrada de fractura con fijación interna, radio y cúbito CIE-9-MC 79.12. Reducción abierta de fractura sin fijación, radio y cúbito CIE-9-MC 79.22. Reducción abierta de fractura con fijación, radio y cúbito CIE-9-MC 79.32. Reducción cerrada de epifisis separada, radio y cúbito CIE-9-MC 79.42. Reducción abierta de epifisis separada, radio y cúbito CIE-9-MC 79.52. Desbridamiento de sitio de fractura abierta, radio y cúbito CIE-9-MC 79.62. Aplicación de vendaje enyesado CIE-9-MC 93.51. Intervención 276 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Reducción quirúrgica de fractura de cúbito y radio	Verificar: 1. Existencia de casos en el registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y el registro de la programación quirúrgica.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro s en las notas médicas quirúrgicas (nota preoperatoria, lista de verificación para la seguridad de la cirugía, nota preanestésica, vigilancia y registro anestésico, nota postoperatoria, carta de consentimiento informado). 3. Apego a las GPC-IMSS-636-13-ByR Rehabilitación de fractura distal de radio. GPC-IMSS-534-11-ByR Diagnóstico y tratamiento de fractura cerrada de la epifisis inferior del radio en los adultos mayores. GPC-IMSS-437-12-ByR Diagnóstico y tratamiento de las fracturas y luxaciones del codo en el niño. GPC-IMSS-266-10-ByR Diagnóstico y tratamiento de fracturas de antebrazo y normatividad correspondiente, protocolos de atención médica propios y árbol de toma de decisiones. 4. Que en la hoja de la lista de verificación para la seguridad de la cirugía este colocado el resultado del control de calidad del instrumental.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y en el registro de la programación quirúrgica. 3. GPC-IMSS-636-13-ByR Rehabilitación de fractura distal de radio. GPC-IMSS-534-11-ByR Diagnóstico y tratamiento de fractura cerrada de la epifisis inferior del radio en los adultos mayores. GPC-IMSS-437-12-ByR Diagnóstico y tratamiento de las fracturas y luxaciones del codo en el niño. GPC-IMSS-266-10-ByR Diagnóstico y tratamiento de fracturas de antebrazo. 4. Registro en el SINBA-SIS.	1	4.- Planeación. 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planeación estratégica. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
60	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. GPC-IMSS-065-08-ByR Diagnóstico y manejo integral de las lesiones traumáticas de mano en el adulto. Fractura de la epifisis inferior del radio CIE-10 S52.5. Fractura a nivel de la muñeca y de la mano CIE-10 S62. Extracción de dispositivos implantados en el hueso, carpianos y metacarpianos CIE-9-MC 78.64. Reducción cerrada de fractura sin fijación interna, carpianos y metacarpianos CIE-9-MC 79.03. Reducción cerrada de fractura sin fijación interna, falanges y mano CIE-9-MC 79.04. Reducción cerrada de fractura con fijación interna, carpianos y metacarpianos CIE-9-MC 79.13. Reducción cerrada de fractura con fijación interna, falanges y mano CIE-9-MC 79.14. Reducción abierta de fractura sin fijación, carpianos y metacarpianos CIE-9-MC 79.23. Reducción abierta de fractura sin fijación, falanges y mano CIE-9-MC 79.24. Reducción abierta de fractura con fijación, carpianos y metacarpianos CIE-9-MC 79.33. Reducción abierta de fractura con fijación, falanges y mano CIE-9-MC 79.34. Reducción cerrada de epifisis separada, carpianos CIE-9-MC 79.43. Intervención 277 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Reducción quirúrgica de fractura de mano	Verificar: 1. Existencia de casos en el registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y el registro de la programación quirúrgica.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro s en las notas médicas quirúrgicas (nota preoperatoria, lista de verificación para la seguridad de la cirugía, nota preanestésica, vigilancia y registro anestésico, nota postoperatoria, carta de consentimiento informado). 3. Apego a la GPC-IMSS-065-08-ByR Diagnóstico y manejo integral de las lesiones traumáticas de mano en el adulto y normatividad correspondiente, protocolos de atención médica propios y árbol de toma de decisiones. 4. Que en la hoja de la lista de verificación para la seguridad de la cirugía este colocado el resultado del control de calidad del instrumental.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y en el registro de la programación quirúrgica. 3. GPC-IMSS-065-08-ByR Diagnóstico y manejo integral de las lesiones traumáticas de mano en el adulto. 4. Registro en el SINBA-SIS.	1	4.- Planeación. 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planeación estratégica. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			

JCSA01401		HOSPITAL REGIONAL COCHILA		UNIDAD QUIRÚRGICA HG											
	Normatividad aplicable	Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MÓDULO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD			
			Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental			Criterios y Subcriterios			
			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:						
61.	NOM-004-SAA3-2012 Del expediente clínico. GPC-S8-017-08-EyR Prevención y diagnóstico de fractura de cadera en el adulto en el primer nivel de atención. GPC-IMS8-603-13-EyR Intervenciones de enfermería en la atención del adulto mayor con fractura de cadera. GPC-IMS8-573-12-EyR Tratamiento de fracturas desplazadas del cuello femoral con artroplastia total en adultos mayores de 65 años. GPC-IMS8-267-10-EyR Diagnóstico y tratamiento de las fracturas transrotatorias en pacientes mayores de 65 años. GPC-IMS8-115-08-EyR Diagnóstico y tratamiento de fracturas intracapsulares del extremo proximal del fémur. Fractura del fémur CIE-10 S82.4. Fractura del cuello de fémur CIE-10 S72.0. Fractura petrocantábrica CIE-10 S72.1. Fractura subtrocanterica CIE-10 S72.2. Reparación de cadera, no especificada bajo otro concepto CIE-9-MC 81.4. Sustitución parcial de cadera CIE-9-MC 81.52. Intervención 278 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOP 5/SER/2012. NOM-035-SAA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Reducción quirúrgica de fractura de cadera	Verificar: 1. Existencia de casos en el registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y el registro de la programación quirúrgica.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro a en las notas médicas quirúrgicas (nota preoperatoria, lista de verificación para la seguridad de la cirugía, nota preanestésica, vigilancia y registro anestésico, nota postoperatoria, carta de consentimiento informado). 3. Apoyo a las GPC-S8-017-08-EyR Prevención y diagnóstico de fractura de cadera en el adulto en el primer nivel de atención. GPC-IMS8-603-13-EyR Intervenciones de enfermería en la atención del adulto mayor con fractura de cadera. GPC-IMS8-573-12-EyR Tratamiento de fracturas desplazadas del cuello femoral con artroplastia total en adultos mayores de 65 años. GPC-IMS8-267-10-EyR Diagnóstico y tratamiento de las fracturas transrotatorias en pacientes mayores de 65 años. GPC-IMS8-115-08-EyR Diagnóstico y tratamiento de fracturas intracapsulares del extremo proximal del fémur. Fractura del acetábulo y normatividad correspondiente, protocolos de atención médica propios y árbol de toma de decisiones. 4. Que en la hoja de la lista de verificación para la seguridad de la cirugía este colocado el resultado del control de calidad del instrumental.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y en el registro de la programación quirúrgica.	1	4.- Planeación. 7.- Mejora de procesos.	4.1. Planeación estratégica. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.					
62.	NOM-004-SAA3-2012 Del expediente clínico. Fractura de la diáfisis del fémur CIE-10 S72.3. Fractura de la epifisis inferior del fémur CIE-10 S72.4. Fracturas múltiples del fémur CIE-10 S72.7. Fracturas de otras partes del fémur CIE-10 S72.8. Fractura del fémur, parte no especificada CIE-10 S72.9. Extracción de dispositivos implantados en el hueso, fémur CIE-9-MC 78.65. Reducción cerrada de fractura sin fijación interna, fémur CIE-9-MC 79.05. Reducción abierta de fractura sin fijación interna, fémur CIE-9-MC 79.15. Reducción abierta de fractura sin fijación, fémur CIE-9-MC 79.25. Reducción abierta de fractura con fijación, fémur CIE-9-MC 79.35. Reducción abierta de fractura con fijación interna, fémur CIE-9-MC 79.45. Reducción abierta de epifisis separada, fémur CIE-9-MC 79.55. Intervención 279 del CAUSES 2016.	Reducción quirúrgica de fractura de fémur	Verificar: 1. Existencia de casos en el registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y el registro de la programación quirúrgica.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro a en las notas médicas quirúrgicas (nota preoperatoria, lista de verificación para la seguridad de la cirugía, nota preanestésica, vigilancia y registro anestésico, nota postoperatoria, carta de consentimiento informado). 3. Apoyo a la normatividad correspondiente, protocolos de atención médica propios y árbol de toma de decisiones. 4. Que en la hoja de la lista de verificación para la seguridad de la cirugía este colocado el resultado del control de calidad del instrumental.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y en el registro de la programación quirúrgica.	1	4.- Planeación. 7.- Mejora de procesos.	4.1. Planeación estratégica. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.					
63.	NOM-004-SAA3-2012 Del expediente clínico. GPC-IMS8-578-12-EyR Diagnóstico y tratamiento de fractura cerrada de meseta tibial en el adulto. GPC-IMS8-493-11-EyR Tratamiento de la fractura de tobillo en el adulto. GPC-IMS8-139-08-EyR Diagnóstico y tratamiento de fractura de la diáfisis de tibia. Fractura de rótula CIE-10 S82.0. Fractura de la epifisis superior de la tibia CIE-10 S82.1. Fractura de la diáfisis de la tibia CIE-10 S82.2. Fractura de la epifisis inferior de la tibia CIE-10 S82.3. Fractura de la pierna sin reducción de fractura, tibia y peroné CIE-9-MC 78.57. Extracción de dispositivos implantados en el hueso, tibia y peroné CIE-9-MC 78.67. Reducción cerrada de fractura sin fijación interna, tibia y peroné CIE-9-MC 79.06. Reducción cerrada de fractura con fijación interna tibia y peroné CIE-9-MC 79.16. Intervención 280 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOP 5/SER/2012. NOM-035-SAA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Reducción quirúrgica de fractura de tibia y peroné	Verificar: 1. Existencia de casos en el registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y el registro de la programación quirúrgica.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro a en las notas médicas quirúrgicas (nota preoperatoria, lista de verificación para la seguridad de la cirugía, nota preanestésica, vigilancia y registro anestésico, nota postoperatoria, carta de consentimiento informado). 3. Apoyo a las GPC-IMS8-578-12-EyR Diagnóstico y tratamiento de fractura de meseta tibial en el adulto. GPC-IMS8-493-11-EyR Tratamiento de la fractura de tobillo en el adulto. GPC-IMS8-139-08-EyR Diagnóstico y tratamiento de fractura de la diáfisis de tibia y normatividad correspondiente, protocolos de atención médica propios y árbol de toma de decisiones. 4. Que en la hoja de la lista de verificación para la seguridad de la cirugía este colocado el resultado del control de calidad del instrumental.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y en el registro de la programación quirúrgica. 3. GPC-IMS8-578-12-EyR Diagnóstico y tratamiento de fractura cerrada de meseta tibial en el adulto. GPC-IMS8-493-11-EyR Tratamiento de la fractura de tobillo en el adulto. GPC-IMS8-139-08-EyR Diagnóstico y tratamiento de fractura de la diáfisis de tibia. 4. Registro en el SINRA-SIS.	1	4.- Planeación. 7.- Mejora de procesos.	4.1. Planeación estratégica. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.					
64.	NOM-004-SAA3-2012 Del expediente clínico.GPC-IMS8-501-11-EyR Tratamiento de las fracturas del pie en adultos. GPC-IMS8-493-11-EyR Fractura del maléolo interno Tratamiento de la fractura de tobillo en el adulto. CIE-10 S82.5. Fractura del maléolo externo CIE-10 S82.6. Fractura de otras partes de la pierna CIE-10 S82.8. Fractura del pie, excepto del tobillo CIE-10 S82.9. Extracción de dispositivos implantados en el hueso, tarsianos y metatarsianos CIE-9-MC 78.68. Reducción cerrada de fractura sin fijación interna, tarsiano y metatarsianos CIE-9-MC 79.07. Reducción cerrada de fractura sin fijación interna, falanges y pie CIE-9-MC 79.17. Reducción cerrada de fractura con fijación interna, tarsianos y metatarsianos CIE-9-MC 79.17. Reducción cerrada de fractura con fijación interna, falanges y pie CIE-9-MC 79.18. Reducción abierta de fractura sin fijación, tarsianos y metatarsianos. CIE-9-MC 79.27. Reducción abierta de fractura sin fijación, tarsianos y pie CIE-9-MC 79.28.Reducción abierta de fractura con fijación, tarsianos y metatarsianos CIE-9-MC 79.37. Reducción abierta de fractura con fijación, falanges y pie CIE-9-MC 79.38. Aplicación de vendaje yesado CIE-9-MC 93.51. Intervención 281 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOP 5/SER/2012. NOM-035-SAA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Reducción quirúrgica de fractura de tobillo y pie	Verificar: 1. Existencia de casos en el registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y el registro de la programación quirúrgica.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro a en las notas médicas quirúrgicas (nota preoperatoria, lista de verificación para la seguridad de la cirugía, nota preanestésica, vigilancia y registro anestésico, nota postoperatoria, carta de consentimiento informado). 3. Apoyo a las GPC-IMS8-501-11-EyR Tratamiento de las fracturas del pie en adultos. GPC-IMS8-493-11-EyR Fractura del maléolo interno Tratamiento de la fractura de tobillo en el adulto y normatividad correspondiente, protocolos de atención médica propios y árbol de toma de decisiones. 4. Que en la hoja de la lista de verificación para la seguridad de la cirugía este colocado el resultado del control de calidad del instrumental.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y en el registro de la programación quirúrgica. 3. GPC-IMS8-501-11-EyR Tratamiento de las fracturas del pie en adultos. GPC-IMS8-493-11-EyR Fractura del maléolo interno Tratamiento de la fractura de tobillo en el adulto. 4. Registro en el SINRA-SIS.	1	4.- Planeación. 7.- Mejora de procesos.	4.1. Planeación estratégica. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.					
65.	NOM-004-SAA3-2012 Del expediente clínico.GPC-IMS8-577-12-EyR Diagnóstico y tratamiento de las lesiones de meniscos en rodilla del adulto. GPC-IMS8-388-10-EyR Manejo de las lesiones ligamentarias de la rodilla. Luxación recidivante de la rodilla CIE-10 M22.0. Subluxación recidivante de la rótula CIE-10 M22.1. Otros desarreglos de la rótula CIE-10 M22.3. Otros trastornos de la rótula CIE-10 M22.8. Trastorno de la rótula, no especificado CIE-10 M22.9. Trastorno interno de la rodilla CIE-10 M23. Luxación, esguince y luxación de articulaciones de la rodilla A76CIE-10 S83. Otra artrosis, rodilla CIE-9-MC 80.16. Artrospectia, rodilla CIE-9-MC 80.26 Sinovectomía, rodilla CIE-9-MC 80.76. Reparación "cinco en uno" de rodilla CIE-9-MC 81.42. Reparación de una triada de rodilla CIE-9-MC 81.43. Estabilización de rótula CIE-9-MC 81.44. Otra reparación de los ligamentos cruzados CIE-9-MC 81.45. Otra reparación de los ligamentos colaterales CIE-9-MC 81.46. Otra reparación de rodilla CIE-9-MC 81.47. Intervención 282 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOP 5/SER/2012. NOM-035-SAA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Tratamiento artroscópico de las lesiones de la rodilla	Verificar: 1. Existencia de casos en el registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y el registro de la programación quirúrgica.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro a en las notas médicas quirúrgicas (nota preoperatoria, lista de verificación para la seguridad de la cirugía, nota preanestésica, vigilancia y registro anestésico, nota postoperatoria, carta de consentimiento informado). 3. Apoyo a las GPC-IMS8-577-12-EyR Diagnóstico y tratamiento de las lesiones de meniscos en rodilla del adulto. GPC-IMS8-388-10-EyR Manejo de las lesiones ligamentarias de la rodilla y normatividad correspondiente, protocolos de atención médica propios y árbol de toma de decisiones. 4. Que en la hoja de la lista de verificación para la seguridad de la cirugía este colocado el resultado del control de calidad del instrumental.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y en el registro de la programación quirúrgica. 3. GPC-IMS8-577-12-EyR Diagnóstico y tratamiento de las lesiones de meniscos en rodilla del adulto. GPC-IMS8-388-10-EyR Manejo de las lesiones ligamentarias de la rodilla. 4. Registro en el SINRA-SIS.	1	4.- Planeación. 7.- Mejora de procesos.	4.1. Planeación estratégica. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.					

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN													
HOSPITAL REGIONAL COCULA													
UNIDAD QUIRÚRGICA HG													
CJCSA001401	Normatividad aplicable	Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
			Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental			Criterios y Subcriterios	
			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:				
71	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. GPC-ISSSTE-660-13-EyR Diagnóstico y tratamiento de la condilomatosis anal en pacientes pediátricos y adultos en los tres niveles de atención. GPC-ISSSTE-658-13-EyR Tratamiento del condiloma acumulado en mujeres en edad reproductiva en los tres niveles de atención. CIE-10 A63.0. Verrugas (verrugas) anogenitales. Otra excisión de boca CIE-9-MC 27.49 Otra extirpación local o eliminación (destrucción) de lesión o de tejido del ano. CIE-9-MC 49.39. Excisión local o destrucción de lesión de pene CIE-9-MC 64.2X Destrucción de lesión del cuello uterino por criocirugía. CIE-9-MC 67.33. Otra excisión o destrucción de lesión o tejido del cuello uterino. CIE-9-MC 67.39 Excisión o destrucción de lesión de vagina. CIE-9-MC 70.33 Otras operaciones sobre los órganos genitales. Intervención 239 del CAUSES 2016.	Diagnóstico y tratamiento quirúrgico de los condilomas	Verificar: 1. Existencia de casos en el registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y el registro de la programación quirúrgica.		1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro s en las notas médicas quirúrgicas (nota preoperatoria, lista de verificación para la seguridad de la cirugía, nota preanestésica, vigilancia y registro anestésico, nota postoperatoria, carta de consentimiento informado). 3. Apego a las guías de práctica clínica.		1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y en el registro de la programación quirúrgica.		1	4.- Planeación. 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planeación estratégica. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
72	NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico. CIE-10 E28.2 Síndrome de ovario poliquístico. Quiste folicular del ovario CIE-10 N83.0. Quiste del cuerpo amarillo CIE-10 N83.1. Otros quistes ováricos y los no especificados CIE-10 N83.2. Ooforectomía CIE-9-MC 65.3. Excisión local o destrucción de lesión o tejido de ovario CIE-9-MC 65.2. Ooforectomía unilateral. CIE-9-MC 65.3 Ooforectomía bilateral. GPC-SSA-293-10-EyR Diagnóstico y tratamiento del síndrome de ovarios poliquísticos. Intervención 240 del CAUSES 2016.	Diagnóstico y tratamiento de quistes de ovario	Verificar: 1. Existencia de casos en el registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y el registro de la programación quirúrgica.		1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro s en las notas médicas quirúrgicas (nota preoperatoria, lista de verificación para la seguridad de la cirugía, nota preanestésica, vigilancia y registro anestésico, nota postoperatoria, carta de consentimiento informado). 3. Apego a las guías de práctica clínica.		1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y en el registro de la programación quirúrgica.		1	4.- Planeación. 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planeación estratégica. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
73	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. Torsión de ovario, pedículo de ovario y trompa de Falopio. CIE-10 N83.5 Ooforectomía laparoscópica. CIE-9-MC 65.01 Otra ooforectomía. CIE-9-MC 65.09 Ooforectomía unilateral laparoscópica. CIE-9-MC 65.31. Otra ooforectomía unilateral. CIE-9-MC 65.39 Salpingooforectomía unilateral CIE-9-MC 65.4. Ooforectomía bilateral CIE-9-MC 65.5. Salpingooforectomía bilateral CIE-9-MC 65.6. Liberación de torsión de ovario CIE-9-MC 65.95 Salpingotomía y salpingotomía. Intervención 241 del CAUSES 2016.	Diagnóstico y tratamiento de torsión de anexos	Verificar: 1. Existencia de casos en el registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y el registro de la programación quirúrgica.		1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro s en las notas médicas quirúrgicas (nota preoperatoria, lista de verificación para la seguridad de la cirugía, nota preanestésica, vigilancia y registro anestésico, nota postoperatoria, carta de consentimiento informado). 3. Apego a las guías de práctica clínica.		1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y en el registro de la programación quirúrgica.		1	4.- Planeación. 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planeación estratégica. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
74	NOM-005-SSA2-1993 De los servicios de planificación familiar. NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. GPC-SSA-347-09-EyR Consulta y asesoría médica de la occlusión tubárica bilateral. GPC-SS-756-15-EyR Intervenciones de enfermería para la promoción de la planificación familiar en hombres y mujeres en edad fértil de 12 a 49 años en los tres niveles de atención. CIE-10 O01Esterilización CIE-10 Z30.2. Otra destrucción u occlusión bilateral de las trompas Intervención 242 del CAUSES 2016.	Método definitivo de planificación familiar de la mujer (occlusión tubaria bilateral)	Verificar: 1. Existencia de casos en el registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y el registro de la programación quirúrgica.		1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro s en las notas médicas quirúrgicas (nota preoperatoria, lista de verificación para la seguridad de la cirugía, nota preanestésica, vigilancia y registro anestésico, nota postoperatoria, carta de consentimiento informado). 3. Apego a las guías de práctica clínica.		1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y en el registro de la programación quirúrgica.		1	4.- Planeación. 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planeación estratégica. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
75	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. GPC-SS-228-09-EyR Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad trofoblástica gestacional. Mola hidatiforme CIE-10 O01. Dilatación y legrado del útero CIE-9-MC 69. Otro legrado por aspiración del útero CIE-9-MC 69.59. Intervención 243 del CAUSES 2016.	Diagnóstico y tratamiento quirúrgico de enfermedad trofoblástica	Verificar: 1. Existencia de casos en el registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y el registro de la programación quirúrgica.		1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro s en las notas médicas quirúrgicas (nota preoperatoria, lista de verificación para la seguridad de la cirugía, nota preanestésica, vigilancia y registro anestésico, nota postoperatoria, carta de consentimiento informado). 3. Apego a las guías de práctica clínica.		1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y en el registro de la programación quirúrgica. Verificar:		1	4.- Planeación. 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planeación estratégica. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
76	NOM-007-SSA2-1993 Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. GPC-ISSSTE-681-13-EyR Diagnóstico y tratamiento del embarazo ectópico en mujeres de edad reproductiva en segundo y tercer nivel de atención. GPC-IMSS-182-09-EyR Diagnóstico y tratamiento de embarazo tubario. Embarazo ectópico CIE-10 O00. Ooforectomía unilateral. CIE-9-MC 65.3. Salpingooforectomía unilateral CIE-9-MC 65.4. Salpingectomía unilateral total. Intervención 244 del CAUSES 2016.	Diagnóstico y tratamiento quirúrgico del embarazo ectópico	Verificar: 1. Existencia de casos en el registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y el registro de la programación quirúrgica.		1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro s en las notas médicas quirúrgicas (nota preoperatoria, lista de verificación para la seguridad de la cirugía, nota preanestésica, vigilancia y registro anestésico, nota postoperatoria, carta de consentimiento informado). 3. Apego a las guías de práctica clínica.		1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y en el registro de la programación quirúrgica.		1	4.- Planeación. 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planeación estratégica. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
77	NOM-007-SSA2-1993 Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. GPC-IMSS-088-08-EyR Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo y manejo inicial del aborto recurrente. CIE-10 O02.1 Aborto retenido. Aborto espontáneo CIE-10 O03. Aborto médico CIE-10 O04. Otro aborto CIE-10 O05. Aborto no especificado CIE-10 O06. Dilatación y legrado después de parto o aborto CIE-9-MC 69.02. Legrado por aspiración del útero después de parto Intervención 245 del CAUSES 2016.	Diagnóstico y tratamiento del aborto incompleto (no incluye interrupción legal del embarazo)	Verificar: 1. Existencia de casos en el registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y el registro de la programación quirúrgica.		1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro s en las notas médicas quirúrgicas (nota preoperatoria, lista de verificación para la seguridad de la cirugía, nota preanestésica, vigilancia y registro anestésico, nota postoperatoria, carta de consentimiento informado). 3. Apego a las guías de práctica clínica.		1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y en el registro de la programación quirúrgica. Verificar:		1	4.- Planeación. 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planeación estratégica. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
78	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. GPC-IMSS-605-13-EyR Parto después de una cesárea. GPC-IMSS-048-08-EyR Realización de operación cesárea. CIE-10 O82. Parto múltiple, todo por cesárea. CIE-10 O84.2 Cesárea clásica. CIE-9-MC 74.0X. Cesárea clásica baja CIE-9-MC 74.1X. Intervención 246 del CAUSES 2016.	Atención de cesárea y del puerperio	Verificar: 1. Existencia de casos en el registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y el registro de la programación quirúrgica.		1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro s en las notas médicas quirúrgicas (nota preoperatoria, lista de verificación para la seguridad de la cirugía, nota preanestésica, vigilancia y registro anestésico, nota postoperatoria, carta de consentimiento informado). 3. Apego a las guías de práctica clínica.		1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y en el registro de la programación quirúrgica.		1	4.- Planeación. 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planeación estratégica. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
79	NOM-007-SSA2-1993 Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. GPC-SSA-136-10-EyR Ruptura uterina. Ruptura del útero antes del inicio del trabajo de parto. CIE-10 O71.0 Ruptura del útero durante el trabajo de parto. CIE-10 O71.1. Traumatismo del útero CIE-10 S37.6. Sutura de desgarro de útero CIE-9-MC 69.41. Reparación de desgarro obstétrico actual del útero. Intervención 247 del CAUSES 2016.	Reparación uterina	Verificar: 1. Existencia de casos en el registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y el registro de la programación quirúrgica.		1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro s en las notas médicas quirúrgicas (nota preoperatoria, lista de verificación para la seguridad de la cirugía, nota preanestésica, vigilancia y registro anestésico, nota postoperatoria, carta de consentimiento informado). 3. Apego a las guías de práctica clínica.		1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y en el registro de la programación quirúrgica.		1	4.- Planeación. 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planeación estratégica. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
80	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. GPC-IMSS-322-10-EyR Diagnóstico y tratamiento de la hemorragia uterina disfuncional. Hiperplasia de glándula de endometrio CIE-10 N85.0. Hiperplasia adenomatosa del endometrio CIE-10 N85.1. Biopsia cerrada de útero CIE-9-MC 68.16. Ablación endometrial CIE-9-MC 68.23. Intervención 248 del CAUSES 2016.	Ablación endometrial	Verificar: 1. Existencia de casos en el registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y el registro de la programación quirúrgica.		1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro s en las notas médicas quirúrgicas (nota preoperatoria, lista de verificación para la seguridad de la cirugía, nota preanestésica, vigilancia y registro anestésico, nota postoperatoria, carta de consentimiento informado). 3. Apego a las guías de práctica clínica.		1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y en el registro de la programación quirúrgica. Verificar:		1	4.- Planeación. 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planeación estratégica. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
81	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. GPC-SS-207-09-EyR Diagnóstico y tratamiento de la endometriosis. Endometriosis CIE-10 N80. Laparoscopia CIE-9-MC 54.21 Intervención 249 del CAUSES 2016.	Tratamiento laparoscópico de la endometriosis	Verificar: 1. Existencia de casos en el registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y el registro de la programación quirúrgica.		1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro s en las notas médicas quirúrgicas (nota preoperatoria, lista de verificación para la seguridad de la cirugía, nota preanestésica, vigilancia y registro anestésico, nota postoperatoria, carta de consentimiento informado). 3. Apego a las guías de práctica clínica.		1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y en el registro de la programación quirúrgica.		1	4.- Planeación. 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planeación estratégica. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN											CAUSES-2N-2016					
JCSSA001401											HOSPITAL REGIONAL COCULA					
UNIDAD QUIRÚRGICA HG																
Normatividad aplicable	Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA			Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO			Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL			Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD		
		Evidencia Observacional				Evidencia Observacional				Evidencia Documental						
		El evaluador deberá:				El evaluador deberá:				El evaluador deberá:						
82	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico.GPC-IMSS-082-08-EyR. Leiomioma del útero CIE-10 D25. Otra excisión o destrucción de lesión del útero. CIE-9-MC 68.29. Intervención 250 del CAUSES 2016.	Diagnostico y tratamiento de miomatosis uterina	Verificar: 1. Existencia de casos en el registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y el registro de la programación quirúrgica.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro s en las notas médicas quirúrgicas (nota preoperatoria, lista de verificación para la seguridad de la cirugía, nota preanestésica, vigilancia y registro anestésico, nota postoperatoria, carta de consentimiento informado). 3. Apego a las guías de práctica clínica.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y en el registro de la programación quirúrgica.	1	4.- Planeación. 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planeación estratégica. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.						
83	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. GPC-SSA-295-10-EyR Indicaciones y contraindicaciones de la histerectomía en el segundo nivel de atención. Histerectomía subtotal abdominal CIE-9-MC 68.3. Histerectomía total abdominal CIE-9-MC 68.4. Histerectomía vaginal CIE-9-MC 68.5. Intervención 251 del CAUSES 2016.	Histerectomía abdominal y vaginal 455	Verificar: 1. Existencia de casos en el registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y el registro de la programación quirúrgica.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro s en las notas médicas quirúrgicas (nota preoperatoria, lista de verificación para la seguridad de la cirugía, nota preanestésica, vigilancia y registro anestésico, nota postoperatoria, carta de consentimiento informado). 3. Apego a las guías de práctica clínica.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y en el registro de la programación quirúrgica.	1	4.- Planeación. 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planeación estratégica. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.						

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN										
HOSPITAL REGIONAL COCULA										
UNIDAD QUIRÚRGICA HG										
Normatividad aplicable	Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		
		Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental		
		El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:		
84	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico.GPC-IMSS-263-10-EyR Diagnóstico y tratamiento del prolapso de la pared vaginal anterior (cistocele) e incontinencia urinaria de esfuerzo. Prolapso genital femenino CIE-10 N81. Reparación de cistocele y rectocele CIE-9-MC 70.5. Reparación de cistocele CIE-9-MC 70.51. Reparación de rectocele CIE-9-MC 70.52. Otra reparación de vagina. Intervención 252 del CAUSES 2016.	Diagnóstico y tratamiento del prolapso genital femenino (colpoperineoplastia)	Verificar: 1. Existencia de casos en el registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y el registro de la Programación quirúrgica.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registro a en las notas médicas quirúrgicas (nota Preoperatoria, lista de verificación para la seguridad de la cirugía, nota preanestésica, vigilancia y registro anestésico, nota postoperatoria, carta de consentimiento informado). 3. Apego a las guías de práctica clínica.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y en el registro de la programación quirúrgica.	1	4.- Planeación. 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planeación estratégica. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
85			Verificar que se tenga acceso al procedimiento documentado para la identificación del paciente Acción Esencial 1 (A, B, C, D).	1	Verificar que: 1. El personal de salud identifica al paciente en el momento en que este solicita la atención y previo a la realización de procedimientos 2. La identificación se hace con dos identificadores que siempre serán, por lo menos, el nombre completo del paciente y la fecha de nacimiento (año, mes y día), 3. El personal de salud comprueba el nombre completo del paciente y fecha de nacimiento.	1	Verificar que: 1 se cuenta con elementos para la identificación (brazalete o pulsera) 2. Verificar la identificación del paciente en soluciones intravenosas y dispositivos 3. Verificar en los registros del área (nota de primera vez y notas de atención subsiguiente, consentimientos informados, hojas diarias) cuenten con los dos identificadores.	1	4.- Planeación. 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
86			Verificar que el área cuente con un procedimiento documentado para la comunicación efectiva Acción Esencial 2 (A, B, C, D, F, G) definido y aplicado al establecimiento.	1	Verificar que: 1. se cuente con una bitácora específica para el registro de órdenes verbales y/o telefónicas, 2. se conoce y sigue el procedimiento establecido de Escuchar-Escribir-Leer-Confirmar-Transcribir durante la emisión-recepción de órdenes verbales y/o telefónicas, 3. se conozca y aplique la técnica SAER durante la transferencia de pacientes.	1	Verificar: 1. Registro s de supervisión de seguimiento, llenado de la bitácora específica de registro de resultados críticos, llenado en expediente clínico.	1	4.- Planeación. 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
87	ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/09/17.	Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente	Verificar que el establecimiento cuente con un procedimiento documentado para la seguridad en el proceso de medicación Acción Esencial 3 (A, B, C, D, E, F, G, H, I) definido y aplicado al establecimiento.	1	Verificar que: 1. Se tenga acceso al procedimiento para la seguridad en el proceso de medicación 2. El personal conozca lo relativo al procedimiento de seguridad en el proceso de medicación en las fases de: Prescripción, dispensación, recepción y almacenamiento y administración de medicamentos 3. Que sepan la doble verificación en la preparación administración de medicamentos de alto riesgo 4. Notificación de eventos adversos relacionados con la medicación.	1	Verificar 1. La existencia de alertas visuales en medicamentos con aspecto o nombre parecido, 2. Que se cuente con la lista de medicamentos con aspecto y nombre parecido	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población. 3.-Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación. 7.- Mejora de Procesos.	1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de procesos estratégicos. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
88			Verificar que el área cuente con un procedimiento documentado para la seguridad en los procedimientos: Acción Esencial 4A Definido y aplicado al establecimiento.	1	Verificar que se conozca y aplique el procedimiento que incluye: a. Marcado del sitio quirúrgico. b. Que personal cuente con la capacitación para su aplicación.	1	Verificar: 1.registros de supervisión de seguimiento 2. Lista de Verificación para la Seguridad de la Cirugía 3. Constancias de capacitación o listas de asistencia.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población. 3.-Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación. 7.- Mejora de Procesos .	1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de procesos estratégicos. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
89			CARRO ROJO UNIDAD QUIRÚRGICA: Verificar: 1. Que cuenten con el CARRO ROJO para el manejo del paro cardiopulmonar.	1	Verificar: 1. Que existan los insumos requeridos para el ABC de la reanimación cardiopulmonar. (Ver desglose) 2. Que la caducidad del material y medicamentos este vigente. 3. Que los insumos sean suficientes para la atención. 4. Que el personal conozca el manejo del monitor desfibrilador y las maniobras de reanimación cardiopulmonar. 5. Que estén identificados los medicamentos de alto riesgo y electrolitos.	1	Verificar: 1. Bitácora de control del carro para el manejo del paro cardiopulmonar firmada por el responsable de turno. 2. Registro histórico del abastecimiento oportuno y completo del contenido del carro para para el manejo del paro cardiopulmonar 3. Registro de la prueba del trazo isoelectrico semanalmente. 4. Bitácora de mantenimiento del monitor-desfibrilador. 5. Protocolo de manejo de los medicamentos de alto riesgo y electrolitos.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población. 3.-Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación. 7.- Mejora de Procesos.	1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de procesos estratégicos. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
90			CARRO ROJO RECUPERACIÓN: Verificar: 1. Que cuenten con el CARRO ROJO para el manejo del paro cardiopulmonar.	1	Verificar: 1. Que existan los insumos requeridos para el ABC de la reanimación cardiopulmonar. (Ver desglose) 2. Que la caducidad del material y medicamentos este vigente. 3. Que los insumos sean suficientes para la atención. 4. Que el personal conozca el manejo del monitor desfibrilador y las maniobras de reanimación cardiopulmonar. 5. Que estén identificados los medicamentos de alto riesgo y electrolitos.	1	Verificar: 1. Bitácora de control del carro para el manejo del paro cardiopulmonar firmada por el responsable de turno. 2. Registro histórico del abastecimiento oportuno y completo del contenido del carro para para el manejo del paro cardiopulmonar 3. Registro de la prueba del trazo isoelectrico semanalmente. 4. Bitácora de mantenimiento del monitor-desfibrilador. 5. Protocolo de manejo de los medicamentos de alto riesgo y electrolitos.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población. 3.-Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación. 7.- Mejora de Procesos.	1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de procesos estratégicos. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN												
JCSEA001401 HOSPITAL REGIONAL COCULA												
UNIDAD QUIRÚRGICA HG												
Normatividad aplicable	Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental				
		El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:				
Equipo Médico y elementos complementarios												
Criterios y Subcriterios												
91	Guía de equipamiento para carros rojos de CENETEC 2016, NOM-006-SSA3-2011, en su apéndice A	Monitor-Desfibrilador Marcapaso con paletas para adulto y pediátricas.	2	Verificar: 1. Existencia de un Programa para la Gestión del Equipo y Tecnología Biomédica 2. Que el equipo médico se encuentre funcionando y en buenas condiciones.	2	Verificar: 1. Identificación del inventario del equipo médico 2. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo del equipo médico.	2	4.- Planeación. 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planeación estratégica. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
92		Tanque de oxígeno con regulador y manómetro	2	Verificar existencia, que se encuentre lleno y con fecha de última recarga de oxígeno y fecha de vencimiento o caducidad.	2	Verificar existencia, que se encuentre lleno y con fecha de última recarga de oxígeno y fecha de vencimiento o caducidad.	2					
93		Tabla de reanimación (Por lo menos 50 x 60 x 1.0 cm).	2	Verificar existencia y que se encuentre en buenas condiciones.	2	Verificar existencia y que se encuentre en buenas condiciones.	2					
Insumos de Carro Rojo Unidad Quirúrgica y Recuperación.												
Primer Cajón												
94		Agua inyectable.	2	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	2	Verificar sistema de abasto.	2	4.- Planeación. 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planeación estratégica. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
95		Adenosina solución inyectable 6 mg/2 ml.	2	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	2	Verificar sistema de abasto.	2					
96		Adrenalina (epinefrina) solución inyectable 1 mg / 1 ml.	2	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	2	Verificar sistema de abasto.	2					
97		Amiodarona solución inyectable 150 mg / 3 ml.	2	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	2	Verificar sistema de abasto.	2					
98		Atropina solución inyectable 1 mg /1 ml.	2	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	2	Verificar sistema de abasto.	2					
99		Bicarbonato de sodio solución inyectable al 7.5% (0.75 g).	2	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	2	Verificar sistema de abasto.	2					
100		Diazepam solución inyectable 10 mg / 2 ml. O Midazolam solución inyectable 5 mg / ml	2	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	2	Verificar sistema de abasto.	2					
101		Dobutamina solución inyectable 250 mg. *	2	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	2	Verificar sistema de abasto.	2					
102		Dopamina solución inyectable 200 mg / 5 ml. *	2	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	2	Verificar sistema de abasto.	2					
103		Embolol solución inyectable 2.5 g / 10 ml *	2	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	2	Verificar sistema de abasto.	2					
104		Vecuronio solución inyectable 4 mg/ml.	2	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	2	Verificar sistema de abasto.	2					
105		Gluconato de Calcio solución inyectable al 10%.	2	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	2	Verificar sistema de abasto.	2					
106		Glucosa solución inyectable al 50% (adultos y pediatría)	2	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	2	Verificar sistema de abasto.	2					
107	Hidrocortisona solución inyectable 100 mg.*	2	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	2	Verificar sistema de abasto.	2						
108	Metilprednisolona solución inyectable 40 mg. *	2	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	2	Verificar sistema de abasto.	2						
109	Nitroglicerina solución intravenosa 50 mg /10 ml *	2	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	2	Verificar sistema de abasto.	2						
110	Nitroprusiato de sodio solución inyectable 50 mg*	2	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	2	Verificar sistema de abasto.	2						
111	Sulfato de Magnesio solución inyectable 1g / 10 ml.	2	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	2	Verificar sistema de abasto.	2						
112	Lidocaina solución inyectable al 2%.	2	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	2	Verificar sistema de abasto.	2						
Segundo Cajón												
113	Parches para electrodo (adulto, pediátricos).	2	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	2	Verificar sistema de abasto.	2	4.- Planeación. 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planeación estratégica. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.				
114	Catéter para vena periférica (17,18, 20, 22, 24 fr)	2	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	2	Verificar sistema de abasto.	2						
115	Llave de tres vías.	2	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	2	Verificar sistema de abasto.	2						
116	Sonda de aspiración.	2	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	2	Verificar sistema de abasto.	2						
117	Jeringas de 5, 10, 20 ml.	2	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	2	Verificar sistema de abasto.	2						
118	Agujas hipodérmicas.	2	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	2	Verificar sistema de abasto.	2						
119	Equipo de venoclisis con microgotero.	2	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	2	Verificar sistema de abasto.	2						
120	Equipo de venoclisis con normogotero.	2	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	2	Verificar sistema de abasto.	2						
Tercer Cajón												
121	Cánulas endotraqueales: N° 2.5, 3.0, 3.5, 4.0, 4.5, 5.0, 6.5, 7.0, 7.5, 8.0, 8.5, 9.0, 9.5 mm.	2	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	2	Verificar sistema de abasto.	2	4.- Planeación.	4.1 Planeación				
122	Aguja intraósea (14,16,18).	2	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	2	Verificar sistema de abasto.	2						
123	Guía metálica para cánulas endotraqueales (adulto y pediátrico).	2	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	2	Verificar sistema de abasto.	2						
124	Lidocaina con atomizador manual al 10%.	2	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	2	Verificar sistema de abasto.	2						

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN										CAHSES-2N-2018	
JCSSA001401										HOSPITAL REGIONAL COCULA	
										UNIDAD QUIRÚRGICA HG	
Normatividad aplicable	Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Criterios a evaluar PROCESO		Criterios a evaluar DOCUMENTAL		MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD			
		Evidencia Observacional	Puntaje	Evidencia Observacional	Puntaje	Evidencia Documental	Puntaje				
		El evaluador deberá:		El evaluador deberá:		El evaluador deberá:		Criterios y Subcriterios			
125		Cánulas de Guedel: 3, 4, 5.	2	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	2	Verificar sistema de abasto.	2	7.- Mejora de procesos.	7.2 Administración de procesos de apoyo integral.		
126		Mango de laringoscopio.	2	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	2	Verificar sistema de abasto.	2				
127		Hojas rectas: 1, 2.	2	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	2	Verificar sistema de abasto.	2				
128		Hojas curvas: 1, 2, 3, 4.	2	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	2	Verificar sistema de abasto.	2				
129		Guantes.	2	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	2	Verificar sistema de abasto.	2				
Cuarto Cajón											
130		Bolsa autoinflable para reanimación pediátrica y adulto.	2	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	2	Verificar sistema de abasto.	2	4.- Planeación. 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planeación estratégica. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.		
131		Mascarilla laríngea 2.0,2.5,3.0,4.0).	2	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	2	Verificar sistema de abasto.	2				
132		Extensión para oxígeno.	2	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	2	Verificar sistema de abasto.	2				
133		Puntas nasales.	2	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	2	Verificar sistema de abasto.	2				
134	Solución Hartmann inyectable 500 ml.	2	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	2	Verificar sistema de abasto.	2					
135	Solución de cloruro de sodio inyectable al 0.9% 500 ml.	2	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	2	Verificar sistema de abasto.	2					
136	Solución glucosada inyectable al 5% 250 ml.	2	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	2	Verificar sistema de abasto.	2					
137	Coloide solución inyectable 500 ml.	2	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	2	Verificar sistema de abasto.	2					

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN													CAUSAS-2N-2018	
JCBSA001401													HOSPITAL REGIONAL COCUILA	
UNIDAD QUIRÚRGICA HG														
Normatividad aplicable	Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD			
		Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental			Criterios y Subcriterios			
		El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:						
Central de Equipos y Esterilización (CEYE)														
138	NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 4.8, 4.14. NOM-045-SSA2-2005, en su numeral 10.6.1, 10.6.1.2 ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/09/17. AESP 58	Verificar: 1. Que exista control de acceso (filtro de acceso). 2. Lavado de manos con cartel de la técnica para la higiene de manos 3. Bote para basura municipal.	1	Verificar: 1. Que el área de acceso este señalizada e identificada. 2. Que se mantengan las condiciones de asepsia. 3. Evaluar la técnica de higiene de manos. 4. Abasto e insumos para la higiene de manos: jabón y toallas desechables. 5. Que las instalaciones no tengan fugas hidrosanitarias. 6. Que el mobiliario se encuentre en buenas condiciones. 7. Abasto de insumos utilizados como barrera de protección: bata, gorro y cubre boca ya sean desechables o reusable.	1	Verificar: 1. Bitácora de mantenimiento preventivo-correctivo de la estructura y mobiliario. 2. Bitácora de control de aseo y limpieza del área firmada por el jefe de turno o supervisor. 3. Bitácora del procedimiento de desinfección de alto nivel del área. 4. Registro y control del sistema de abasto de los insumos para la higiene de manos.	1	4.- Planeación. 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planeación estratégica. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.					
139	NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 4.8, 4.14, 5.1.10, 6.6.3 y en su apéndice J. NOM-045-SSA2-2005, en su numeral 3.1.13.2	Verificar: 1. Existencia de las siguientes áreas: lavado de instrumental, preparación de ropa y materiales, ensamble para formación de paquetes y esterilización. 2. Que cuente con una ventanilla de comunicación hacia el pasillo de la circulación blanca. 3. Que cuente cuando menos, con una ventanilla de comunicación a la circulación negra. 4. Deberá contar al menos con un autoclave. 5. Contar con: anaqueles para paquetes esterilizados, anaqueles para paquetes pre-esterilización, mueble para guarda de insumos, mesa alta con tarja, mesa para preparación de paquetes, esterilizador, equipos e instrumental apropiados para cirugías diversas. 6. Que cuente con ventilación artificial.	1	Verificar: 1. Que el área este señalizada con rotulo de acceso restringido. 2. Que el acceso sea controlado para personal. 3. Que haya un área de circulación restringida, donde se lavan, preparan, esterilizan, almacenan y distribuyen equipos, materiales, ropa e instrumental esterilizados o sanitizados. 4. Que los controles de calidad físicos, químicos y biológicos, sean suficientes y estén vigentes. 5. No deberá cruzar los recorridos del material sucio que se recibe, con el material limpio que sale esterilizado de la central.	1	Verificar: 1. Bitácora de mantenimiento y utilización de los esterilizadores. 2. Registro de productividad de esterilización del equipo e instrumental. 3. Registro de la calidad de la función con controles físicos, químicos y biológicos apropiados a cada procedimiento. 4. Inventario de equipo, mobiliario. 5. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo de la ventilación artificial. 6. Bitácora del procedimiento de desinfección de alto nivel del área.	1	4.- Planeación. 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planeación estratégica. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.					
140	NOM-045-SSA2-2005, en su numeral 10.6.6	Verificar: 1. Existencia de material para esterilización y desinfección. 2. Que cuenten con papel grado médico.	1	Verificar: 1. Que se encuentre en buenas condiciones. 2. Que sea suficiente de acuerdo a la productividad. 3. Que el equipo y material este empaquetado en papel grado médico y cerrado mediante selladora térmica y rotulado con fecha de esterilización, de caducidad y nombre de la persona responsable del proceso. 4. Que los recipientes que contengan desinfectante estén tapados y rotulados con el nombre del producto, la fecha de preparación y caducidad.	1	Verificar: 1. Bitácora de productividad y registro de esterilización. 2. Bitácora de uso de los desinfectantes.	1	4.- Planeación. 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planeación estratégica. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.					
141	NOM-016-SSA3-2012, en su numeral J3	Verificar: 1. Existencia de equipo para cirugías diversas: adeno-amigdalectomía, equipo de amputación, equipo de aseo, equipo de aseo vulvar, equipo de asepsia, equipo de bloqueo peridural, equipo de cesárea, equipo de circuncisión, equipo de cirugía gastrointestinal, equipo de cirugía general básica, equipo de cirugía ginecológica abdominal, equipo de cirugía ginecológica vaginal, equipo de cirugía menor y debridación, equipo de cirugía ocular menor, equipo de cirugía pediátrica, equipo de colestectomía, equipo de ginecología y planificación familiar, equipo de curación para cirugía, equipo de curación para hospitalización, equipo de epididimo y vasectomía, equipo de hemorroidectomía, equipo de instrumental básico odontológico, equipo de instrumental obstétrico, equipo de intubación endotraqueales, equipo de legrado uterino, equipo de parto, equipo de asfenotomía, equipo de salpingoclasia, equipo de traqueotomía, equipo de vasectomía sin bisturí, equipo de venodisección.	1	Verificar: 1. Que el instrumental se encuentre en buenas condiciones, que no esté oxidado y funcione. 2. Que sea suficiente de acuerdo a la productividad. 3. Que esté completo.	1	Verificar: 1. Inventario del instrumental. 2. Bitácora de mantenimiento del instrumental, así como el procedimiento de baja y alta del mismo.	1	4.- Planeación. 7.- Mejora de procesos.	4.1 Planeación estratégica. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.					
				100					100					
CALIFICACIÓN UNIDAD QUIRÚRGICA HG		100.00%												

JCSSA001401		HOSPITAL REGIONAL COCULA		UNIDAD QUIRÚRGICA HMI					
Normatividad aplicable	Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA	Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO	Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL	Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional		Evidencia Observacional		Evidencia Documental		Criterios y Subcriterios	
		El evaluador deberá:		El evaluador deberá:		El evaluador deberá:			
1	NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 4.12, 5.1.10, 6.6.2.2.9. NOM-045-SSA2-2005, en su numeral 10.6.7.2. NOM-001-SEDE-2012. Título 5, Especificaciones. Capítulo 5 Ambientes Especiales Artículo 517. Ambientes Especiales Artículo 517. ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/09/17. AESP 6C.	Condiciones Generales	1	Verificar: 1. Que el área esté debidamente señalizada con rotulo de acceso restringido. 2. Que la iluminación y ventilación sean adecuadas. 3. Quela infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas se encuentre en buen estado.	1	Verificar: 1. Bitácora de control de aseo y limpieza del área firmada por el jefe de turno o supervisor. 2. Bitácora del mantenimiento preventivo-correctivo de la estructura e instalaciones. 3. Manual de procedimientos para determinar las características, la frecuencia del aseo y limpieza del área.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
2	NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, en su numeral 3.9, 4 y 6, NOM-016-SSA3-2012 en su numeral 5.1.2.4, Guía para el manejo de los residuos peligrosos biológico infecciosos en unidades de salud. Primera impresión: 2003.		1	Verificar: 1. Que se identifiquen y clasifiquen el R.P.B.I. 2. Que los R.P.B.I. se envasen en los contenedores específicos para cada tipo de residuo (rojo o amarillo), inmediatamente después de su generación en el mismo lugar en que se originan. 3. Que los R.P.B.I. no sean mezclados con otro tipo de residuos. 4. Que los recipientes o bolsas estén marcados con el símbolo universal de riesgos biológico y la leyenda "Residuos Peligrosos Biológico-Infecciosos", que no deben llenarse más de un 80% de su capacidad y que estén bien cerrados. 5. Que exista ruta preestablecida para trasladar el R.P.B.I. desde las áreas generadoras hasta el área de almacenamiento. 6. Que el periodo de almacenamiento temporal este de acuerdo al tipo de establecimiento generador de R.P.B.I. 7. El tratamiento o destino final del R.P.B.I.	1	Verificar bitácora de registro de la recolección del R.P.B.I. con los datos específicos como fecha, peso, tipo de residuo, firma del responsable del área y firma del responsable de la recolección.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
3	NOM-016-SSA3-2012, en su numeral NOM-001-SEDE-2012, artículo 517, en su numeral 517-2, 517-30, 517-31, 517-33, 517-42, 517-44	Requisitos Generales (Criterio mayor)	1	Verificar: 1. Que el circuito eléctrico esté conectado a la planta de emergencia. 2. Que los contactos conectados a la planta de emergencia estén plenamente identificados con un color distintivo o una marca que los haga fácilmente identificables.	1	Verificar bitácoras de pruebas para el restablecimiento de la energía eléctrica. 2. Que el restablecimiento de la energía sea en un lapso de 10 segundos o menos.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
4	NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 6.6.2.2. NOM-045-SSA2-2005, en su numeral 3.1.13.1		1	Verificar: 1. Existencia de un área de circulación restringida y delimitada (acceso controlado). 2. Que cuente con acceso controlado para el paciente y para el personal.	1	Verificar bitácora del procedimiento de desinfección de alto nivel del área.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.

JCSSA001401		HOSPITAL REGIONAL COCULA									
Normatividad aplicable		Concepto	UNIDAD QUIRÚRGICA HMI								
			Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Criterios a evaluar PROCESO		Criterios a evaluar DOCUMENTAL		MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD		
			Evidencia Observacional		Evidencia Observacional		Evidencia Documental		Criterios y Subcriterios		
			El evaluador deberá:		El evaluador deberá:		El evaluador deberá:				
5	NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 4.4, 6.6.2.2.1, 6.6.2.2.2		Verificar: 1. Existencia de un área de transferencia para pacientes y personal. 2. Que se cuente con una barrera física, mecanismo o sistema de separación.	1	Verificar: 1. Que el personal ingrese a la unidad quirúrgica a través del área de vestidores y sanitarios. 2. Que se tenga continuidad de circulación hacia el pasillo de circulación blanca. 3. Que el egreso del personal del área de la salud sea a través del área gris hacia el área negra. 4. El ingreso y egreso de pacientes se lleve a cabo a través de un área de transferencia de camillas.	1	Verificar registro de capacitación al personal de salud en los flujos de ingreso y egreso.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.	
6	NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 6.6.2.2	Vestidores	Verificar existencia de vestidores para el personal del área de la salud por género.	1	Verificar: 1. Señalización y existencia por género. 2. Que las instalaciones hidrosanitarias estén en buenas condiciones generales y funcionales. 3. Que la iluminación sea adecuada.	1	Verificar bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo de la estructura.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.	
7	NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 6.6.2.2, 6.6.2.2.3 y en su apéndice H. NOM-045-SSA2-2005, en su numeral 3.1.13.1 Ambientes Especiales Artículo 517. ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/09/17. AESP 5B	Pasillo de Circulación Blanca	Verificar: 1. Existencia de lavabo o tarja para asepsia pre quirúrgica de las manos, que el lavabo de cirujanos cuente con: bote para basura tipo municipal (bolsa de cualquier color, excepto rojo o amarillo), cepillera para uso quirúrgico, jabonera de pedal o su equivalente tecnológico, lavabo para cirujanos. 2. Que cuente con una ventanilla de comunicación de ceye hacia el pasillo de la circulación blanca.	1	Verificar: 1. Que las instalaciones no tengan fugas hidrosanitarias. 2. Que el mobiliario se encuentre en buenas condiciones.	1	Verificar: 1. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo de la estructura. 2. Bitácora de abasto de insumos para el lavado y asepsia pre quirúrgica. 3. Bitácora del procedimiento de desinfección de alto nivel del área.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.	



CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN	CAUSES-2N-2018
--	----------------

JCSSA001401		HOSPITAL REGIONAL COCULA		UNIDAD QUIRÚRGICA HMI					
Normatividad aplicable	Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA	Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO	Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL	Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional	e	Evidencia Observacional	e	Evidencia Documental	e	EN SALUD	
		El evaluador deberá:		El evaluador deberá:		El evaluador deberá:		Criterios y Subcriterios	
8	NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 6.6.2.2, 6.6.2.2.4, 6.6.2.2.4.1, 6.6.2.2.4.2, 6.6.2.2.4.3 y en su apéndice H. NOM-045-SSA2-2005, en su numeral 3.1.13.1, 10.6.7.1, 10.6.7.2, NOM-001-SEDE-2012. título 5, Especificaciones. Capítulo 5 Ambientes Especiales Artículo 517, 517-19, 517-60, 517-61, 517-62, 517-63NOM-006-SSA3-2011, en su apéndice A. NOM-045-SSA2-2005, en su numeral 3.1.13.1, 10.6.4, 10.6.7, Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud. Diario Oficial de la Federación; (22 de junio de 2011), NOM-006-SSA3-2011, en su numeral 7.3, Apéndice 3 (Normativo)	Verificar: 1. Existencia de sala de operaciones. 2. Que las salas de operaciones tenga curvas sanitarias, las paredes estén recubiertas de material de fácil limpieza y que no tenga ranuras, orificios o poros. 3. Que la ventilación sea artificial con instalación que permita el aire inyectado por la parte superior y extraído en la parte inferior (ductos de extracción de aire), que el sistema no recircule el aire para evitar la concentración de gases anestésicos y medicinales. 4. Que existan 2 puertas, las cuales deberán ser de doble abatimiento y requieren tener mirillas. 5. Piso resistente al agua, no conductor de corriente 6. Que cuente con instalaciones fijas de oxígeno y aire.	1	Verificar: 1. Que el área se encuentre en buenas condiciones generales. 2. Que el equipo de ventilación funcione adecuadamente. 3. Que se realicen procesos de eliminación dirigidos a la destrucción de microorganismos en cualquier objeto inanimado utilizado en el hospital. 4. La filtración de aire deberá ser de alta eficiencia. 5. Que existan instalaciones fijas de oxígeno, y aire, codificados por colores: verde (oxígeno), y amarillo (aire). 6. Que se respeten los flujos del pasillo de circulación blanca hacia el área gris a través de las dos puertas requeridas: una para el acceso de personal de salud y la otra puerta para el egreso del personal y paciente.	1	Verificar: 1. Registros del control y mantenimiento de la ventilación (preferentemente deberá tener capacidad para llevar a cabo de 20 a 25 cambios de volumen de aire filtrado por hora). 2. Bitácora del procedimiento de desinfección de alto nivel del área.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
9	NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 6.6.2.2, 6.6.2.2.4, 6.6.2.2.4.1, 6.6.2.2.4.2, 6.6.2.2.4.3 y en su apéndice H. NOM-045-SSA2-2005, en su numeral 3.1.13.1, 10.6.7.1, 10.6.7.2, NOM-001-SEDE-2012. título 5, Especificaciones. Capítulo 5 Ambientes Especiales Artículo 517, 517-19, 517-60, 517-61, 517-62, 517-63NOM-006-SSA3-2011, en su apéndice A. NOM-045-SSA2-2005, en su numeral 3.1.13.1, 10.6.4, 10.6.7, Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud. Diario Oficial de la Federación; (22 de junio de 2011), NOM-006-SSA3-2011, en su numeral 7.3, Apéndice 3 (Normativo)	Verificar existencia por sala de operaciones del siguiente mobiliario: asiento, asiento giratorio con respaldo, banqueta de altura, bote para basura tipo municipal (bolsa de cualquier color, excepto rojo o amarillo), bote para RPBI (bolsa roja), brazo giratorio (en su caso), cubeta de acero inoxidable, mesa carro anestesiólogo (en su caso), mesa Mayo con charola, mesa quirúrgica, mesa riñón, mesa transportadora de material, porta cubeta rodable, porta lebrillo doble, riel portavenoclisis.	1	Verificar: 1. Que el mobiliario se encuentren en buenas condiciones de pintura acabado cromado o metálico, sin zonas de oxidación o deterioro. 2. Que el mobiliario funcione.	1	Verificar: 1. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo del mobiliario. 2. Inventario del mobiliario.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
10	Área Blanca (Criterio Mayor)	Verificar: 1. Que cuente con el siguiente equipo médico por sala de operaciones: aspirador de succión regulable, lámpara para emergencias portátil, lámpara doble para cirugía, negatoscopio, reloj para sala de operaciones con segundero, unidad electro quirúrgica. 2. Que cuente con instalaciones fijas de gases medicinales. 3. Que existan ductos de extracción de aire. 4. Que se cuente con dispositivos para succión de líquidos y secreciones.	1	Verificar: 1. Que el equipo se encuentre en buenas condiciones. 2. Que el equipo funcione.	1	Verificar: 1. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo del equipo. 2. Inventario del equipo. 3. Bitácora del procedimiento de desinfección de alto nivel del área.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.



CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

CAUSES-2N-2018

JCSSA001401		HOSPITAL REGIONAL COCULA		UNIDAD QUIRÚRGICA HMI					
Normatividad aplicable	Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA	Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO	Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL	Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional	e	Evidencia Observacional	e	Evidencia Documental	e	Criterios y Subcriterios	
		El evaluador deberá:		El evaluador deberá:		El evaluador deberá:			
11	NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 6.6.2.2, 6.6.2.2.4, 6.6.2.2.4.1, 6.6.2.2.4.2, 6.6.2.2.4.3 y en su apéndice H. NOM-045-SSA2-2005, en su numeral 3.1.13.1, 10.6.7.1, 10.6.7.2, NOM-001-SEDE-2012, título 5, Especificaciones. Capítulo 5 Ambientes Especiales Artículo 517, 517-19, 517-60, 517-61, 517-62, 517-63NOM-006-SSA3-2011, en su apéndice A. NOM-045-SSA2-2005, en su numeral 3.1.13.1, 10.6.4, 10.6.7, Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud. Diario Oficial de la Federación; (22 de junio de 2011).	Verificar existencia por sala de operaciones de: Unidad básica de anestesia (de acuerdo al tipo de procedimientos puede ser una unidad intermedia de anestesia o una unidad avanzada de anestesia, que cuente como mínimo con: un vaporizador, gabinete con ruedas, dos con freno; un cajón; mesa de trabajo con iluminación; en su caso, repisa para monitores; yugos para cilindros de O2 y N2O; medidores o manómetros de presión del suministro de gases con alarma audible de baja presión; contactos eléctricos; batería de respaldo de acuerdo al equipo instalado; flujómetros independientes para cada tipo de gases suministrados; flush y sistema de guarda hipóxica o fio2, con alarma audible y visible; ventilador transoperatorio adecuado a las necesidades del paciente; circuito de re inhalación con sistema canister; monitor de signos vitales con despliegue de al menos cuatro trazos, uno específico para presión arterial invasiva.	1	Verificar: 1. Que se realicen procesos de eliminación dirigidos a la destrucción de microorganismos en cualquier objetivo inanimado utilizado en el hospital.	1	Verificar: 1. Inventario de equipo e instrumental. 2. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos de anestesia (funcionamiento de las alarmas y mantenerlas activas) y del resto de equipos médicos. 3. Registro diario de la revisión y comprobación (previo al inicio del procedimiento anestésico) del buen funcionamiento de la máquina de anestesia, así como, la disponibilidad de los fármacos necesarios. 4. Calibración periódica de los vaporizadores. 5. Registro del procedimiento de lavado y esterilización de los circuitos para ventilación de los equipos de anestesia que no sean desechables. 6. Registro del procedimiento de esterilización y desinfección de los equipos de apoyo respiratorio no invasivo (registrarse la fecha y hora de cambio). 7. Registro del procedimiento de lavado, esterilización o desinfección de los circuitos para ventilación, las bolsas de reanimación respiratoria que no sean desechables antes de volver a ser usados en otro paciente. 8. Sistema de abasto de medicamentos, libro de registro de medicamentos controlados y recetas médicas autorizadas. 9. Registro del procedimiento de lavado y esterilización o desinfección de los sensores de oxígeno antes de volver a ser usados en otro paciente. 10. Bitácora del procedimiento de desinfección de alto nivel del área.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
	NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 6.6.2.2, 6.6.2.2.4, 6.6.2.2.4.1, 6.6.2.2.4.2, 6.6.2.2.4.3 y en su apéndice H. NOM-045-SSA2-2005, en su numeral 3.1.13.1, 10.6.7.1, 10.6.7.2, NOM-001-SEDE-2012, título 5, Especificaciones. Capítulo 5 Ambientes Especiales Artículo 517, 517-19, 517-60, 517-61, 517-62, 517-63NOM-006-SSA3-2011, en su apéndice A. NOM-045-SSA2-2005, en su numeral 3.1.13.1, 10.6.4, 10.6.7, Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud. Diario Oficial de la Federación; (22 de junio de 2011), NOM-006-SSA3-2011, en su numeral 7.3, Apéndice A (Normativo).	Verificar existencia por sala de operaciones de acuerdo al tipo de paciente de: ADULTOS: 1. Bolsa de re inhalación 3.0 litros, 5.0 litros, circuito de re inhalación tipo Bain largo, C, hojas de laringoscopia (juego) 3-4 rectas, hojas de laringoscopia (juego) 3-4 curvas, mango de laringoscopia, Mascarillas de anestesia transparentes (juego con números del 3.0 al 6.0), Juego de elementos supra glóticos o su equivalente tecnológico, para pacientes adultos, Hoja articulada curva, Resucitador manual adulto, Dispositivo que asegure la estabilidad térmica del paciente en los casos que se requiera, Tubos endotraqueales con balón, transparentes y estériles (juego con números del 2.5 al 8.0 mm D.I.), Guía flexible (conductor) para sondas endotraqueales adulto, Cánulas oro faringeadas (juego con números del 5 al 9), Estetoscopio esofágico adulto, Pinza de Magill adulto, Equipo para bloqueo peridural y subaracnoideo, estéril, no reutilizable, Juego de agujas para espacio subaracnoideo 22 al 27, estériles y desechables. PEDIÁTRICA: 1. Bolsa de re inhalación 0.5L, 1.0L, 1.5L, circuito de re inhalación tipo Bain corto, hojas de laringoscopia (juego) 00 - 2 rectas, hojas de laringoscopia (juego) 0 - 2 curvas, mango de laringoscopia, Mascarillas de anestesia transparentes (juego), No. 00.0, No. 0.0, No. 1.0, No. 2.0, Juego de elementos supra glóticos o su equivalente tecnológico, para pacientes pediátricos, Resucitador manual pediátrico, Dispositivo que asegure la estabilidad térmica del paciente, Tubos endotraqueales sin balón, transparentes y estériles (juego con números del 2.5 al 6.0 mm D.I.), Tubos endotraqueales con balón, transparentes y estériles (juego con números del 6.0 al 9.5 mm D.I.), Guía flexible (conductor) para sondas endotraqueales pediátricas, Cánulas oro faringeadas (juego con números del 00 al 5), Estetoscopio esofágico pediátrico, Pinza de Magill pediátrica. NEONATAL: 1. Resucitador manual neonatal. Dispositivo	1	Verificar: 1. Que el equipo, material e instrumental de anestesiología se encuentre en buenas condiciones y esté funcional. 2. Que los medicamentos con fecha de caducidad vigente.	1		4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.	
12	Área Blanca (Criterio Mayor)								

JCSSA001401		HOSPITAL REGIONAL COCULA		UNIDAD QUIRÚRGICA HMI						
Normatividad aplicable		Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA	Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO	Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL	Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
			Evidencia Observacional		Evidencia Observacional		Evidencia Documental		Criterios y Subcriterios	
			El evaluador deberá:		El evaluador deberá:		El evaluador deberá:			
13	NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 6.6.1, 6.6.1.1, 6.6.1.1.1, 6.6.1.1.2, 6.6.1.1.4, 6.6.2.2, 6.6.2.2.5, 6.6.2.2.5.1, 6.6.2.2.5.2, 6.6.2.2.6, 6.6.2.2.7 y en su apéndice H, G. NOM- 045-SSA2-2005, en su numeral 10.6.4, 10.6, 10.6.6, 10.6.7, 3.1.13.1. NOM- 006-SSA3-2011, en su numeral 7.2, 7.3, Apéndice A, A.3 (Normativo) y 12. Nom-004-SSA3-21-012.	Área Gris	Verificar: 1. Existencia de área de recuperación post-anestésica. 2. Que cuente con mesa con tarja para hacer el lavado de los materiales e instrumental reutilizables. 3. Que se disponga de un área específica para el estacionamiento de camillas. 4. Que cuente con ventilación artificial. 5. Que cuente con equipo para aspiración controlada, así como tomas de oxígeno y de aire comprimido. 6. Que se cuente en recuperación post-anestésica con: bote para basura tipo municipal (bolsa de cualquier color, excepto rojo o amarillo), bote para RPBI (bolsa roja), carro camilla para recuperación, elemento divisorio de material antibacteriano, riel portavenoclisis, monitor de signos vitales: ECG, presión arterial por método no invasivo, temperatura y oxímetro. 7. Que se cuente con locales para guarda de ropa y equipos. 8. Que tenga como mínimo una cama-camilla por sala de operaciones. 9. Que cuenten con el material y los medicamentos requeridos en el área.	1	Verificar: 1. Que el espacio físico para la guarda de equipo y ropa sea adecuado y este en buenas condiciones. 2. Que se permita un espacio físico para el trabajo del personal de enfermería y anestesiología. 3. Que el estacionamiento de las camillas, se ubique de manera contigua a la zona de transferencia. 4. Que el equipo y mobiliario se encuentre en buenas condiciones y esté funcional. 5. Que los medicamentos y el material se encuentren en buenas condiciones y con fecha de caducidad vigente. 6. Que el médico anestesiólogo supervise al personal técnico durante la recuperación post quirúrgica del paciente.	1	Verificar: 1. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo de las tomas de pared. 2. Bitácora de mantenimiento preventivo correctivo del equipo y mobiliario. 3. Documento en el cual se establezcan procedimientos, medidas de distribución y entradas que disminuyan el riesgo de contaminación del área gris. 4. Bitácora de mantenimiento preventivo correctivo de la ventilación artificial. 5. Registro del procedimiento de lavado y esterilización o desinfección de los sensores de oxígeno antes de volver a ser usados en otro paciente. 6. Registro del procedimiento de limpieza y desinfección de las camas (cada vez que se desocupe). 7. Bitácora del procedimiento de desinfección de alto nivel del área. 8. Sistema de abasto de material y medicamentos. 9. Expediente clínico que contenga la nota post-anestésica y la nota de alta del área de recuperación considerando la calificación de ALDRETE.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
14			Verificar: 1. Que exista la central de enfermeras con espacio para trabajo de enfermeras y preparación de medicamentos, con mesa de trabajo con tarja de acero inoxidable ubicada de tal forma que permita el libre y rápido acceso a las áreas en donde se encuentren internados los pacientes. 2. Que se disponga de un espacio físico o mobiliario para ropería, guarda de medicamentos, soluciones y material de curación. 3. Que cuenten con el material y los medicamentos requeridos en el área.	1	Verificar: 1. Que las áreas, dimensiones y circulaciones permitan el desarrollo de las funciones y actividades propias del personal de enfermería. 2. Que el espacio físico o mobiliario para guarda de medicamentos, soluciones y material de curación este en buenas condiciones, limpio y ordenado. 3. Que los medicamentos y el material se encuentren en buenas condiciones y con fecha de caducidad vigente.	1	Verificar: 1. Bitácora de control de aseo y limpieza del área firmada por el jefe de turno o supervisor. 2. Sistema de abasto de material y medicamentos.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN									
JCSSA001401 HOSPITAL REGIONAL COCULA									
UNIDAD QUIRÚRGICA HMI									
Normatividad aplicable	Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA	Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO	Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL	Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional		Evidencia Observacional		Evidencia Documental		Criterios y Subcriterios	
15	Área Gris	El evaluador deberá:	1	El evaluador deberá:	1	El evaluador deberá:	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
		Verificar: 1. Que exista en la central de enfermeras el siguiente mobiliario: asiento, bote para basura tipo municipal (bolsa cualquier color, excepto rojo o amarillo), bote para RPBI (bolsa roja), carro de curación, lavabo con cartel de la técnica de higiene de manos, dispensador de jabón líquido, mesa Mayo con charola, mesa Pasteur, mostrador escritorio, mueble para guarda de equipo e insumos, sistema porta expedientes. 2. Que exista en la central de enfermeras el siguiente equipo: caja de Doayan, caja para desinfección de instrumentos, equipo de curaciones, esfigmomanómetro anerode (o su equivalente tecnológico), en su caso con brazaletes pediátrico, estetoscopio, en su caso con cápsula tamaño pediátrico, estuche de diagnóstico con oftalmoscopio, lebrillos, lámpara de haz dirigible, pinza de traslado, portavenoclisis rodable, termómetro, torundero. 3. Que se cuente con pilas y focos de repuesto para el estuche de diagnóstico. 4. Que se tengan baterías de repuesto para los termómetros digitales. 5. Que el transfer de camillas cuente con carro camilla tipo transfer. 6. Que el prelavado de instrumental cuente con: bote para RPBI (bolsa roja), mesa alta		Verificar: 1. Que el mobiliario y equipo se encuentren en buenas condiciones. 2. Que el mobiliario y equipo funcionen. 3. Que el personal conozca la técnica de higiene de manos (evaluar técnica). 4. Abasto e insumos para la higiene de manos. 5. Que el instrumental de curaciones este en buenas condiciones. 6. Que el empaque del instrumental este rotulado con la fecha de esterilización.		Verificar: 1. Inventario del mobiliario y equipo. 2. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo del mobiliario y equipo. 3. Registro de la calibración del esfigmomanómetro. 4. Resguardo del instrumental. 5. Bitácora del uso de desinfectantes. 6. Registro y control del sistema de abasto de los insumos para la higiene de manos.			

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN										CAUSES-2N-2018			
JCSSA001401										HOSPITAL REGIONAL COCULA			
Normatividad aplicable		Concepto	UNIDAD QUIRÚRGICA HMI										
			Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
			Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental			Criterios y Subcriterios	
			El evaluador deberá:		El evaluador deberá:		El evaluador deberá:						
16	NOM-006-SSA3-2011, en su apéndice C.	Área Gris	intrahospitalario de pacientes en estado crítico: Mascarilla válvula balón para presión positiva, fuente portátil de oxígeno, monitor de traslado, sistema	1	Verificar que el equipo este en buenas condiciones y funcional.	1	Verificar: 1. Inventario del mobiliario y equipo. 2. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo del mobiliario y equipo.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
17	NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 4.12 Y 6.6.2.2.9.		Verificar existencia de cuarto séptico.	1	Verificar: 1. Que se utilice el cuarto séptico para el almacenamiento, limpieza y sanitización de los recipientes utilizados para recolectar las excretas de pacientes, así como para el acopio de ropa de cama y pacientes (Que cuente con el equipamiento: Lava cómodos, tarja, mesa de trabajo, cómodos, orinales, repisas de acero inoxidable para el almacenamiento de utensilios varios.) 2. Que su ubicación sea accesible pero fuera del área de recuperación post-anestésica.	1	Verificar bitácora de control de aseo y limpieza del área firmada por el jefe de turno o supervisor.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
Atención Médica													
18	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. CIE-9-MC 54.11 Laparotomía exploradora. CIE-9-MC 54.21 Laparoscopia. CIE-9-MC 54.25 Lavado peritoneal. Intervención 221 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Laparotomía exploradora	Verificar: 1. Existencia de casos en el registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y el registro de la programación quirúrgica.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas quirúrgicas (nota preoperatoria, lista de verificación para la seguridad de la cirugía, nota preanestésica, vigilancia y registro anestésico, nota postoperatoria, carta de consentimiento informado). 3. Apego a la normatividad correspondiente, protocolos de atención médica propios y árbol de toma de decisiones. 4. Que en la hoja de la lista de verificación para la seguridad de la cirugía este colocado el resultado del control de calidad del instrumental.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y en el registro de la programación quirúrgica. 3. Registro en el SINBA-SIS.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
19	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. GPC-IMSS-049-08-EyR Tratamiento de la apendicitis aguda. CIE-10 K35 Apendicitis aguda. CIE- 9-MC 47.1 Apendicetomía. CIE-9-MC 47.1 Apendicetomía incidental. Intervención 222 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/ SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Apendicitis	Verificar: 1. Existencia de casos en el registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio. 2. El registro de la programación quirúrgica.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas quirúrgicas (nota preoperatoria, lista de verificación para la seguridad de la cirugía, nota preanestésica, vigilancia y registro anestésico, nota postoperatoria, carta de consentimiento informado). 3. Apego a las GPC-IMSS-049-08-EyR, tratamiento de la apendicitis aguda y normatividad correspondiente, protocolos de atención médica propios y árbol de toma de decisiones. 4. Que en la hoja de la lista de verificación para la seguridad de la cirugía este colocado el resultado del control de calidad del instrumental.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y en el registro de la programación quirúrgica. 3. GPC-IMSS-049-08-EyR, tratamiento de la apendicitis aguda. 4. Registro en el SINBA-SIS.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
20	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. GPC-SSA-301-10-EyR Esplenectomía. CIE-9-MC 41.43 Esplenectomía parcial. CIE-9-MC 41.5X Esplenectomía total. Intervención 223 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Esplenectomía	Verificar: 1. Existencia de casos en el registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio. 2. El registro de la programación quirúrgica.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas quirúrgicas (nota preoperatoria, lista de verificación para la seguridad de la cirugía, nota preanestésica, vigilancia y registro anestésico, nota postoperatoria, carta de consentimiento informado). 3. Apego a las GPC-SSA-301-10-EyR, esplenectomía y normatividad correspondiente, protocolos de atención médica propios y árbol de toma de decisiones. 4. Que en la hoja de la lista de verificación para la seguridad de la cirugía este colocado el resultado del control de calidad del instrumental.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y en el registro de la programación quirúrgica. 3. GPC-SSA-301-10-E y R, esplenectomía. 4. Registro en el SINBA-SIS.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			



CEDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN										CAUSES-2N-2018			
JCSSA001401 HOSPITAL REGIONAL COCULA													
UNIDAD QUIRÚRGICA HMI													
Normatividad aplicable		Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
			Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental			EN SALUD	
			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			Criterios y Subcriterios	
21	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico.GPC-SSA-212-09-EyR Diagnóstico y tratamiento quirúrgico de la enfermedad diverticular del colon. CIE-10 K57 Enfermedad diverticular del intestino. CIE-9-MC 45.6 Otra excisión de intestino delgado. CIE-9-MC 45.7 Extirpación parcial abierta y otra extirpación parcial de intestino grueso. CIE-9-MC 45.8 Colectomía intraabdominal total abierta. CIE-9-MC 45.83 Otra colectomía intraabdominal total y la no especificada. CIE-9-MC 45.9 Anastomosis intestinal, no especificada de otra manera. CIE-9-MC 46.1 Colostomía, no especificada de otra manera. CIE-9-MC 46.2 Ileostomía, no especificada de otra manera. Intervención 224 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.		Diagnóstico y Tratamiento de Enfermedad Diverticular	Verificar: 1. Existencia de casos en el registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio. 2. El registro de la programación quirúrgica.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas quirúrgicas (nota preoperatoria, lista de verificación para la seguridad de la cirugía, nota preanestésica, vigilancia y registro anestésico, nota postoperatoria, carta de consentimiento informado). 3. Apego a lasGPC-SSA-212-09- EyR, diagnóstico y tratamiento quirúrgico de la enfermedad diverticular del colon y normatividad correspondiente, protocolos de atención médica propios y árbol de toma de decisiones. 4. Que en la hoja de la lista de verificación para la seguridad de la cirugía este colocado el resultado del control de calidad del instrumental.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y en el registro de la programación quirúrgica. 3. GPC-SSA-212-09-EyR, diagnóstico y tratamiento quirúrgico de la enfermedad diverticular del colon. 4. Registro en el SINBA-SIS.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.		
22	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. GPC-ISSSTE-358-10-EyR Tratamiento quirúrgico del infarto e isquemia intestinal en el segundo y tercer nivel de atención. CIE-10 K55 Trastornos vasculares de los intestinos. CIE-9-MC 45.6 Otra excisión de intestino delgado. CIE-9- MC 45.7 Extirpación parcial abierta y otra extirpación parcial de intestino grueso. CIE-9-MC 45.8 Colectomía intraabdominal total. CIE-9-MC 45.9Anastomosis intestinal, no especificada de otra manera. CIE-9-MC 46.1 Colostomía, no especificada de otra manera. CIE-9-MC 46.2 Ileostomía, no especificada de otra manera. CIE-9-MC 54.5 Lisis de adherencias peritoneales. Intervención 225 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.		Diagnóstico y Tratamiento Quirúrgico de Isquemia e Infarto Intestinal	Verificar: 1. Existencia de casos en el registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio. 2. El registro de la programación quirúrgica.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas quirúrgicas (nota preoperatoria, lista de verificación para la seguridad de la cirugía, nota preanestésica, vigilancia y registro anestésico, nota postoperatoria, carta de consentimiento informado). 3. Apego a las GPC-ISSSTE-358-10- EyR, tratamiento quirúrgico del infarto e isquemia intestinal en el segundo y tercer nivel de atención y normatividad correspondiente, protocolos de atención médica propios y árbol de toma de decisiones. 4. Que en la hoja de la lista de verificación para la seguridad de la cirugía este colocado el resultado del control de calidad del instrumental.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y en el registro de la programación quirúrgica. 3. GPC-ISSS TE-358-10-E yR, tratamiento quirúrgico del infarto e isquemia intestinal en el segundo y tercer nivel de atención. 4. Registro en el SINBA-SIS.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.		

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN															
JCSSA001401 HOSPITAL REGIONAL COCULA															
UNIDAD QUIRÚRGICA HMI															
Normatividad aplicable	Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	e	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	e	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	e	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional				Evidencia Observacional				Evidencia Documental				EN SALUD	
		El evaluador deberá:				El evaluador deberá:				El evaluador deberá:				Criterios y Subcriterios	
23	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. GPC-ISSSTE-359-12-EyR Tratamiento quirúrgico de oclusión intestinal por adherencias en el adulto en segundo nivel de atención. CIE-10 K56.0 Íleo paralítico. CIE-10 K56.1 Invaginación. CIE-10 K56.3 Íleo por cálculo biliar. CIE-10 K56.4 Otras obstrucciones del intestino. CIE-10 K56.5 Adherencias [bridas] intestinales con obstrucción. CIE-10 K56.6 Otras obstrucciones intestinales y las no especificadas. CIE-10 K56.7 Íleo, no especificado. CIE-9-MC 45.6 Otra excisión de intestino delgado. CIE-9-MC 45.7 Extirpación parcial abierta y otra extirpación parcial de intestino grueso. CIE-9-MC 45.8 Colectomía intraabdominal total. CIE- 9-MC 45.9Anastomosis intestinal, no especificada de otra manera. CIE-9- MC 46.1 Colostomía, no especificada de otra manera. Intervención 226 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF	Diagnóstico y Tratamiento de Obstrucción Intestinal e Íleo	Verificar: 1. Existencia de casos en el registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio. 2. El registro de la programación quirúrgica.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas quirúrgicas (nota preoperatoria, lista de verificación para la seguridad de la cirugía, nota preanestésica, vigilancia y registro anestésico, nota postoperatoria, carta de consentimiento informado). 3. Apego a la GPC-ISSSTE-359-12-EyR, tratamiento quirúrgico de oclusión intestinal por adherencias en el adulto en segundo nivel de atención y normatividad correspondiente, protocolos de atención médica propios y árbol de toma de decisiones. 4. Que en la hoja de la lista de verificación para la seguridad de la cirugía este colocado el resultado del control de calidad del instrumental.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y en el registro de la programación quirúrgica. 3. GPC-ISSS TE-359-12-E yR, tratamiento quirúrgico de oclusión intestinal por adherencias en el adulto en segundo nivel de atención. 4. Registro en el SINBA- SIS.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.					

JCSSA001401		HOSPITAL REGIONAL COCULA		UNIDAD QUIRÚRGICA HMI								
Normatividad aplicable	Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental			Criterios y Subcriterios	
		El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:				
24	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. GPC- ISSSTE-549-12-EyR Tratamiento de la perforación de úlcera péptica en pacientes adultos en segundo nivel de atención. GPC- IMSS-169-09-EyR Diagnóstico y tratamiento de la úlcera péptica complicada: conceptos básicos. CIE- 10 K25.1 Úlcera gástrica aguda con perforación. CIE-10 K25.5 Úlcera gástrica, crónica o no especificada, con perforación. CIE-10 K26.1 Úlcera duodenal, aguda con perforación. CIE- 10 K26.5 Úlcera duodenal, crónica o no especificada, con perforación. CIE- 10 K27.1 Úlcera péptica, de sitio no especificado, aguda con perforación. CIE-10 K27.5 Úlcera péptica, de sitio no especificado, crónica o no especificada, con perforación. CIE-10 K28.1 Úlcera gastroyeyunal, aguda con perforación. CIE-10 K28.5 Úlcera gastroyeyunal, crónica o no especificada, con perforación. CIE-10 K63.1 Perforación del intestino (no traumática). CIE- 9-MC 45.5Aislamiento de segmento intestinal, no especificado de otra manera. CIE-9-MC 45.62 Otra resección parcial de intestino delgado. CIE-9-MC 45.63 Resección total de intestino delgado. Intervención 227 del CAUSES 2016 Sistema Nacional de	Diagnóstico y Tratamiento Quirúrgico de Perforación Gástrica y/o Intestinal	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas quirúrgicas (nota preoperatoria, lista de verificación para la seguridad de la cirugía, nota preanestésica, vigilancia y registro anestésico, nota postoperatoria, carta de consentimiento informado). 3. Apego a las GPC-ISSSTE-549-12- EyR, tratamiento de la perforación de úlcera péptica en pacientes adultos en segundo nivel de atención. GPC-IMSS-169-09-EyR, diagnóstico y tratamiento de la úlcera péptica complicada: conceptos básicos y normatividad correspondiente, protocolos de atención médica propios y árbol de toma de decisiones. 4. Que en la hoja de la lista de verificación para la seguridad de la cirugía este colocado el resultado del control de calidad del instrumental.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y en el registro de la programación quirúrgica. 3. GPC-ISSS TE-549-12-E yR, tratamiento de la perforación de úlcera péptica en pacientes adultos en segundo nivel de atención. GPC- IMSS-169-09-EyR, diagnóstico y tratamiento de la úlcera péptica complicada: conceptos básicos. 4. Registro en el SINBA-SIS.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
25	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. GPC-SSA-209-09-EyR Diagnóstico y tratamiento quirúrgico de Vólvulo de sigmoides. CIE-10 K56.2 Vólvulo. CIE-9-MC 45.62 Otra resección parcial de intestino delgado. CIE-9-MC 45.7 Extirpación parcial abierta y otra extirpación parcial de intestino grueso. CIE-9-MC 45.9 Anastomosis intestinal, no especificada de otra manera. CIE-9- MC 46.8Manipulación intraabdominal de intestino, no especificado de otra manera. Intervención 228 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/ SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento del Vólvulo	1	Verificar: 1. Existencia de casos en el registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio. 2. El registro de la programación quirúrgica. Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas quirúrgicas (nota preoperatoria, lista de verificación para la seguridad de la cirugía, nota preanestésica, vigilancia y registro anestésico, nota postoperatoria, carta de consentimiento informado). 3. Apego a la GPC-SSA-209-09-EyR, diagnóstico y tratamiento quirúrgico de Vólvulo de sigmoides y normatividad correspondiente, protocolos de atención médica propios y árbol de toma de decisiones. 4. Que en la hoja de la lista de verificación para la seguridad de la cirugía este colocado el resultado del control de calidad del instrumental.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y en el registro de la programación quirúrgica. 3. GPC-SSA-209-09-EyR, diagnóstico y tratamiento quirúrgico de Vólvulo de sigmoides. 4. Registro en el SINBA-SIS.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			

CEDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN										CAUSES-2N-2016			
JCSSA001401 HOSPITAL REGIONAL COCULA													
UNIDAD QUIRÚRGICA HMI													
Normatividad aplicable		Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
			Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental			EN SALUD	
			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			Criterios y Subcriterios	
26	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. GPC-ISSSTE-663-13-EyR Diagnóstico y tratamiento del absceso anal en pacientes pediátricos y adultos en los tres niveles de atención. CIE-10 K61 Absceso de la región anal y rectal. CIE-9-MC 49.01 Incisión de absceso perianal. Intervención 229 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/ SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento del Absceso Perirrectal	Verificar: 1. Existencia de casos en el registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio. 2. El registro de la programación quirúrgica.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas quirúrgicas (nota preoperatoria, lista de verificación para la seguridad de la cirugía, nota preanestésica, vigilancia y registro anestésico, nota postoperatoria, carta de consentimiento informado). 3. Apego a la GPC-ISSSTE-663-13-EyR, diagnóstico y tratamiento del absceso anal en pacientes pediátricos y adultos en los tres niveles de atención y normatividad correspondiente, protocolos de atención médica propios y árbol de toma de decisiones. 4. Que en la hoja de la lista de verificación para la seguridad de la cirugía este colocado el resultado del control de calidad del instrumental.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y en el registro de la programación quirúrgica. 3. GPC ISSSTE-663-13-EyR, diagnóstico y tratamiento del absceso anal en pacientes pediátricos y adultos en los tres niveles de atención. 4. Registro en el SINBA-SIS.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
27	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. GPC-SSA-213-09-EyR Diagnóstico, tratamiento médico y quirúrgico de la fisura anal en el adulto. GPC-SSA-200-09-EyR Diagnóstico y tratamiento quirúrgico de la fistula anal en el adulto. CIE-10 K60 Fisura y fistula de las regiones anal y rectal. CIE-9-MC 48.73 Cierre de otra fistula rectal. CIE-9-MC 48.93 Reparación de fistula perirrectal. CIE-9-MC 49.02 Otra incisión de tejido perianal. CIE-9-MC 49.1 Incisión o extirpación de fistula anal. CIE- 9-MC 49.5 División (sección) de esfínter anal. CIE-9-MC 49.73 Cierre de fistula anal. Intervención 230 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF	Diagnóstico y Tratamiento de Fistula y/o La Fisura Anal	Verificar: 1. Existencia de casos en el registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y el registro de la programación quirúrgica.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas quirúrgicas (nota preoperatoria, lista de verificación para la seguridad de la cirugía, nota preanestésica, vigilancia y registro anestésico, nota postoperatoria, carta de consentimiento informado). 3. Apego a las GPC-SSA-213-09-EyR Diagnóstico, tratamiento médico y quirúrgico de la fisura anal en el adulto. GPC-SSA-200-09-EyR Diagnóstico y tratamiento quirúrgico de la fistula anal en el adulto y normatividad correspondiente, protocolos de atención médica propios y árbol de toma de decisiones. 4. Que en la hoja de la lista de verificación para la seguridad de la cirugía este colocado el resultado del control de calidad del instrumental.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y en el registro de la programación quirúrgica. 3. GPC-SSA-213-09-EyR Diagnóstico, tratamiento médico y quirúrgico de la fisura anal en el adulto. GPC-SSA-200-09-EyR Diagnóstico y tratamiento quirúrgico de la fistula anal en el adulto. 4. Registro en el SINBA-SIS.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
28	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico GPC-SSA-208-09-EyR Diagnóstico y tratamiento quirúrgico de la enfermedad hemorroidal. CIE-10 K64.0 Hemorroides de primer grado. CIE-10 K64.1 Hemorroides de segundo grado. CIE-10 K64.2 Hemorroides de tercer grado. CIE-10 K64.3 Hemorroides de cuarto grado. CIE-10 K64.8 Otras hemorroides especificadas. CIE-10 K64.9 Hemorroides, sin otra especificación. CIE-9- MC 49.4 Procedimiento sobre hemorroides. Intervención 231 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM- 035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Enfermedad Hemorroidal	Verificar: 1. Existencia de casos en el registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio. 2. El registro de la programación quirúrgica.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas quirúrgicas (nota preoperatoria, lista de verificación para la seguridad de la cirugía, nota preanestésica, vigilancia y registro anestésico, nota postoperatoria, carta de consentimiento informado). 3. Apego a la GPC-SSA-208-09-EyR, diagnóstico y tratamiento quirúrgico de la enfermedad hemorroidal y normatividad correspondiente, protocolos de atención médica propios y árbol de toma de decisiones. 4. Que en la hoja de la lista de verificación para la seguridad de la cirugía este colocado el resultado del control de calidad del instrumental.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y en el registro de la programación quirúrgica. 3. GPC-SSA-208-09-EyR, diagnóstico y tratamiento quirúrgico de la enfermedad hemorroidal. 4. Registro en el SINBA-SIS.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			

JCSSA001401		HOSPITAL REGIONAL COCULA											
UNIDAD QUIRÚRGICA HMI													
Normatividad aplicable		Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
			Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental				
			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			Criterios y Subcriterios	
29	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. GPC-SS-452-11-EyR Diagnóstico y tratamiento quirúrgico de la hernia para esofágica. CIE-10 K44.0 Hernia diafragmática con obstrucción, sin gangrena. CIE-10 K44.9 Hernia diafragmática sin obstrucción ni gangrena.CIE-9-MC 44.66 Otros procedimientos para la creación de competencia esofinteriana esofagogastrica. CIE-9-MC 53.7 Reparación de hernia diafragmatica, abordaje abdominal. CIE-9-MC 53.8 Reparación de hernia diafragmática, con acceso torácico, no especificada de otra manera.. Intervención 232 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento de hernia hialal	Verificar: 1. Existencia de casos en el registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y el registro de la programación quirúrgica.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas quirúrgicas (nota preoperatoria, lista de verificación para la seguridad de la cirugía, nota preanestésica, vigilancia y registro anestésico, nota postoperatoria, carta de consentimiento informado). 3. Apego a la GPC-SS-452-11-EyR Diagnóstico y tratamiento quirúrgico de la hernia para esofágica y normatividad correspondiente, protocolos de atención médica propios y árbol de toma de decisiones. 4. Que en la hoja de la lista de verificación para la seguridad de la cirugía este colocado el resultado del control de calidad del instrumental.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y en el registro de la programación quirúrgica. 3. GPC-SS-452-11-EyR Diagnóstico y tratamiento quirúrgico de la hernia para esofágica. 4. Registro en el SIS	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
30	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. GPC-IMSS-330-10-EyR Diagnóstico y tratamiento de la estenosis hipetrófica del piloro CIE-10 q40.0 Estenosis hipetrófica congénita del piloro. CIE-9-MC 44.2 Píloroplastia. Intervención 233 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento de hipertrofia congénita del piloro	Verificar: 1. Existencia de casos en el registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y el registro de la programación quirúrgica.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas quirúrgicas (nota preoperatoria, lista de verificación para la seguridad de la cirugía, nota preanestésica, vigilancia y registro anestésico, nota postoperatoria, carta de consentimiento informado). 3. Apego a la GPC-IMSS-330-10-EyR Diagnóstico y tratamiento de la estenosis hipetrófica del piloro y normatividad correspondiente, protocolos de atención médica propios y árbol de toma de decisiones. 4. Que en la hoja de la lista de verificación para la seguridad de la cirugía este colocado el resultado del control de calidad del instrumental.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y en el registro de la programación quirúrgica. 3. GPC-IMSS-330-10-EyR Diagnóstico y tratamiento de la estenosis hipetrófica del piloro. 4. Registro en el SINBA-SIS.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
31	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. GPC-SS-015-08-EyR Diagnóstico y tratamiento de hernias inguinales y femorales. CIE-10 K41 Hernia femoral. CIE-9-MC 53.2 Reparación unilateral de hernia crural (femoral). CIE-9-MC 53.3 Reparación bilateral de hernia crural. Intervención 234 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento de hernia crural	Verificar: 1. Existencia de casos en el registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y el registro de la programación quirúrgica.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas quirúrgicas (nota preoperatoria, lista de verificación para la seguridad de la cirugía, nota preanestésica, vigilancia y registro anestésico, nota postoperatoria, carta de consentimiento informado). 3. Apego a la GPC-SS-015-08-EyR Diagnóstico y tratamiento de hernias inguinales y femorales y normatividad correspondiente, protocolos de atención médica propios y árbol de toma de decisiones. 4. Que en la hoja de la lista de verificación para la seguridad de la cirugía este colocado el resultado del control de calidad del instrumental.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y en el registro de la programación quirúrgica. 3. GPC-SS-015-08-EyR Diagnóstico y tratamiento de hernias inguinales y femorales. 4. Registro en el SINBA-SIS.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			

JCSSA001401		HOSPITAL REGIONAL COCULA		UNIDAD QUIRÚRGICA HMI						
Normatividad aplicable	Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA	Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO	Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL	Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD		
		Evidencia Observacional		Evidencia Observacional		Evidencia Documental		Criterios y Subcriterios		
		El evaluador deberá:		El evaluador deberá:		El evaluador deberá:				
32	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. GPC-SS-015-08-EyR Diagnóstico y tratamiento de hernias inguinales y femorales. CIE-10 K40 Hernia inguinal. Reparación unilateral de hernia inguinal, no especificada de otra manera CIE-9-MC 53. Reparación abierta y otra reparación de hernia inguinal directa CIE-9-MC 53.01. Reparación abierta y otra reparación de hernia inguinal indirecta CIE-9-MC 53.02. Reparación abierta y otra reparación de hernia inguinal directa con injerto o prótesis. CIE-9-MC 53.03. Reparación abierta y otra reparación de hernia inguinal indirecta con injerto o prótesis CIE-9-MC 53.04. Reparación de hernia inguinal con injerto o prótesis no especificada de otra manera. CIE-9-MC 53.05. Reparación bilateral de hernia inguinal, no especificada de otra manera. CIE-9-MC 53.1. Reparación abierta y otra reparación bilateral de hernia inguinal directa CIE-9-MC 53.11. Reparación abierta y otra reparación bilateral de hernia inguinal indirecta CIE-9-MC 53.12. Reparación abierta y otra reparación bilateral de hernia inguinal, una directa y otra indirecta CIE-9-MC 53.13. Reparación abierta y otra reparación bilateral de hernia inguinal directa con injerto o prótesis CIE-9-MC 53.14. Intervención 235 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de información Básica en Materia	Diagnóstico y tratamiento de hernia inguinal	Verificar: 1. Existencia de casos en el registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y el registro de la programación quirúrgica.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas quirúrgicas (nota preoperatoria, lista de verificación para la seguridad de la cirugía, nota preanestésica, vigilancia y registro anestésico, nota postoperatoria, carta de consentimiento informado). 3. Apego a la GPC-SS-015-08-EyR Diagnóstico y tratamiento de hernias inguinales y femorales y normatividad correspondiente, protocolos de atención medica propios y árbol de toma de decisiones. 4. Que en la hoja de la lista de verificación para la seguridad de la cirugía este colocado el resultado del control de calidad del instrumental.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y en el registro de la programación quirúrgica. 3. GPC-SS-015-08-EyR Diagnóstico y tratamiento de hernias inguinales y femorales. 4. Reporte en el SINBA-SIS.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
33	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. GPC-IMSS-068-08-EyR Diagnóstico y reparación de la hernia umbilical. CIE-10 K42 Hernia umbilical. CIE-9-MC 53.4 Reparación de hernia umbilical. Intervención 236 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento de hernia umbilical	Verificar: 1. Existencia de casos en el registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y el registro de la programación quirúrgica.	1	Verificar: 1. Que el personal se encuentre en su área de trabajo en el turno correspondiente, portando uniforme y gafete, desarrollando las actividades correspondientes a su formación y perfil. 2. Que corresponda el registro de entrada y salida con el horario en Plantilla de personal. 3. Cumplir con las capacitaciones de los Programas establecidos y las específicas de acuerdo a su competencia	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y en el registro de la programación quirúrgica. 3. GPC-IMSS-068-08-EyR Diagnóstico y reparación de la hernia umbilical. 4. Registro en el SINBA-SIS.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN										CAUSES-2N-2018	
JCSSA001401 HOSPITAL REGIONAL COCUILA											
		UNIDAD QUIRÚRGICA HMI									
Normatividad aplicable	Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA	Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO	Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL	Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD			
		Evidencia Observacional	e	Evidencia Observacional	e	Evidencia Documental	e	EN SALUD			
		El evaluador deberá:		El evaluador deberá:		El evaluador deberá:		Criterios y Subcriterios			
34	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. GPC-SSA-211-09-EyR Diagnóstico y tratamiento quirúrgico de la hernia ventral. CIE-10 K43 Hernia ventral. Reparación de otra hernia de la pared abdominal anterior (sin injerto ni prótesis). CIE-9-MC 53.5. Otra reparación abierta de hernia incisional (eventración) con injerto o prótesis CIE-9-MC 53.61. Reparación abierta y otra reparación de otra hernia de la pared abdominal anterior con injerto o prótesis CIE-9-MC 53.69. Intervención 237 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento de hernia ventral	Verificar: 1. Existencia de casos en el registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y el registro de la programación quirúrgica.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas quirúrgicas (nota preoperatoria, lista de verificación para la seguridad de la cirugía, nota preanestésica, vigilancia y registro anestésico, nota postoperatoria, carta de consentimiento informado). 3. Apego a la GPC-SSA-211-09-EyR Diagnóstico y tratamiento quirúrgico de la hernia ventral. Y normatividad correspondiente, protocolos de atención médica propios y árbol de toma de decisiones. 4. Que en la hoja de la lista de verificación para la seguridad de la cirugía este colocado el resultado del control de calidad del instrumental.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y en el registro de la programación quirúrgica. 3. GPC-SSA-211-09-EyR Diagnóstico y tratamiento quirúrgico de la hernia ventral. 4. Registro en el SINBA-SIS.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.	
35	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. GPC-IMSS-710-14-EyR Intervenciones de enfermería para la atención del adulto con coledocolitiasis y colecistitis crónica agudizada GPC-IMSS-237-09-EyR Diagnóstico y tratamiento de colecistitis/coledocolitiasis en el primer y segundo nivel de atención. Coledocolitiasis CIE-10 K80. Colecistitis CIE-10 K81. Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) [ERCP] CIE-9-MC 51.11. Colangiografía retrógrada endoscópica (CRE) CIE-9-MC 51.11. Colecistectomía agudizada CIE-9-MC 51.22. Colecistectomía laparoscópica CIE-9-MC 51.23. Incisión del conducto biliar para alivio de obstrucción CIE-9-MC 51.4. Otra incisión del conducto biliar CIE-9-MC 51.5. Intervención 238 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento de colecistitis y coledocolitiasis	Verificar: 1. Existencia de casos en el registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y el registro de la programación quirúrgica.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas quirúrgicas (nota preoperatoria, lista de verificación para la seguridad de la cirugía, nota preanestésica, vigilancia y registro anestésico, nota postoperatoria, carta de consentimiento informado). 3. Apego a lasGPC-IMSS-710-14-EyR Intervenciones de enfermería para la atención del adulto con coledocolitiasis y colecistitis crónica agudizada. GPC-IMSS-237-09-EyR Diagnóstico y tratamiento de colecistitis/coledocolitiasis en el primer y segundo nivel de atención y normatividad correspondiente, protocolos de atención médica propios y árbol de toma de decisiones. 4. Que en la hoja de la lista de verificación para la seguridad de la cirugía este colocado el resultado del control de calidad del instrumental.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y en el registro de la programación quirúrgica. 3. GPC-IMSS-710-14-EyR Intervenciones de enfermería para la atención del adulto con coledocolitiasis y colecistitis crónica agudizada. GPC-IMSS-237-09-EyR Diagnóstico y tratamiento de colecistitis/coledocolitiasis en el primer y segundo nivel de atención. 4. Registro en el SINBA-SIS.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.	

JCSSA001401		HOSPITAL REGIONAL COCULA										
		UNIDAD QUIRÚRGICA HMI										
Normatividad aplicable	Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental			Criterios y Subcriterios	
		El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:				
36	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. Cateterismo arterial CIE-9-MC 38.91. Cateterismo de vena umbilical CIE-9-MC 38.92. Cateterismo venoso, no clasificado bajo otro concepto CIE-9-MC 38.93. Cateterismo venoso para diálisis renal CIE-9-MC 38.95. Cateterismo ureteral CIE-9-MC 59.8X. Sustitución de catéter de herida CIE-9-MC 97.15. Extracción de tubo de ureterostomía y de catéter ureteral CIE-9-MC 97.62. Extracción de tubo de cistostomía CIE-9-MC 97.63. Extracción de otro dispositivo de drenaje urinario CIE-9-MC 97.64. Intervención 267 del CAUSES 2016.	Colocación y retiro de diversos catéteres	Verificar: 1. Existencia de casos en el registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y el registro de la programación quirúrgica.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas quirúrgicas (nota preoperatoria, lista de verificación para la seguridad de la cirugía, nota preanestésica, vigilancia y registro anestésico, nota postoperatoria, carta de consentimiento informado). 3. Apego a la normatividad correspondiente, protocolos de atención médica propios y árbol de toma de decisiones. 4. Que en la hoja de la lista de verificación para la seguridad de la cirugía este colocado el resultado del control de calidad del instrumental.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y en el registro de la programación quirúrgica.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.		
37	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. GPC-SSA-451-11-EyR Toracotomía, toracoscopia y drenaje pleural. GPC-IMSS-243-09-EyR Diagnóstico y manejo del derrame pleural. Incisión de pared torácica CIE-9-MC 34.01. Toracotomía exploratoria CIE-9-MC 34.02. Reapertura a través de toracotomía reciente CIE-9-MC 34.03. Inserción de catéter intercostal para drenaje CIE-9-MC 34.04. Creación de derivación pleuroperitoneal CIE-9-MC 34.05. Otra incisión de pleura CIE-9-MC 34.09. Sello de agua CIE-9-MC 34.0A. Extracción de tubo de toracotomía o de drenaje de la cavidad pleural CIE-9-MC 97.41. Intervención 269 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de	Toracotomía, pleurotomía y drenaje de tórax	Verificar: 1. Existencia de casos en el registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y el registro de la programación quirúrgica.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas quirúrgicas (nota preoperatoria, lista de verificación para la seguridad de la cirugía, nota preanestésica, vigilancia y registro anestésico, nota postoperatoria, carta de consentimiento informado). 3. Apego a las GPC-SSA-451-11-EyR Toracotomía, toracoscopia y drenaje pleural. GPC-IMSS-243-09-EyR Diagnóstico y manejo del derrame pleural y normatividad correspondiente, protocolos de atención médica propios y árbol de toma de decisiones. 4. Que en la hoja de la lista de verificación para la seguridad de la cirugía este colocado el resultado del control de calidad del instrumental.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y en el registro de la programación quirúrgica. 3. GPC-SSA-451-11-EyR Toracotomía, toracoscopia y drenaje pleural. GPC-IMSS-243-09-EyR Diagnóstico y manejo del derrame pleural. 4. Registro en el SINBA-SIS.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.		
38	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. GPC-SS-228-09-EyR Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad trofoblástica gestacional. Mola hidatidiforme CIE-10 O01 Dilatación y legrado del útero CIE-9-MC 69 Otro legrado por aspiración del útero. Intervención 243 del CAUSES 2016.	Diagnóstico y tratamiento quirúrgico de enfermedad trofoblástica	Verificar: 1. Existencia de casos en el registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y el registro de la programación quirúrgica.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas quirúrgicas (nota preoperatoria, lista de verificación para la seguridad de la cirugía, nota preanestésica, vigilancia y registro anestésico, nota postoperatoria, carta de consentimiento informado). 3. Apego a las guías de práctica clínica.	1	Verificar: 1. Expediente clínica. 2. Registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y en el registro de la programación quirúrgica.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.		

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN	CAUSES-2N-2018
--	----------------

JCSSA001401		HOSPITAL REGIONAL COCULA								
		UNIDAD QUIRÚRGICA HMI								
Normatividad aplicable		Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA	Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO	Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL	Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
			Evidencia Observacional		Evidencia Observacional		Evidencia Documental			
			El evaluador deberá:		El evaluador deberá:		El evaluador deberá:		Criterios y Subcriterios	
39	NOM-007-SSA2-1993 Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. GPC-ISSSTE-681-13-EyR Diagnóstico y tratamiento del embarazo ectópico en mujeres de edad reproductiva en segundo y tercer nivel de atención. GPC-IMSS-182-09-EyR Diagnóstico y tratamiento de embarazo tubario. Mola hidatidiforme CIE-10 O01. Dilatación y legrado del útero CIE-9-MC 69 Otro legrado por aspiración del útero. Intervención 244 del CAUSES 2016.	Diagnóstico y tratamiento quirúrgico del embarazo ectópico	Verificar: 1. Existencia de casos en el registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y el registro de la programación quirúrgica.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas quirúrgicas (nota preoperatoria, lista de verificación para la seguridad de la cirugía, nota preanestésica, vigilancia y registro anestésico, nota postoperatoria, carta de consentimiento informado). 3. Apego a las guías de práctica clínica.	1	Verificar: 1. Expediente clínica. 2. Registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y en el registro de la programación quirúrgica.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
40	NOM-007-SSA2-1993 Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. GPC-IMSS-088-08-EyR Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo y manejo inicial del aborto recurrente. Aborto diferido CIE-10 O02.1 Aborto espontáneo CIE-10 O03 Aborto médico CIE-10 O04 Otro aborto CIE-10 O05. Aborto no especificado CIE-10 O06. Dilatación y legrado después de parto o aborto CIE-9-MC 69.02 Legrado por aspiración del útero después de parto. Intervención 245 del CAUSES 2016.	Diagnóstico y tratamiento del aborto incompleto (no incluye interrupción legal del embarazo)	Verificar: 1. Existencia de casos en el registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y el registro de la programación quirúrgica.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas quirúrgicas (nota preoperatoria, lista de verificación para la seguridad de la cirugía, nota preanestésica, vigilancia y registro anestésico, nota postoperatoria, carta de consentimiento informado). 3. Apego a las guías de práctica clínica.	1	Verificar: 1. Expediente clínica. 2. Registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y en el registro de la programación quirúrgica.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
41	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. GPC-IMSS-605-13-EyR Parto después de una cesárea. GPC-IMSS-048-08-EyR Realización de operación cesárea. Parto único por cesárea CIE-10 O82. Parto múltiple, todos por cesárea CIE-10 O84.2. Cesárea clásica CIE-9-MC 74.0X. Cesárea clásica baja CIE-9-MC 74.1X. Intervención 246 del CAUSES 2016.	Atención de cesárea y del puerperio quirúrgico	Verificar: 1. Existencia de casos en el registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y el registro de la programación quirúrgica.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas quirúrgicas (nota preoperatoria, lista de verificación para la seguridad de la cirugía, nota preanestésica, vigilancia y registro anestésico, nota postoperatoria, carta de consentimiento informado). 3. Apego a las guías de práctica clínica.	1	Verificar: 1. Expediente clínica. 2. Registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y en el registro de la programación quirúrgica.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.

JCSSA001401		HOSPITAL REGIONAL COCULA		UNIDAD QUIRÚRGICA HMI						
Normatividad aplicable		Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA	Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO	Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL	Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
			Evidencia Observacional	e	Evidencia Observacional	e	Evidencia Documental	e	EN SALUD	
			El evaluador deberá:		El evaluador deberá:		El evaluador deberá:		Criterios y Subcriterios	
42	ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/09/17. AESP	Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente	Verificar que se tenga acceso al procedimiento documentado para la identificación del paciente Acción Esencial 1 (A, B, C, D).	1	Verificar que: 1. El personal de salud identifica al paciente en el momento en que este solicita la atención y previo a la realización de procedimientos 2. La identificación se hace con dos identificadores que siempre serán, por lo menos, el nombre completo del paciente y la fecha de nacimiento (año, mes y día), 3. El personal de salud comprueba el nombre completo del paciente y fecha de nacimiento.	1	Verificar que: 1 se cuenta con elementos para la identificación (brazalete o pulsera) 2. Verificar la identificación del paciente en soluciones intravenosas y dispositivos 3. Verificar en los registros del área (nota de primera vez y notas de atención subsecuente, consentimientos informados, hojas diarias) cuenten con los dos identificadores.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
43			Verificar que el área cuente con un procedimiento documentado para la comunicación efectiva Acción Esencial 2 (A, B, C, D, F, G) definido y aplicado al Establecimiento	1	Verificar que: 1. se cuente con una bitácora específica para el registro de órdenes verbales y/o telefónicas, 2. se conoce y sigue el procedimiento establecido de Escuchar-Escribir-Leer-Confirmar-Transcribir durante la emisión-recepción de órdenes verbales y/o telefónicas, 3. se conozca y aplique la técnica SAER durante la transferencia de pacientes.	1	Verificar: 1. Registros de supervisión de seguimiento, llenado de la bitácora específica de registro de resultados críticos, llenado en expediente clínico.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
44			Verificar que el establecimiento cuente con un procedimiento documentado para la seguridad en el proceso de medicación Acción Esencial 3 (A, B, C, D, E, F, G, H, I) definido y aplicado al Establecimiento	1	Verificar que: 1. Se tenga acceso al procedimiento para la seguridad en el proceso de medicación 2. El personal conozca lo relativo al procedimiento de seguridad en el proceso de medicación en las fases de: Prescripción, transcripción, dispensación, recepción y almacenamiento y administración de medicamentos 3. Que sepan la doble verificación en la preparación administración de medicamentos de alto riesgo 4. Notificación de eventos adversos relacionados con la medicación.	1	Verificar 1. La existencia de alertas visuales en medicamentos con aspecto o nombre parecido, 2. Que se cuente con la lista de medicamentos con aspecto y nombre parecido	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
45			Verificar que el área cuente con un procedimiento documentado para la seguridad en los procedimientos: Acción Esencial 4A definido y aplicado al establecimiento	1	Verificar que se conozca y aplique el procedimiento que incluye: a. Marcado del sitio quirúrgico. b. Que personal cuente con la capacitación para su aplicación.	1	Verificar: 1.registros de supervisión de seguimiento 2. Lista de Verificación para la Seguridad de la Cirugía 3. Constancias de capacitación o listas de asistencia.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
46			CARRO ROJO UNIDAD QUIRÚRGICA: Verificar: 1. Que cuenten con el CARRO ROJO para el manejo del paro cardiorespiratorio.	1	Verificar: 1. Que existan los insumos requeridos para el ABC de la reanimación cardiorespiratoria. (Ver desglose) 2. Que la caducidad del material y medicamentos este vigente. 3. Que los insumos sean suficientes para la atención. 4. Que el personal conozca el manejo del monitor desfibrilador y las maniobras de reanimación cardiorespiratoria. 5. Que estén identificados los medicamos de alto riesgo y electrolitos.	1	Verificar: 1. Bitácora de control del carro para el manejo del paro cardiorespiratorio firmada por el responsable de turno. 2. Registro histórico del abastecimiento oportuno y completo del contenido del carro para para el manejo del paro cardiorespiratorio. 3. Registro de la prueba del trazo isoelectrico semanalmente. 4. Bitácora de mantenimiento del monitor-desfibrilador. 5. Protocolo de manejo de los medicamentos de alto riesgo y electroliticos.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos	1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de procesos estratégicos. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.

JCSSA001401		HOSPITAL REGIONAL COCULA									
		UNIDAD QUIRÚRGICA HMI									
Normatividad aplicable		Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Criterios a evaluar PROCESO		Criterios a evaluar DOCUMENTAL		MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD		
			Evidencia Observacional		Evidencia Observacional		Evidencia Documental		Criterios y Subcriterios		
			El evaluador deberá:		El evaluador deberá:		El evaluador deberá:				
47		CARRO ROJO RECUPERACIÓN: Verificar: 1. Que cuenten con el CARRO ROJO para el manejo del paro cardiorespiratorio.	1	Verificar: 1. Que existan los insumos requeridos para el ABC de la reanimación cardiorespiratoria. (Ver desglose) 2. Que la caducidad del material y medicamentos este vigente. 3. Que los insumos sean suficientes para la atención. 4. Que el personal conozca el manejo del monitor desfibrilador y las maniobras de reanimación cardiorespiratoria. 5. Que estén identificados los medicamos de alto riesgo y electrolitos.	1	Verificar: 1. Bitácora de control del carro para el manejo del paro cardiorespiratorio firmada por el responsable de turno. 2. Registro histórico del abastecimiento oportuno y completo del contenido del carro para para el manejo del paro cardiorespiratorio. 3. Registro de la prueba del trazo isoelectríco semanalmente. 4. Bitácora de mantenimiento del monitor-desfibrilador. 5. Protocolo de manejo de los medicamentos de alto riesgo y electrolíticos.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos	1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de procesos estratégicos. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.		
Equipo médico y elementos complementarios											
48			2	Verificar: 1. Existencia de un Programa para la Gestión del Equipo y Tecnología Biomédica 2. Que el equipo médico se encuentre funcionando y en buenas condiciones.	2	Verificar: 1. Identificación del inventario del equipo médico 2. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo del equipo médico	2	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.		
49			2	Verificar existencia, que se encuentre lleno y con fecha de última recarga de oxígeno y fecha de vencimiento o caducidad	2	Verificar existencia, que se encuentre lleno y con fecha de última recarga de oxígeno y fecha de vencimiento o caducidad	2				
50			2	Verificar existencia y que se encuentre en buenas condiciones	2	Verificar existencia y que se encuentre en buenas condiciones	2				
Insumos de Carro Rojo Unidad Quirúrgica y Recuperación.											
Primer Cajón											
51	Guía de equipamiento para carros rojos de CENETEC 2016, NOM-006-SSA3-2011, en su apéndice A		CARRO ROJO	2	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	2	Verificar sistema de abasto.	2	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.	
52				2	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	2	Verificar sistema de abasto.	2			
53				2	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	2	Verificar sistema de abasto.	2			
54				2	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	2	Verificar sistema de abasto.	2			
55				2	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	2	Verificar sistema de abasto.	2			
56				2	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	2	Verificar sistema de abasto.	2			
57				2	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	2	Verificar sistema de abasto.	2			
58				2	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	2	Verificar sistema de abasto.	2			
59				2	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	2	Verificar sistema de abasto.	2			
60				2	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	2	Verificar sistema de abasto.	2			
61		2		Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	2	Verificar sistema de abasto.	2				
62		2		Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	2	Verificar sistema de abasto.	2				
63		2		Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	2	Verificar sistema de abasto.	2				
64		2		Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	2	Verificar sistema de abasto.	2				
65		2		Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	2	Verificar sistema de abasto.	2				
66		2		Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	2	Verificar sistema de abasto.	2				
67		2		Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	2	Verificar sistema de abasto.	2				

CEDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN											CAUSES-2N-2018	
JCSSA001401		HOSPITAL REGIONAL COCULA										
Normatividad aplicable		Concepto		UNIDAD QUIRÚRGICA HMI								
				Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Criterios a evaluar PROCESO		Criterios a evaluar DOCUMENTAL		MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD		
				Evidencia Observacional	Puntaje	Evidencia Observacional	Puntaje	Evidencia Documental	Puntaje	Criterios y Subcriterios		
				El evaluador deberá:		El evaluador deberá:		El evaluador deberá:				
68		Sulfato de Magnesio solución inyectable 1g / 10 ml.	2	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	2	Verificar sistema de abasto.	2					
69		Lidocaína solución inyectable al 2%.	2	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	2	Verificar sistema de abasto.	2					
		Segundo Cajón										
70		Parches para electrodo (adulto, pediátricos).	2	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	2	Verificar sistema de abasto.	2	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
71		Catéter para vena periférica (17,18, 20, 22, 24 fr)	2	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	2	Verificar sistema de abasto.	2					
72		Llave de tres vias.	2	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	2	Verificar sistema de abasto.	2					
73		Sonda de aspiración.	2	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	2	Verificar sistema de abasto.	2					
74		Jeringas de 5, 10, 20 ml.	2	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	2	Verificar sistema de abasto.	2					
75		Agujas hipodérmicas.	2	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	2	Verificar sistema de abasto.	2					
76		Equipo de venoclisis con microgotero.	2	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	2	Verificar sistema de abasto.	2					
77		Equipo de venoclisis con normogotero.	2	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	2	Verificar sistema de abasto.	2					
		Tercer Cajón										
78		Cánulas endotraqueales: N° 2.5, 3.0, 3.5, 4.0, 4.5, 5.0, 6.5, 7.0, 7.5, 8.0, 8.5, 9.0, 9.5 mm.	2	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	2	Verificar sistema de abasto.	2	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
79		Aguja intraósea (14,16,18).	2	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	2	Verificar sistema de abasto.	2					
80		Guía metálica para cánulas endotraqueales (adulto y pediátrico).	2	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	2	Verificar sistema de abasto.	2					
81		Lidocaína con atomizador manual al 10%.	2	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	2	Verificar sistema de abasto.	2					
82		Cánulas de Guedel: 3, 4, 5.	2	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	2	Verificar sistema de abasto.	2					
83		Mango de laringoscopio.	2	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	2	Verificar sistema de abasto.	2					
84		Hojas rectas: 1, 2.	2	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	2	Verificar sistema de abasto.	2					
85		Hojas curvas: 1, 2, 3, 4.	2	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	2	Verificar sistema de abasto.	2					
86		Guantes.	2	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	2	Verificar sistema de abasto.	2					
		Cuarto Cajón										
87		Bolsa autoinflable para reanimación pediátrica y adulto.	2	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	2	Verificar sistema de abasto.	2	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
88		Mascarilla laríngea 2.0,2.5,3.0,4.0).	2	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	2	Verificar sistema de abasto.	2					
89		Extensión para oxígeno.	2	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	2	Verificar sistema de abasto.	2					
90		Puntas nasales.	2	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	2	Verificar sistema de abasto.	2					
91		Solución Hartmann inyectable 500 ml.	2	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	2	Verificar sistema de abasto.	2					
92		Solución de cloruro de sodio inyectable al 0.9% 500 ml.	2	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	2	Verificar sistema de abasto.	2					
93		Solución glucosada inyectable al 5% 250 ml.	2	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	2	Verificar sistema de abasto.	2					
94		Coloide solución inyectable 500 ml.	2	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	2	Verificar sistema de abasto.	2					
Central de Equipos y Esterilización (CEYE)												



CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN									
JCSSA001401 HOSPITAL REGIONAL COCULA									
UNIDAD QUIRÚRGICA HMI									
Normatividad aplicable	Concepto	Crterios a evaluar ESTRUCTURA	Puntaje	Crterios a evaluar PROCESO	Puntaje	Crterios a evaluar DOCUMENTAL	Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional		Evidencia Observacional		Evidencia Documental		Criterios y Subcriterios	
		El evaluador deberá:		El evaluador deberá:		El evaluador deberá:			
95	NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 4.8, 4.14. NOM-045-SSA2-2005, en su numeral 10.6.1, 10.6.1.2 ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/09/17. AESP 5B	Verificar: 1. Que exista control de acceso (filtro de acceso). 2. Lavado con el cartel de la técnica para la higiene de manos. 3. Que cuente con material para la colocación de las barreras de protección, (bata, gorro y cubre boca ya sean desechables o reusables).	1	Verificar: 1. Que el área de acceso este señalizada e identificada. 2. Que se mantengan las condiciones de asepsia. 3. Evaluar la técnica de higiene de manos 4. Que existan los insumos para la higiene de manos: jabón (líquido o gel), toallas desechables. 5. Que las instalaciones no tengan fugas hidrosanitarias. 6. Que el mobiliario se encuentre en buenas condiciones.	1	Verificar: 1. Bitácora de mantenimiento preventivo-correctivo de la estructura y mobiliario. 2. Bitácora de control de aseo y limpieza del área firmada por el jefe de turno o supervisor. 3. Bitácora del procedimiento de desinfección de alto nivel del área. 4. Registro y control del sistema de abasto de los insumos para la higiene de manos.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
96	NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 4.8, 4.14, 5.1.10, 6.6.3 y en su apéndice J. NOM-045-SSA2-2005, en su numeral 3.1.13.2	Verificar: 1. Existencia de las siguientes áreas: lavado de instrumental, preparación de ropa y materiales, ensamble para formación de paquetes y esterilización. 2. Que cuente con una ventanilla de comunicación hacia el pasillo de la circulación blanca. 3. Que cuente cuando menos, con una ventanilla de comunicación a la circulación negra. 4. Deberá contar al menos con un autoclave. 5. Contar con: anaqueles para paquetes esterilizados, anaqueles para paquetes pre-esterilización, mueble para guarda de insumos, mesa alta con tarja, mesa para preparación de paquetes, esterilizador, equipos e instrumental apropiados para cirugías diversas. 6. Que cuente con ventilación artificial.	1	Verificar: 1. Que el área este señalizada con rotulo de acceso restringido. 2. Que el acceso sea controlado para personal. 3. Que haya un área de circulación restringida, donde se lavan, preparan, esterilizan, almacenan y distribuyen equipos, materiales, ropa e instrumental esterilizados o sanitizados. 4. Que los controles de calidad físicos, químicos y biológicos, sean suficientes y estén vigentes. 5. No deberá cruzar los recorridos del material sucio que se recibe, con el material limpio que sale esterilizado de la central.	1	Verificar: 1. Bitácora de mantenimiento y utilización de los esterilizadores. 2. Registro de productividad de esterilización del equipo e instrumental. 3. Registro de la calidad de la función con controles físicos, químicos y biológicos apropiados a cada procedimiento. 4. Inventario de equipo, mobiliario. 5. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo de la ventilación artificial. 6. Bitácora del procedimiento de desinfección de alto nivel del área.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
97	NOM-045-SSA2-2005, en su numeral 10.6.6	Verificar: 1. Existencia de material para esterilización y desinfección. 2. Que cuenten con papel grado médico.	1	Verificar: 1. Que se encuentre en buenas condiciones. 2. Que sea suficiente de acuerdo a la productividad. 3. Que el equipo y material este empaçado en papel grado médico y cerrado mediante selladora térmica y rotulado con fecha de esterilización, de caducidad y nombre de la persona responsable del proceso. 4. Que los recipientes que contengan desinfectante estén tapados y rotulados con el nombre del producto, la fecha de preparación y caducidad.	1	Verificar: 1. Bitácora de productividad y registro de esterilización. 2. Bitácora de uso de los desinfectantes.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
98	NOM-016-SSA3-2012, en su numeral J3	Verificar: 1. Existencia de equipo para cirugías diversas: adeno-amigdalectomía, equipo de amputación, equipo de aseo, equipo de aseo vulvar, equipo de asepsia, equipo de bloqueo peridural, equipo de cesárea, equipo de circuncisión, equipo de cirugía gastrointestinal, equipo de cirugía general básica, equipo de cirugía ginecológica abdominal, equipo de cirugía ginecológica vaginal, equipo de cirugía menor y debridación, equipo de cirugía ocular menor, equipo de cirugía pediátrica, equipo de colecistectomía, equipo de ginecología y planificación familiar, equipo de curación para cirugía, equipo de curación para hospitalización, equipo de epididimo y vasectomía, equipo de hemorroidectomía, equipo de instrumental básico odontológico, equipo de instrumental obstétrico, equipo de intubación endotraqueales, equipo de legrado uterino, equipo de parto, equipo de safenectomía, equipo de salpingoclasia, equipo de traqueostomía, equipo de vasectomía sin bisturi, equipo de venodisección.	1	Verificar: 1. Que el instrumental se encuentre en buenas condiciones, que no esté oxidado y funcione. 2. Que sea suficiente de acuerdo a la productividad. 3. Que esté completo.	1	Verificar: 1. Inventario del instrumental. 2. Bitácora de mantenimiento del instrumental, así como el procedimiento de baja y alta del mismo.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN CAUSES-2N-2018

JCSSA001401				HOSPITAL REGIONAL COCULA				UNIDAD QUIRÚRGICA HMI							
Normatividad aplicable				Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
					Evidencia Observacional		e	Evidencia Observacional		e	Evidencia Documental		e	EN SALUD	
					El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			Criterios y Subcriterios	
99	NOM-045-SSA2-2005,	en	su	Verificar: 1. Existencia de material para esterilización y desinfección. 2. Que cuenten con papel grado médico.	1	Verificar: 1. Que se encuentre en buenas condiciones. 2. Que sea suficiente de acuerdo a la productividad. 3. Que el equipo y material este empacado en papel grado médico y cerrado mediante selladora térmica y rotulado con fecha de esterilización, de caducidad y nombre de la persona responsable del proceso. 4. Que los recipientes que contengan desinfectante estén tapados y rotulados con el nombre del producto, la fecha de preparación y caducidad.	1	Verificar: 1. Bitácora de mantenimiento y utilización de los esterilizadores. 2. Registro de productividad de esterilización del equipo e instrumental. 3. Registro de la calidad de la función con controles físicos, químicos y biológicos apropiados a cada procedimiento. 4. Inventario de equipo, mobiliario. 5. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo de la ventilación artificial. 6. Bitácora del procedimiento de desinfección de alto nivel del área.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.				
100	NOM-016-SSA3-2012,	en	su		Verificar: 1. Existencia de equipo para cirugías diversas: equipo de aseo, equipo de aseo vulvar, equipo de asepsia, equipo de bloqueo peridural, equipo de cesárea, equipo de cirugía gastrointestinal, equipo de cirugía general básica, equipo de cirugía ginecológica abdominal, equipo de cirugía ginecológica vaginal, equipo de cirugía menor y debridación, equipo de colecistectomía, equipo de ginecología y planificación familiar, equipo de curación para cirugía, equipo de curación para hospitalización, equipo de hemorroidectomía, equipo de instrumental obstétrico, equipo de intubación endotraqueales, equipo de legrado uterino, equipo de parto, equipo de salpingoclasia, equipo de traqueostomía.		1		Verificar: 1. Que el instrumental se encuentre en buenas condiciones, que no esté oxidado y funcione. 2. Que sea suficiente de acuerdo a la productividad. 3. Que este completo.			1	Verificar: 1. Inventario del instrumental. 2. Bitácora de mantenimiento del instrumental, así como el procedimiento de baja y alta del mismo.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos
					147			147			147				

CALIFICACIÓN UNIDAD QUIRÚRGICA HMI	100.00%
------------------------------------	---------

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN		CAUSES-2N-2018
JCSSA001401	HOSPITAL REGIONAL COCULA	

Normatividad aplicable		Concepto	UNIDAD QUIRÚRGICA HP										
			Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
			Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental			Criterios y Subcriterios	
			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:				
1	NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 4.12, 5.1.10, 6.6.2.2.9. NOM-045-SSA2-2005, en su numeral 10.6.7.2. NOM-001-SEDE-2012. Título 5, Especificaciones. Capítulo 5 Ambientes Especiales Artículo 517. Ambientes Especiales Artículo 517. ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/09/17. AESP 6C.	Condiciones Generales	Verificar: 1. Existencia de señalización. 2. Que cuente con señalamiento de emergencia para protección civil. 3. Que el punto de reunión esté delimitado e identificado.	1	Verificar: 1. Que el área esté debidamente señalizada con rotulo de acceso restringido. 2. Que la iluminación y ventilación sean adecuadas. 3. Que la infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas se encuentren en buen estado.	1	Verificar: 1. Bitácora de control de aseo y limpieza del área firmada por el jefe de turno o supervisor. 2. Bitácora del mantenimiento preventivo-correctivo de la estructura e instalaciones. 3. Manual de procedimientos para determinar las características, la frecuencia del aseo y limpieza del área.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
2	NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, en su numeral 3.9, 4 y 6, NOM-016-SSA3-2012 en su numeral 5.1.2.4, Guía para el manejo de los residuos peligrosos biológico infecciosos en unidades de salud. Primera impresión: 2003.		Verificar existencia de contenedores para el manejo del R.P.B.I.	1	Verificar: 1. Que se identifiquen y clasifiquen el R.P.B.I. 2. Que los R.P.B.I. Se envasen en los contenedores específicos para cada tipo de residuo (rojo o amarillo), inmediatamente después de su generación en el mismo lugar en que se originan. 3. Que los R.P.B.I. no sean mezclados con otro tipo de residuos. 4. Que los recipientes o bolsas estén marcados con el símbolo universal de riesgos biológico y la leyenda "Residuos Peligrosos Biológico-Infecciosos", que no deben llenarse más de un 80% de su capacidad y que estén bien cerrados. 5. Que exista ruta preestablecida para trasladar el R.P.B.I. desde las áreas generadoras hasta el área de almacenamiento. 6. Que el periodo de almacenamiento temporal este de acuerdo al tipo de establecimiento generador de R.P.B.I. 7. El tratamiento o destino final del R.P.B.I.	1	Verificar bitácora de registro de la recolección del R.P.B.I. con los datos específicos como fecha, peso, tipo de residuo, firma del responsable del área y firma del responsable de la recolección.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
3	NOM-016-SSA3-2012, en su numeral NOM-001-SEDE-2012, artículo 517, en su numeral 517-2, 517-30, 517-31, 517-33, 517-42, 517-44.	Requisitos Generales (Criterio mayor)	Verificar: 1. Que el circuito eléctrico esté conectado a la planta de emergencia. 2. Que los contactos conectados a la planta de emergencia estén plenamente identificados con un color distintivo o una marca que los haga fácilmente identificables.	1	Verificar: 1. En el área su funcionamiento a través del equipo conectado a los contactos grado hospital. 2. Que el restablecimiento de la energía sea en un lapso de 10 segundos o menos.	1	Verificar bitácoras de pruebas para el restablecimiento de la energía eléctrica.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN									
JCSSA001401 HOSPITAL REGIONAL COCULA									
UNIDAD QUIRÚRGICA HP									
Normatividad aplicable	Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Criterios a evaluar PROCESO		Criterios a evaluar DOCUMENTAL		MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional		Evidencia Observacional		Evidencia Documental		Criterios y Subcriterios	
		El evaluador deberá:		El evaluador deberá:		El evaluador deberá:			
4	NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 6.6.2.2. NOM-045-SSA2-2005, en su numeral 3.1.13.1.	Verificar: 1. Existencia de un área de circulación restringida y delimitada (acceso controlado). 2. Que cuente con acceso controlado para el paciente y para el personal.	1	Verificar: 1. Que el área este señalizada con rotulo de acceso restringido. 2. Que el ingreso sea a través de puertas y/o barreras físicas que impidan el libre paso de los pacientes y personal. 3. Que se mantengan las condiciones de asepsia y ambiente estéril.	1	Verificar bitácora del procedimiento de desinfección de alto nivel del área.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
5	NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 4.4, 6.6.2.2.1, 6.6.2.2.2.	Verificar: 1. Existencia de un área de transferencia para pacientes y personal. 2. Que se cuente con una barrera física, mecanismo o sistema de separación.	1	Verificar: 1. Que el personal ingrese a la unidad quirúrgica a través del área de vestidores y sanitarios. 2. Que se tenga continuidad de circulación hacia el pasillo de circulación blanca. 3. Que el egreso del personal del área de la salud sea a través del área gris hacia el área negra. 4. El ingreso y egreso de pacientes se lleve a cabo a través de un área de transferencia de camillas.	1	Verificar registro de capacitación al personal de salud en los flujos de ingreso y egreso.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
6	NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 6.6.2.2.	Vestidores	1	Verificar: 1. Señalización y existencia por género. 2. Que las instalaciones hidrosanitarias estén en buenas condiciones generales y funcionales. 3. Que la iluminación sea adecuada.	1	Verificar bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo de la estructura.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
7	NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 6.6.2.2, 6.6.2.2.3 y en su apéndice H. NOM-045-SSA2-2005, en su numeral 3.1.13.1 Acuerdo CSG 60/06.03.17 por el que el Consejo de Salubridad General, declara la obligatoriedad de la implementación de las "Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente", en todos los establecimientos de atención médica del Sistema Nacional de Salud 5B.	Pasillo de Circulación Blanca	1	Verificar: 1. Que las instalaciones no tengan fugas hidrosanitarias. 2. Que el mobiliario se encuentre en buenas condiciones.	1	Verificar: 1. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo de la estructura. 2. Bitácora de abasto de insumos para el lavado y asepsia prequirúrgica. 3. Bitácora del procedimiento de desinfección de alto nivel del área.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
8		Verificar: 1. Existencia de sala de operaciones. 2. Que las salas de operaciones tenga curvas sanitarias, las paredes estén recubiertas de material de fácil limpieza y que no tenga ranuras, orificios o poros. 3. Que la ventilación sea artificial con instalación que permita el aire inyectado por la parte superior y extraído en la parte inferior (ductos de extracción de aire), que el sistema no recircule el aire para evitar la concentración de gases anestésicos y medicinales. 4. Que existan 2 puertas, las cuales deberán ser de doble abatimiento y requieren tener mirillas. 5. Piso resistente al agua, no conductor de corriente. 6. Que cuente con instalaciones fijas de oxígeno y aire.	1	Verificar: 1. Que el área se encuentre en buenas condiciones generales. 2. Que el equipo de ventilación funcione adecuadamente. 3. Que se realicen procesos de eliminación dirigidos a la destrucción de microorganismos en cualquier objeto inanimado utilizado en el hospital. 4. La filtración de aire deberá ser de alta eficiencia. 5. Que existan instalaciones fijas de oxígeno, y aire, codificados por colores: verde (oxígeno), y amarillo (aire). 6. Que se respeten los flujos del pasillo de circulación blanca hacia el área gris a través de las dos puertas requeridas: una para el acceso de personal de salud y la otra puerta para el egreso del personal y paciente.	1	Verificar: 1. Registros del control y mantenimiento de la ventilación (preferentemente deberá tener capacidad para llevar a cabo de 20 a 25 cambios de volumen de aire filtrado por hora). 2. Bitácora del procedimiento de desinfección de alto nivel del área.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
9		Verificar existencia por sala de operaciones del siguiente mobiliario: asiento, asiento giratorio con respaldo, banqueta de altura, bote para basura tipo municipal (bolsa de cualquier color, excepto rojo o amarillo), bote para RPBI (bolsa roja), brazo giratorio (en su caso), cubeta de acero inoxidable, mesa carro anestesiólogo (en su caso), mesa Mayo con charola, mesa quirúrgica, mesa riñón, mesa transportadora de material, porta cubeta adaptable, porta botella doble	1	Verificar: 1. Que el mobiliario se encuentren en buenas condiciones de pintura, sin zonas de oxidación o deterioro. 2. Que el mobiliario funcione.	1	Verificar: 1. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo del mobiliario. 2. Inventario del mobiliario.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

JCSSA001401

HOSPITAL REGIONAL COCULA

Normatividad aplicable		Concepto	UNIDAD QUIRÚRGICA HP										
			Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
			Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental			Criterios y Subcriterios	
			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:				
10	NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 6.6.2.2, 6.6.2.2.4, 6.6.2.2.4.1, 6.6.2.2.4.2, 6.6.2.2.4.3 y en su apéndice H. NOM-045-SSA2-2005, en su numeral 3.1.13.1. , 10.6.7.1, 10.6.7.2, NOM-001-SEDE-2012. Título 5, Especificaciones. Capítulo 5 Ambientes Especiales Artículo 517, 517-19, 517-60, 517-61, 517-62, 517-63NOM-006-SSA3-2011, en su apéndice A. NOM-045-SSA2-2005, en su numeral 3.1.13.1 , 10.6.4, 10.6.7, Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud. Diario Oficial de la Federación; (22 de junio de 2011), NOM-006-SSA3-2011, en su numeral 7.3, Apéndice A (Normativo).	Área Blanca (Criterio mayor)	Verificar: 1. Que cuente con el siguiente equipo médico por sala de operaciones: aspirador de succión regulable, lámpara para emergencias portátil, lámpara doble para cirugía, negatoscopio, reloj para sala de operaciones con secundero, unidad electroquirúrgica. 2. Que cuente con instalaciones fijas de gases medicinales. 3. Que existan ductos de extracción de aire. 4. Que se cuente con dispositivos para succión de líquidos y secreciones.	1	Verificar: 1. Que el equipo se encuentre en buenas condiciones. 2. Que el equipo funcione.	1	Verificar: 1. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo del equipo. 2. Inventario del equipo. 3. Bitácora del procedimiento de desinfección de alto nivel del área.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
11			Verificar existencia por sala de operaciones de: Unidad básica de anestesia (de acuerdo al tipo de procedimientos puede ser una unidad intermedia de anestesia o una unidad avanzada de anestesia, que cuente como mínimo con: un vaporizador, gabinete con ruedas, dos con freno; un cajón; mesa de trabajo con iluminación; en su caso, repisa para monitores; yugos para cilindros de O2 y N2O; medidores o manómetros de presión del suministro de gases con alarma audible de baja presión; contactos eléctricos; batería de respaldo de acuerdo al equipo instalado; flujómetros independientes para cada tipo de gases suministrados; flush y sistema de guarda hipóxica o fio2, con alarma audible y visible; ventilador transoperatorio adecuado a las necesidades del paciente; circuito de reinhalación con sistema canister; monitor de signos vitales con	1	Verficar: 1. Que se realicen procesos de eliminación dirigidos a la destrucción de microorganismos en cualquier objetivo inanimado utilizado en el hospital.	1	Verificar: 1. Inventario de equipo e instrumental. 2. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos de anestesia (funcionamiento de las alarmas y mantenerlas activas) y del resto de equipos médicos. 3. Registro diario de la revisión y comprobación (previo al inicio del procedimiento anestésico) del buen funcionamiento de la máquina de anestesia, así como, la disponibilidad de los fármacos necesarios. 4. Calibración periódica de los vaporizadores. 5. Registro del procedimiento de lavado y esterilización de los circuitos para ventilación de los equipos de anestesia que no sean desechables. 6. Registro del procedimiento de esterilización y desinfección de los equipos de apoyo respiratorio no invasivo (registrarse la fecha y hora de cambio). 7. Registro del procedimiento de lavado, esterilización o desinfección de los circuitos para ventilación, las bolsas de reanimación respiratoria que no sean desechables antes de volver a ser usados en otro paciente. 8. Sistema de abasto de medicamentos, libro de registro de medicamentos controlados y recetas médicas autorizadas. 9. Registro del procedimiento de lavado y esterilización o desinfección de los sensores de oxígeno antes de volver a ser usados en otro paciente. 10. Bitácora del procedimiento de desinfección de alto nivel del área.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
12			Verificar existencia por sala de operaciones de acuerdo al tipo de paciente de: PEDIÁTRICA: 1. Bolsa de reinhalación 0.5 l, 1.0l, 1.5l, circuito de reinhalación tipo Bain corto, hojas de laringoscopia (juego) 00 - 2 rectas, hojas de laringoscopia (juego) 0 - 2 curvas, mango de laringoscopia, Mascarillas de anestesia transparentes (juego), No. 00.0, No. 0.0, No. 1.0, No. 2.0, Juego de elementos supraglóticos o su equivalente tecnológico, para pacientes pediátricos, Resucitador manual pediátrico, Dispositivo que asegure la estabilidad térmica del paciente, Tubos endotraqueales sin balón, transparentes y estériles (juego con números del 2.5 al 6.0 mm D.I.), Tubos endotraqueales con balón, transparentes y estériles (juego con números del 6.0 al 9.5 mm D.I.), Guía flexible (conductor) para sondas endotraqueales pediátricas, Cánulas orofaríngeas (juego con números del 00 al 5), Estetoscopio esofágico pediátrico, Pinza de Magill pediátrica, NEONATAL: 1. Resucitador manual neonatal, Dispositivo que asegure la estabilidad térmica del paciente,	1	Verificar: 1. Que el equipo, material e instrumental de anestesiología se encuentre en buenas condiciones y esté funcional. 2. Que los medicamentos con fecha de caducidad vigente.	1		1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN										CAUSAS-2N-2018			
JCSSA001401										HOSPITAL REGIONAL COCULA			
UNIDAD QUIRÚRGICA HP													
Normatividad aplicable		Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
			Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental			Criterios y Subcriterios	
			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:				
13			Verificar: 1. Existencia de área de recuperación post-anestésica. 2. Que cuente con mesa con tarja para hacer el lavado de los materiales e instrumental reutilizables. 3. Que se disponga de un área específica para el estacionamiento de camillas. 4. Que cuente con ventilación artificial. 5. Que cuente con equipo para aspiración controlada, así como tomas de oxígeno y de aire comprimido. 6. Que se cuente en recuperación post-anestésica con: bote para basura tipo municipal (bolsa de cualquier color, excepto rojo o amarillo), bote para RPBI (bolsa roja), carro camilla para recuperación, elemento divisorio de material antibacteriano, riel portavenoclisis, monitor de signos vitales: ECG, presión arterial por método no invasivo, temperatura y oxímetro. 7. Que se cuente con locales para guarda de ropa y equipos. 8. Que tenga como mínimo una cama-camilla por sala de operaciones. 9. Que cuenten con el material y los medicamentos requeridos en el área.	1	Verificar: 1. Que el espacio físico para la guarda de equipo y ropa sea adecuado y este en buenas condiciones. 2. Que se permita un espacio físico para el trabajo del personal de enfermería y anestesiología. 3. Que el estacionamiento de las camillas, se ubique de manera contigua a la zona de transferencia. 4. Que el equipo y mobiliario se encuentre en buenas condiciones y esté funcional. 5. Que los medicamentos y el material se encuentren en buenas condiciones y con fecha de caducidad vigente. 6. Que el médico anestesiólogo supervise al personal técnico durante la recuperación post quirúrgica del paciente.	1	Verificar: 1. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo de las tomas de pared. 2. Bitácora de mantenimiento preventivo correctivo del equipo y mobiliario. 3. Documento en el cual se establezcan procedimientos, medidas de distribución y entradas que disminuyan el riesgo de contaminación del área gris. 4. Bitácora de mantenimiento preventivo correctivo de la ventilación artificial. 5. Registro del procedimiento de lavado y esterilización o desinfección de los sensores de oxígeno antes de volver a ser usados en otro paciente. 6. Registro del procedimiento de limpieza y desinfección de las camas (cada vez que se desocupe). 7. Bitácora del procedimiento de desinfección de alto nivel del área. 8. Sistema de abasto de material y medicamentos. 9. Expediente clínico que contenga la nota post-anestésica y la nota de alta del área de recuperación considerando la calificación de ALDRETE.	1	4.- Planeación de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			

CEDULA DE EVALUACION PARA LA ACREDITACION DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCION												HOSPITAL REGIONAL COCULA		UNIDAD QUIRURGICA HP																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
JCSSA001401																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN													
JCSSA001401 HOSPITAL REGIONAL COCULA													
UNIDAD QUIRÚRGICA HP													
Normatividad aplicable		Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
			Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental			Criterios y Subcriterios	
			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:				
18	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. CIE-9-MC 54.11 Laparotomía exploradora. CIE-9-MC 54.21 Laparoscopia. CIE-9-MC 54.25 Lavado peritoneal. Intervención 221 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Laparotomía Exploradora	Verificar: 1. Existencia de casos en el registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio. 2. El registro de la programación quirúrgica.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas quirúrgicas (nota preoperatoria, lista de verificación para la seguridad de la cirugía, nota preanestésica, vigilancia y registro anestésico, nota postoperatoria, carta de consentimiento informado). 3. Apego a la normatividad correspondiente, protocolos de atención médica propios y árbol de toma de decisiones. 4. Que en la hoja de la lista de verificación para la seguridad de la cirugía este colocado el resultado del control de calidad del instrumental.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y en el registro de la programación quirúrgica. 3. Registro en el SINBA-SIS.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
19	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. GPC-IMS8-049-08-EyR Tratamiento de la apendicitis aguda. CIE-10 K35 Apendicitis aguda. CIE-9-MC 47 Apendicectomía. CIE-9-MC 47.1 Apendicectomía incidental. Intervención 222 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Apendicitis	Verificar: 1. Existencia de casos en el registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio. 2. El registro de la programación quirúrgica.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas quirúrgicas (nota preoperatoria, lista de verificación para la seguridad de la cirugía, nota preanestésica, vigilancia y registro anestésico, nota postoperatoria, carta de consentimiento informado). 3. Apego a las GPC-IMS8-049-08-EyR, tratamiento de la apendicitis aguda. Y normatividad correspondiente, protocolos de atención médica propios y árbol de toma de decisiones. 4. Que en la hoja de la lista de verificación para la seguridad de la cirugía este colocado el resultado del control de calidad del instrumental.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y en el registro de la programación quirúrgica. 3. GPC-IMS8-049-08-EyR, tratamiento de la apendicitis aguda. Tratamiento de la apendicitis aguda. 4. Registro en el SINBA-SIS.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
20	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. GPC-SSA-301-10-EyR Esplenectomía. CIE-9-MC 41.43 Esplenectomía parcial. CIE-9-MC 41.5X Esplenectomía total. Intervención 223 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Esplenectomía	Verificar: 1. Existencia de casos en el registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio. 2. El registro de la programación quirúrgica.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas quirúrgicas (nota preoperatoria, lista de verificación para la seguridad de la cirugía, nota preanestésica, vigilancia y registro anestésico, nota postoperatoria, carta de consentimiento informado). 3. Apego a las GPC-SSA-301-10-EyR, esplenectomía. Y normatividad correspondiente, protocolos de atención médica propios y árbol de toma de decisiones. 4. Que en la hoja de la lista de verificación para la seguridad de la cirugía este colocado el resultado del control de calidad del instrumental.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y en el registro de la programación quirúrgica. 3. GPC-SSA-301-10-EyR, esplenectomía. 4. Registro en el SINBA-SIS.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
21	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. GPC-SSA-212-09-EyR Diagnóstico y tratamiento quirúrgico de la enfermedad diverticular del colon. CIE-10 K57 Enfermedad diverticular del intestino. CIE-9-MC 45.6 Otra excisión de intestino delgado. CIE-9-MC 45.7 Extirpación parcial abierta y otra extirpación parcial de intestino grueso. CIE-9-MC 45.82 Colectomía intraabdominal total abierta. CIE-9-MC 45.83 Otra colectomía intraabdominal total y la no especificada. CIE-9-MC 45.9 Anastomosis intestinal, no especificada de otra manera. CIE-9-MC 46.1 Colostomía, no especificada de otra manera. CIE-9-MC 46.2 Ileostomía, no especificada de otra manera. Intervención 224 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Enfermedad Diverticular	Verificar: 1. Existencia de casos en el registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio. 2. El registro de la programación quirúrgica.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas quirúrgicas (nota preoperatoria, lista de verificación para la seguridad de la cirugía, nota preanestésica, vigilancia y registro anestésico, nota postoperatoria, carta de consentimiento informado). 3. Apego a las GPC-SSA-212-09-EyR, diagnóstico y tratamiento quirúrgico de la enfermedad diverticular del colon. Y normatividad correspondiente, protocolos de atención médica propios y árbol de toma de decisiones. 4. Que en la hoja de la lista de verificación para la seguridad de la cirugía este colocado el resultado del control de calidad del instrumental.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y en el registro de la programación quirúrgica. 3. GPC-SSA-212-09-EyR, diagnóstico y tratamiento quirúrgico de la enfermedad diverticular del colon. 4. Registro en el SINBA-SIS.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN													
JCSSA001401		HOSPITAL REGIONAL COCULA											
UNIDAD QUIRÚRGICA HP													
Normatividad aplicable		Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
			Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental			Criterios y Subcriterios	
			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:				
22	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. GPC-ISSSTE-358-10-EyR Tratamiento quirúrgico del infarto e isquemia intestinal en el segundo y tercer nivel de atención. CIE-10 K55 Trastornos vasculares de los intestinos. CIE-9-MC 45.6 Otra excisión de intestino delgado. CIE-9-MC 45.7 Extirpación parcial abierta y otra extirpación parcial de intestino grueso. CIE-9-MC 45.8 Colectomía intrabdominal total. CIE-9-MC 45.9Anastomosis intestinal, no especificada de otra manera. CIE-9-MC 46.1 Colostomía, no especificada de otra manera. CIE-9-MC 46.2 Ileostomía, no especificada de otra manera. CIE-9-MC 54.5 Lisis de adherencias peritoneales. Intervenciones 225 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento Quirúrgico de Isquemia e Infarto Intestinal	Verificar: 1. Existencia de casos en el registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio. 2. El registro de la programación quirúrgica.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas quirúrgicas (nota preoperatoria, lista de verificación para la seguridad de la cirugía, nota preanestésica, vigilancia y registro anestésico, nota postoperatoria, carta de consentimiento informado). 3. Apego a las GPC-ISSSTE-358-10-EyR, tratamiento quirúrgico del infarto e isquemia intestinal en el segundo y tercer nivel de atención. Y normatividad correspondiente, protocolos de atención médica propios y árbol de toma de decisiones. 4. Que en la hoja de la lista de verificación para la seguridad de la cirugía este colocado el resultado del control de calidad del instrumental.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y en el registro de la programación quirúrgica. 3. GPC-ISSSTE-358-10-EyR, tratamiento quirúrgico del infarto e isquemia intestinal en el segundo y tercer nivel de atención. 4. Registro en el SINBA-SIS.	1	4.- Planeación de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
23	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. GPC-ISSSTE-359-12-EyR Tratamiento quirúrgico de oclusión intestinal por adherencias en el adulto en segundo nivel de atención. CIE-10 K56.0 Íleo paraltico. CIE-10 K56.1 Invaginación. CIE-10 K56.3 Íleo por cálculo biliar. CIE-10 K56.4 Otras obstrucciones del intestino. CIE-10 K56.5 Adherencias (bridas) intestinales con obstrucción. CIE-10 K56.6 Otras obstrucciones intestinales y las no especificadas. CIE-10 K56.7 Íleo, no especificado. CIE-9-MC 45.6 Otra excisión de intestino delgado. CIE-9-MC 45.7 Extirpación parcial abierta y otra extirpación parcial de intestino grueso. CIE-9-MC 45.8 Colectomía intraabdominal total. CIE-9-MC 45.9Anastomosis intestinal, no especificada de otra manera. CIE-9-MC 46.1 Colostomía, no especificada de otra manera. Intervención 226 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Obstrucción Intestinal e Íleo	Verificar: 1. Existencia de casos en el registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio. 2. El registro de la programación quirúrgica.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas quirúrgicas (nota preoperatoria, lista de verificación para la seguridad de la cirugía, nota preanestésica, vigilancia y registro anestésico, nota postoperatoria, carta de consentimiento informado). 3. Apego a la GPC-ISSSTE-359-12-EyR, tratamiento quirúrgico de oclusión intestinal por adherencias en el adulto en segundo nivel de atención. Y normatividad correspondiente, protocolos de atención médica propios y árbol de toma de decisiones. 4. Que en la hoja de la lista de verificación para la seguridad de la cirugía este colocado el resultado del control de calidad del instrumental.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y en el registro de la programación quirúrgica. 3. GPC-ISSSTE-359-12-EyR, tratamiento quirúrgico de oclusión intestinal por adherencias en el adulto en segundo nivel de atención. 4. Registro en el SINBA-SIS.	1	4.- Planeación de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
24	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. GPC-SSA-209-09-EyR Diagnóstico y tratamiento quirúrgico de vólvulo de sigmoides. CIE-10 K56.2 Vólvulo. CIE-9-MC 45.62 Otra resección parcial de intestino delgado. CIE-9-MC 45.7 Extirpación parcial abierta y otra extirpación parcial de intestino grueso. CIE-9-MC 45.9 Anastomosis intestinal, no especificada de otra manera. CIE-9-MC 46.8Manipulación intraabdominal de intestino, no especificado de otra manera. Intervención 228 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento del Vólvulo	Verificar: 1. Existencia de casos en el registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio. 2. El registro de la programación quirúrgica.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas quirúrgicas (nota preoperatoria, lista de verificación para la seguridad de la cirugía, nota preanestésica, vigilancia y registro anestésico, nota postoperatoria, carta de consentimiento informado). 3. Apego a la GPC-SSA-209-09-EyR, diagnóstico y tratamiento quirúrgico de vólvulo de sigmoides. Y normatividad correspondiente, protocolos de atención médica propios y árbol de toma de decisiones. 4. Que en la hoja de la lista de verificación para la seguridad de la cirugía este colocado el resultado del control de calidad del instrumental.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y en el registro de la programación quirúrgica. 3. GPC-SSA-209-09-EyR, diagnóstico y tratamiento quirúrgico de vólvulo de sigmoides. 4. Registro en el SINBA-SIS.	1	4.- Planeación de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
25	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. GPC-ISSSTE-663-13-EyR Diagnóstico y tratamiento del absceso anal en pacientes pediátricos y adultos en los tres niveles de atención. CIE-10 K61 Absceso de la región anal y rectal. CIE-9-MC 49.01 Incisión de absceso perianal. Intervención 229 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento Del Absceso Perirrectal	Verificar: 1. Existencia de casos en el registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio. 2. El registro de la programación quirúrgica.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas quirúrgicas (nota preoperatoria, lista de verificación para la seguridad de la cirugía, nota preanestésica, vigilancia y registro anestésico, nota postoperatoria, carta de consentimiento informado). 3. Apego a la GPC-ISSSTE-663-13-EyR, diagnóstico y tratamiento del absceso anal en pacientes pediátricos y adultos en los tres niveles de atención y normatividad correspondiente, protocolos de atención médica propios y árbol de toma de decisiones. 4. Que en la hoja de la lista de verificación para la seguridad de la cirugía este colocado el resultado del control de calidad del instrumental.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y en el registro de la programación quirúrgica. 3. GPC ISSSTE-663-13-EyR, diagnóstico y tratamiento del absceso anal en pacientes pediátricos y adultos en los tres niveles de atención 4. Registro en el SINBA-SIS.	1	4.- Planeación de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN									
JCSSA001401		HOSPITAL REGIONAL COCULA							
UNIDAD QUIRÚRGICA HP									
Normatividad aplicable		Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA	Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO	Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL	Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD
			Evidencia Observacional		Evidencia Observacional		Evidencia Documental		Criterios y Subcriterios
			El evaluador deberá:		El evaluador deberá:		El evaluador deberá:		
26	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. GPC-SS-452-11-EyR Diagnóstico y tratamiento quirúrgico de la hernia paraesofágica. CIE-10 K44.0 Hernia diafragmática con obstrucción, sin gangrena. CIE-10 K44.9 Hernia diafragmática sin obstrucción ni gangrena.CIE-9-MC 44.66 Otros procedimientos para la creación de competencia esfinteriana esofagofágica. CIE-9-MC 53.7 Reparación de hernia diafragmática, abordaje abdominal. CIE-9-MC 53.8 Reparación de hernia diafragmática, con acceso torácico, no especificada de otra manera.. Intervención 232 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Hernia Hiatal	Verificar: 1. Existencia de casos en el registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio. 2. El registro de la programación quirúrgica.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas quirúrgicas (nota preoperatoria, lista de verificación para la seguridad de la cirugía, nota preanestésica, vigilancia y registro anestésico, nota postoperatoria, carta de consentimiento informado). 3. Apego a la GPC-SS-452-11-EyR, diagnóstico y tratamiento quirúrgico de la hernia paraesofágica. Y normatividad correspondiente, protocolos de atención médica propios y árbol de toma de decisiones. 4. Que en la hoja de la lista de verificación para la seguridad de la cirugía este colocado el resultado del control de calidad del instrumental.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y en el registro de la programación quirúrgica. 3. GPC-SS-452-11-EyR, diagnóstico y tratamiento quirúrgico de la hernia paraesofágica. 4. Registro en el SINBA-SIS.	1	4.- Planeación de procesos de procesos de apoyo integral. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
27	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. GPC-IMSS-330-10-EyR Diagnóstico y tratamiento de la estenosis hipertrófica del píloro CIE-10 Q40.0 Estenosis hipertrófica congénita del píloro. CIE-9-MC 44.2 Pilonoplastia. Intervención 233 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Hipertrofia Congénita del Píloro	Verificar: 1. Existencia de casos en el registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio. 2. El registro de la programación quirúrgica.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas quirúrgicas (nota preoperatoria, lista de verificación para la seguridad de la cirugía, nota preanestésica, vigilancia y registro anestésico, nota postoperatoria, carta de consentimiento informado). 3. Apego a la GPC-IMSS-330-10-EyR, diagnóstico y tratamiento de la estenosis hipertrófica del píloro y normatividad correspondiente, protocolos de atención médica propios y árbol de toma de decisiones. 4. Que en la hoja de la lista de verificación para la seguridad de la cirugía este colocado el resultado del control de calidad del instrumental.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y en el registro de la programación quirúrgica. 3. GPC-IMSS-330-10-EyR, diagnóstico y tratamiento de la estenosis hipertrófica del píloro. 4. Registro en el SINBA-SIS.	1	4.- Planeación de procesos de procesos de apoyo integral. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
28	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. GPC-SS-015-08-EyR Diagnóstico y tratamiento de hernias inguinales y femorales. CIE-10 K41 Hernia femoral. CIE-9-MC 53.2 Reparación unilateral de hernia crural (femoral). CIE-9-MC 53.3 Reparación bilateral de hernia crural. Intervención 234 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de información Básica en Mater de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Hernia Crural	Verificar: 1. Existencia de casos en el registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio. 2. El registro de la programación quirúrgica.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas quirúrgicas (nota preoperatoria, lista de verificación para la seguridad de la cirugía, nota preanestésica, vigilancia y registro anestésico, nota postoperatoria, carta de consentimiento informado). 3. Apego a la GPC-SS-015-08-EyR, diagnóstico y tratamiento de hernias inguinales y femorales. Y normatividad correspondiente, protocolos de atención médica propios y árbol de toma de decisiones. 4. Que en la hoja de la lista de verificación para la seguridad de la cirugía este colocado el resultado del control de calidad del instrumental.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y en el registro de la programación quirúrgica. 3. GPC-SS-015-08-EyR, diagnóstico y tratamiento de hernias inguinales y femorales. 4. Registro en el SINBA-SIS.	1	4.- Planeación de procesos de procesos de apoyo integral. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
29	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. GPC-SS-015-08-EyR Diagnóstico y tratamiento de hernias inguinales y femorales. CIE-10 K40 Hernia inguinal. Reparación unilateral de hernia inguinal, no especificada de otra manera CIE-9-MC 53.Reparación abierta y otra reparación de herniainguinal directa CIE-9-MC 53.01. Reparación abierta y otra reparación de hernia inguinal indirecta CIE-9-MC 53.02. Reparación abierta y otra reparación de hernia inguinal directa con injerto o prótesis. CIE-9-MC 53.03. Reparación abierta y otra reparación de hernia inguinal indirecta con injerto o prótesis CIE-9-MC 53.04. Reparación de hernia inguinal con injerto o prótesis no especificada de otra manera. CIE-9-MC 53.05. Reparación bilateral de hernia inguinal, no especificada de otra manera. CIE-9-MC 53.1. Reparación abierta y otra reparación bilateral de hernia inguinal directa CIE-9-MC 53.11. Reparación abierta y otra reparación bilateral de hernia inguinal indirecta CIE-9-MC 53.12. Reparación abierta y otra reparación bilateral de hernia	Diagnóstico y Tratamiento de Hernia Inguinal	Verificar: 1. Existencia de casos en el registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio. 2. El registro de la programación quirúrgica.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas quirúrgicas (nota preoperatoria, lista de verificación para la seguridad de la cirugía, nota preanestésica, vigilancia y registro anestésico, nota postoperatoria, carta de consentimiento informado). 3. Apego a la GPC-SS-015-08-EyR, diagnóstico y tratamiento de hernias inguinales y femorales. Y normatividad correspondiente, protocolos de atención médica propios y árbol de toma de decisiones. 4. Que en la hoja de la lista de verificación para la seguridad de la cirugía este colocado el resultado del control de calidad del instrumental.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y en el registro de la programación quirúrgica. 3. GPC-SS-015-08-EyR, diagnóstico y tratamiento de hernias inguinales y femorales. 4. Reporte en el SINBA-SIS.	1	4.- Planeación de procesos de procesos de apoyo integral. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.

Cédula de Evaluación para la Acreditación de Establecimientos de Segundo Nivel de Atención												
HOSPITAL REGIONAL COCULA												
UNIDAD QUIRÚRGICA HP												
Normatividad aplicable	Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental			Criterios y Subcriterios	
		El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:				
inguinal, una directa y otra indirecta CIE-9-MC 53.13. Reparación abierta y otra reparación bilateral de hernia inguinal directa con injerto o prótesis CIE-9-MC 53.14. Intervención 235 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.												
NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. GPC-IMSS-068-08-EyR Diagnóstico y reparación de la hernia umbilical. CIE-10 K42 Hernia umbilical. CIE-9-MC 53.4 Reparación de hernia umbilical. Intervención 236 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Hernia Umbilical	Verificar: 1. Existencia de casos en el registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio. 2. El registro de la programación quirúrgica.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas quirúrgicas (nota preoperatoria, lista de verificación para la seguridad de la cirugía, nota preanestésica, vigilancia y registro anestésico, nota postoperatoria, carta de consentimiento informado). 3. Apego a la GPC-IMSS-068-08-EyR, diagnóstico y reparación de la hernia umbilical. Y normatividad correspondiente, protocolos de atención médica propios y árbol de toma de decisiones. 4. Que en la hoja de la lista de verificación para la seguridad de la cirugía este colocado el resultado del control de calidad del instrumental.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y en el registro de la programación quirúrgica. 3. GPC-IMSS-068-08-EyR, diagnóstico y reparación de la hernia umbilical. 4. Registro en el SINBA-SIS.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. GPC-SSA-211-09-EyR Diagnóstico y tratamiento quirúrgico de la hernia ventral. CIE-10 K43 Hernia ventral. Reparación de otra hernia de la pared abdominal anterior (sin injerto ni prótesis). CIE-9-MC 53.5. Otra reparación abierta de hernia incisional (eventración) con injerto o prótesis CIE-9-MC 53.61. Reparación abierta y otra reparación de otra hernia de la pared abdominal anterior con injerto o prótesis CIE-9-MC 53.69. Intervención 237 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento de Hernia Ventral	Verificar: 1. Existencia de casos en el registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio. 2. El registro de la programación quirúrgica.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas quirúrgicas (nota preoperatoria, lista de verificación para la seguridad de la cirugía, nota preanestésica, vigilancia y registro anestésico, nota postoperatoria, carta de consentimiento informado). 3. Apego a la GPC-SSA-211-09-EyR, diagnóstico y tratamiento quirúrgico de la hernia ventral. Y normatividad correspondiente, protocolos de atención médica propios y árbol de toma de decisiones. 4. Que en la hoja de la lista de verificación para la seguridad de la cirugía este colocado el resultado del control de calidad del instrumental.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y en el registro de la programación quirúrgica. 3. GPC-SSA-211-09-EyR, diagnóstico y tratamiento quirúrgico de la hernia ventral. 4. Registro en el SINBA-SIS.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. Cateterismo arterial CIE-9-MC 38.91. Cateterismo de vena umbilical CIE-9-MC 38.92. Cateterismo venoso, no clasificado bajo otro concepto CIE-9-MC 38.93. Cateterismo venoso para diálisis renal CIE-9-MC 38.95. Cateterismo uretral CIE-9-MC 59.8X. Sustitución de catéter de herida CIE-9-MC 97.15. Extracción de tubo de ureterostomía y de catéter uretral CIE-9-MC 97.62. Extracción de tubo de cistostomía CIE-9-MC 97.63. Extracción de ureter dispositivo de drenaje urinario CIE-9-MC 97.64. Intervención 267 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Colocación y Retiro de Diversos Catéteres	Verificar: 1. Existencia de casos en el registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio. 2. El registro de la programación quirúrgica.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas quirúrgicas (nota preoperatoria, lista de verificación para la seguridad de la cirugía, nota preanestésica, vigilancia y registro anestésico, nota postoperatoria, carta de consentimiento informado). 3. Apego a la normatividad correspondiente, protocolos de atención médica propios y árbol de toma de decisiones. 4. Que en la hoja de la lista de verificación para la seguridad de la cirugía este colocado el resultado del control de calidad del instrumental.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y en el registro de la programación quirúrgica.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. GPC-SSA-451-11-EyR Toracotomía, toracoscopia y drenaje pleural. GPC-IMSS-243-09-EyR Diagnóstico y manejo del derrame pleural. Incisión de pared torácica CIE-9-MC 34.01. Toracotomía exploratoria CIE-9-MC 34.02. Reapertura a través de toracotomía reciente CIE-9-MC 34.03. Inserción de catéter intercostal para drenaje CIE-9-MC 34.04. Creación de derivación pleurotorácica CIE-9-MC 34.05. Otra incisión de pleura CIE-9-MC 34.09. Sello de agua CIE-9-MC 34.0A. Extracción de tubo de toracotomía o de drenaje de la cavidad pleural CIE-9-MC 97.41. Intervención 269 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Toracotomía, Pleurotomía y Drenaje de Tórax	Verificar: 1. Existencia de casos en el registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio. 2. El registro de la programación quirúrgica.	1	Verificar: 1. Que el personal se encuentre en su área de trabajo en el turno correspondiente, portando uniforme y gafete, desarrollando las actividades correspondientes a su formación y perfil. 2. Que corresponda el registro de entrada y salida con el horario en Plantilla de personal. 3. Cumplir con las capacitaciones de los Programas establecidos y las específicas de acuerdo a su competencia	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y en el registro de la programación quirúrgica. 3. GPC-SSA-451-11-EyR, toracotomía, toracoscopia y drenaje pleural. GPC-IMSS-243-09-EyR, diagnóstico y manejo del derrame pleural. 4. Registro en el SINBA-SIS.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

JCSSA001401

HOSPITAL REGIONAL COCULA

Normatividad aplicable		Concepto	UNIDAD QUIRÚRGICA HP						MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
			Criterios a evaluar ESTRUCTURA	Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO	Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL	Puntaje		
			Evidencia Observacional		Evidencia Observacional		Evidencia Documental			
			El evaluador deberá:		El evaluador deberá:		El evaluador deberá:		Criterios y Subcriterios	
34	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. GPC-SSA-289-10-EyR Circuncisión. Prepucio redundante, fimosis y parafimosis CIE-10 N47X. Circuncisión CIE-9-MC 64.0X. Intervención 254 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Circuncisión	Verificar: 1. Existencia de casos en el registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio. 2. El registro de la programación quirúrgica.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas quirúrgicas (nota preoperatoria, lista de verificación para la seguridad de la cirugía, nota preanestésica, vigilancia y registro anestésico, nota postoperatoria, carta de consentimiento informado). 3. Apego a la GPC-SSA-289-10-EyR, circuncisión. Y normatividad correspondiente, protocolos de atención médica propios y árbol de toma de decisiones. 4. Que en la hoja de la lista de verificación para la seguridad de la cirugía este colocado el resultado del control de calidad del instrumental.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y en el registro de la programación quirúrgica. 3. GPC-SSA-289-10-EyR, circuncisión. 4. Registro en el SINBA-SIS.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
35	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico NOM-034-SSA2-2013 Para la prevención y control de los defectos al nacimiento. GPC-SSA-157-09-EyR Diagnóstico y tratamiento de criptorquidia. Testículo no descendido CIE-10 Q53. Orquidopexia CIE-9-MC 62.5X. Intervención 255 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Orquidopexia	Verificar: 1. Existencia de casos en el registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio. 2. El registro de la programación quirúrgica.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas quirúrgicas (nota preoperatoria, lista de verificación para la seguridad de la cirugía, nota preanestésica, vigilancia y registro anestésico, nota postoperatoria, carta de consentimiento informado). 3. Apego a la GPC-SSA-157-09-EyR, diagnóstico y tratamiento de criptorquidia. Y normatividad correspondiente, protocolos de atención médica propios y árbol de toma de decisiones. 4. Que en la hoja de la lista de verificación para la seguridad de la cirugía este colocado el resultado del control de calidad del instrumental.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y en el registro de la programación quirúrgica. 3. NOM-034-SSA2-2013 Para la prevención y control de los defectos al nacimiento. GPC-SSA-157-09-EyR, diagnóstico y tratamiento de criptorquidia. 4. Registro en el SINBA-SIS.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
36	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. GPC-IMSS-361-12-EyR Amigdalectomía en niños. GPC-IMSS-326-10-EyR Diagnóstico y tratamiento del absceso profundo de cuello Enfermedades crónicas de las amígdalas y de las adenoides CIE-10 J35. Absceso periamigdalino CIE-10 J36X. Incisión y drenaje de amígdala y estructuras periamigdalinas CIE-9-MC 28.0X. Amigdalectomía sin adenoidectomía CIE-9-MC 28.2X. Amigdalectomía con adenoidectomía CIE-9-MC 28.3X. Extirpación de resto amigdalino CIE-9-MC 28.4X. Adenoidectomía sin Amigdalectomía CIE-9-MC 28.6X. Control de hemorragia después de Amigdalectomía y adenoidectomía CIE-9-MC 28.7X Otras operaciones sobre amígdala y adenoides CIE-9-MC 28.9. Intervención 259 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Amigdalectomía con o sin Adenoidectomía	Verificar: 1. Existencia de casos en el registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio. 2. El registro de la programación quirúrgica.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas quirúrgicas (nota preoperatoria, lista de verificación para la seguridad de la cirugía, nota preanestésica, vigilancia y registro anestésico, nota postoperatoria, carta de consentimiento informado). 3. Apego a las GPC-IMSS-361-12-EyR, amigdalectomía en niños. GPC-IMSS-326-10-EyR, diagnóstico y tratamiento del absceso profundo de cuello y normatividad correspondiente, protocolos de atención médica propios y árbol de toma de decisiones. 4. Que en la hoja de la lista de verificación para la seguridad de la cirugía este colocado el resultado del control de calidad del instrumental.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y en el registro de la programación quirúrgica. 3. GPC-IMSS-361-12-EyR, amigdalectomía en niños. GPC-IMSS-326-10-EyR, diagnóstico y tratamiento del absceso profundo de cuello. 4. Registro en el SINBA-SIS.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
37	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. NOM-034-SSA2-2013 Para la prevención y control de los defectos al nacimiento. NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica. Fisura del paladar CIE-10 Q35. Labio leporino CIE-10 Q36. Fisura del paladar con labio leporino CIE-10 Q37. Reparación de labio fisurado CIE-9-MC 27.54. Otra reparación plástica de la boca CIE-9-MC 27.59. Corrección de paladar fisurado (estafilorrafia) (L) CIE-9-MC 27.62. Revisión de reparación de paladar fisurado CIE-9-MC 27.63. Intervención 261 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Reparación de Labio Hendido con o sin Paladar Hendido	Verificar: 1. Existencia de casos en el registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio. 2. El registro de la programación quirúrgica.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas quirúrgicas (nota preoperatoria, lista de verificación para la seguridad de la cirugía, nota preanestésica, vigilancia y registro anestésico, nota postoperatoria, carta de consentimiento informado). 3. Apego a la normatividad correspondiente, protocolos de atención médica propios y árbol de toma de decisiones. 4. Que en la hoja de la lista de verificación para la seguridad de la cirugía este colocado el resultado del control de calidad del instrumental.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y en el registro de la programación quirúrgica. 3. NOM-034-SSA2-2013, para la prevención y control de los defectos al nacimiento. NOM-017-SSA2-2012, para la vigilancia epidemiológica. 4. Registro en el SINBA-SIS y SUIVE.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN												
JCSSA001401		HOSPITAL REGIONAL COCULA										
		UNIDAD QUIRÚRGICA HP										
Normatividad aplicable	Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental			Criterios y Subcriterios	
		El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:				
38	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico NOM-034-SSA2-2013 Para la prevención y control de los defectos al nacimiento. GPC-ISSSTE-128-08-EyR Diagnóstico y tratamiento del estrabismo concomitante convergente en niños menores de 6 años en el segundo y tercer nivel de atención. GPC-IMSS-277-10-EyR Diagnóstico y tratamiento del estrabismo paralítico. Estrabismo paralítico CIE-10 H49. Otros estrabismos CIE-10 H50. Operaciones sobre un músculo con desprendimiento temporal del globo ocular CIE-9-MC 15.1. Otras operaciones sobre un músculo extraocular CIE-9-MC 15.2. Operaciones sobre dos o más músculos extraoculares con desprendimiento temporal del globo ocular, uno o ambos ojos CIE-9-MC 15.3X. Otras operaciones sobre dos o más músculos extraoculares, uno o ambos ojos CIE-9-MC 15.4X. Transposición de músculos extraoculares CIE-9-MC 15.5X. Revisión de intervención quirúrgica sobre músculo extraocular CIE-9-MC 15.6X. Intervención 262 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Cirugía de Acortamiento Muscular para Estrabismo	Verificar: 1. Existencia de casos en el registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio. 2. El registro de la programación quirúrgica.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas quirúrgicas (nota preoperatoria, lista de verificación para la seguridad de la cirugía, nota preanestésica, vigilancia y registro anestésico, nota postoperatoria, carta de consentimiento informado). 3. Apego a las GPC-ISSSTE-128-08-EyR, diagnóstico y tratamiento del estrabismo concomitante convergente en niños menores de 6 años en el segundo y tercer nivel de atención. GPC-IMSS-277-10-EyR, diagnóstico y tratamiento del estrabismo paralítico. Y normatividad correspondiente, protocolos de atención médica propios y árbol de toma de decisiones. 4. Que en la hoja de la lista de verificación para la seguridad de la cirugía este colocado el resultado del control de calidad del instrumental.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y en el registro de la programación quirúrgica. 3. NOM-034-SSA2-2013, para la prevención y control de los defectos al nacimiento. 4. GPC-ISSSTE-128-08-EyR, diagnóstico y tratamiento del estrabismo concomitante convergente en niños menores de 6 años en el segundo y tercer nivel de atención. GPC-IMSS-277-10-EyR, diagnóstico y tratamiento del estrabismo paralítico. 5. Registro en el SINBA-SIS.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.		
39	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. NOM-034-SSA2-2013 Para la prevención y control de los defectos al nacimiento. GPC-ISSSTE-128-08-EyR Diagnóstico y tratamiento del estrabismo concomitante convergente en niños menores de 6 años en el segundo y tercer nivel de atención. GPC-IMSS-277-10-EyR Diagnóstico y tratamiento del estrabismo paralítico. Estrabismo paralítico CIE-10 H49. Otros estrabismos CIE-10 H50. Operaciones sobre un músculo con desprendimiento temporal del globo ocular CIE-9-MC 15.1. Otras operaciones sobre un músculo extraocular CIE-9-MC 15.2. Operaciones sobre dos o más músculos extraoculares con desprendimiento temporal del globo ocular, uno o ambos ojos CIE-9-MC 15.3X. Otras operaciones sobre dos o más músculos extraoculares, uno o ambos ojos CIE-9-MC 15.4X. Transposición de músculos extraoculares CIE-9-MC 15.5X. Revisión de intervención quirúrgica sobre músculo extraocular CIE-9-MC 15.6X. Intervención 263 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Cirugía de Alargamiento Muscular para Estrabismo	Verificar: 1. Existencia de casos en el registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio. 2. El registro de la programación quirúrgica.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas quirúrgicas (nota preoperatoria, lista de verificación para la seguridad de la cirugía, nota preanestésica, vigilancia y registro anestésico, nota postoperatoria, carta de consentimiento informado). 3. Apego a las GPC-ISSSTE-128-08-EyR, diagnóstico y tratamiento del estrabismo concomitante convergente en niños menores de 6 años en el segundo y tercer nivel de atención. GPC-IMSS-277-10-EyR, diagnóstico y tratamiento del estrabismo paralítico. Y normatividad correspondiente, protocolos de atención médica propios y árbol de toma de decisiones. 4. Que en la hoja de la lista de verificación para la seguridad de la cirugía este colocado el resultado del control de calidad del instrumental.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y en el registro de la programación quirúrgica. 3. NOM-034-SSA2-2013, para la prevención y control de los defectos al nacimiento. 4. GPC-ISSSTE-128-08-EyR, diagnóstico y tratamiento del estrabismo concomitante convergente en niños menores de 6 años en el segundo y tercer nivel de atención. GPC-IMSS-277-10-EyR, diagnóstico y tratamiento del estrabismo paralítico. 5. Registro en el SINBA-SIS.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.		
40	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. NOM-034-SSA2-2013 Para la prevención y control de los defectos al nacimiento. GPC-IMSS-248-09-EyR Diagnóstico y manejo de la hidrocefalia congénita y adquirida en niños menores de un año de edad. Hidrocefalo CIE-10 G91. Hidrocefalo congénito CIE-10 Q03. Derivación ventricular a la cavidad y órganos abdominales CIE-9-MC 02.34. Revisión, extracción e irrigación de derivación ventricular CIE-9-MC 02.4. Incisión de peritoneo CIE-9-MC 54.95. Intervención 266 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Tratamiento Quirúrgico de Hidrocefalia	Verificar: 1. Existencia de casos en el registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio. 2. El registro de la programación quirúrgica.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas quirúrgicas (nota preoperatoria, lista de verificación para la seguridad de la cirugía, nota preanestésica, vigilancia y registro anestésico, nota postoperatoria, carta de consentimiento informado). 3. Apego a la GPC-ISSSTE-128-08-EyR, diagnóstico y manejo de la hidrocefalia congénita y adquirida en niños menores de un año de edad y normatividad correspondiente, protocolos de atención médica propios y árbol de toma de decisiones. 4. Que en la hoja de la lista de verificación para la seguridad de la cirugía este colocado el resultado del control de calidad del instrumental.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y en el registro de la programación quirúrgica. 3. NOM-034-SSA2-2013, para la prevención y control de los defectos al nacimiento. 4. GPC-ISSSTE-128-08-EyR, diagnóstico y manejo de la hidrocefalia congénita y adquirida en niños menores de un año de edad. 5. Registro en el SINBA-SIS.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.		

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN									
JCSSA001401 HOSPITAL REGIONAL COCULA									
UNIDAD QUIRÚRGICA HP									
Normatividad aplicable	Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL	
		Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental	
		El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:	
MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD									
Criterios y Subcriterios									
41	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica. GPC-S-091-08-EyR Diagnóstico y tratamiento oportuno de displasia del desarrollo de la cadera del recién nacido en el primer nivel de atención. Luxación congénita de la cadera, unilateral CIE-10 Q65.0. Luxación congénita de la cadera, bilateral CIE-10 Q65.1. Luxación congénita de la cadera, no especificada CIE-10 Q65.2 Osteotomía en cuña, fémur CIE-9-MC 77.25. Reducción cerrada de luxación de cadera CIE-9-MC 79.75. Reducción abierta de luxación de cadera CIE-9-MC 79.85. Intervención 270 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Tratamiento Quirúrgico de Luxación Congénita de Cadera	Verificar: 1. Existencia de casos en el registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio. 2. El registro de la programación quirúrgica.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas quirúrgicas (nota preoperatoria, lista de verificación para la seguridad de la cirugía, nota preanestésica, vigilancia y registro anestésico, nota postoperatoria, carta de consentimiento informado). 3. Apego a las GPC-S-091-08-EyR, diagnóstico y tratamiento oportuno de displasia del desarrollo de la cadera del recién nacido en el primer nivel de atención. Y normatividad correspondiente, protocolos de atención médica propios y árbol de toma de decisiones. 4. Que en la hoja de la lista de verificación para la seguridad de la cirugía este colocado el resultado del control de calidad del instrumental.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y en el registro de la programación quirúrgica. 3. NOM-017-SSA2-2012. 4. GPC-S-091-08-EyR, diagnóstico y tratamiento oportuno de displasia del desarrollo de la cadera del recién nacido en el primer nivel de atención. 4. Registro en el SINBA-SIS y en el SUIVE.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos 4.1 Planeación estratégica. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
42	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. NOM-034-SSA2-2013 Para la prevención y control de los defectos al nacimiento. GPC-SSA-288-10-EyR Diagnóstico y tratamiento del pie equino varo en el paciente pediátrico. Talipes equinovarus CIE-10 Q66.0. Tenotomía de Aquiles CIE-9-MC 83.11. Aplicación de vendaje enyesado CIE-9-MC 93.51. Intervención 271 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Tratamiento Quirúrgico de Pie Equino En Niños	Verificar: 1. Existencia de casos en el registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio. 2. El registro de la programación quirúrgica.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas quirúrgicas (nota preoperatoria, lista de verificación para la seguridad de la cirugía, nota preanestésica, vigilancia y registro anestésico, nota postoperatoria, carta de consentimiento informado). 3. Apego a las GPC-SSA-288-10-EyR, diagnóstico y tratamiento del pie equino varo en el paciente pediátrico. Y normatividad correspondiente, protocolos de atención médica propios y árbol de toma de decisiones. 4. Que en la hoja de la lista de verificación para la seguridad de la cirugía este colocado el resultado del control de calidad del instrumental.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y en el registro de la programación quirúrgica. 3. NOM-034-SSA2-2013, para la prevención y control de los defectos al nacimiento. 4. GPC-SSA-288-10-EyR, diagnóstico y tratamiento del pie equino varo en el paciente pediátrico. 5. Registro en el SINBA-SIS	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos 4.1 Planeación estratégica. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.

acreditación de establecimientos y servicios de atención médica

acreditación de establecimientos y servicios de atención médica

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN		HOSPITAL REGIONAL COCULA		CAUSES-2N-2018	
JCSSA001401					

Normatividad aplicable		Concepto	UNIDAD QUIRÚRGICA HP						MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD										
			Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje			Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje						
			Evidencia Observacional			Evidencia Observacional					Evidencia Documental								
			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:					El evaluador deberá:								
47	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico.GPC-IMSS-065-08-EyR Diagnóstico y manejo integral de las lesiones traumáticas de mano en el adulto. Fractura de la epifisis inferior del radio CIE-10 S52.5. Fractura a nivel de la muñeca y de la mano CIE-10 S62. Extracción de dispositivos implantados en el hueso, carpianos y metacarpiños CIE-9-MC 78.64. Reducción cerrada de fractura sin fijación interna, carpianos y metacarpiños CIE-9-MC 79.03. Reducción cerrada de fractura sin fijación interna, falanges y mano CIE-9-MC 79.04. Reducción cerrada de fractura con fijación interna, carpianos y metacarpiños CIE-9-MC 79.13. Reducción cerrada de fractura con fijación interna, falanges y mano CIE-9-MC 79.14.Reducción abierta de fractura sin fijación, carpianos y metacarpiños CIE-9-MC 79.23. Reducción abierta de fractura sin fijación, falanges y mano CIE-9-MC 79.24. Reducción abierta de fractura con fijación, carpianos y metacarpiños CIE-9-MC 79.33. Reducción abierta de fractura con fijación, falanges y mano CIE-9-MC 79.34. Reducción cerrada de epifisis separada, carpianos CIE-9-MC 79.43. Intervención 277 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Reducción Quirúrgica de Fractura de Mano	Verificar: 1. Existencia de casos en el registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio 2. El registro de la programación quirúrgica.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas quirúrgicas (nota preoperatoria, lista de verificación para la seguridad de la cirugía, nota preanestésica, vigilancia y registro anestésico, nota postoperatoria, carta de consentimiento informado). 3. Apego a la GPC-IMSS-065-08-EyR, diagnóstico y manejo integral de las lesiones traumáticas de mano en el adulto y normatividad correspondiente, protocolos de atención médica propios y árbol de toma de decisiones. 4. Que en la hoja de la lista de verificación para la seguridad de la cirugía este colocado el resultado del control de calidad del instrumental.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y en el registro de la programación quirúrgica. 3. GPC-IMSS-065-08-EyR, diagnóstico y manejo integral de las lesiones traumáticas de mano en el adulto. 4. Registro en el SINBA-SIS.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.									
48	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. Fractura de la diáfisis del fémur CIE-10 S72.3. Fractura de la epifisis inferior del fémur CIE-10 S72.4. Fracturas múltiples del fémur CIE-10 S72.7. Fracturas de otras partes del fémur CIE-10 S72.8. Fractura del fémur, parte no especificada CIE-10 S72.9. Extracción de dispositivos implantados en el hueso, fémur CIE-9-MC 78.65. Reducción cerrada de fractura sin fijación interna, fémur CIE-9-MC 79.05. Reducción cerrada de fractura con fijación interna, fémur CIE-9-MC 79.15. Reducción abierta de fractura sin fijación, fémur CIE-9-MC 79.25. Reducción abierta de fractura con fijación, fémur CIE-9-MC 79.35. Reducción cerrada de epifisis separada, fémur CIE-9-MC 79.45. Reducción abierta de epifisis separada, fémur CIE-9-MC 79.55 Intervención 279 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Reducción Quirúrgica de Fractura de Fémur	Verificar: 1. Existencia de casos en el registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio 2. El registro de la programación quirúrgica.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas quirúrgicas (nota preoperatoria, lista de verificación para la seguridad de la cirugía, nota preanestésica, vigilancia y registro anestésico, nota postoperatoria, carta de consentimiento informado). 3. Apego a la normatividad correspondiente, protocolos de atención médica propios y árbol de toma de decisiones. 4. Que en la hoja de la lista de verificación para la seguridad de la cirugía este colocado el resultado del control de calidad del instrumental.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y en el registro de la programación quirúrgica.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.									
49	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. GPC-IMSS-578-12-EyR Diagnóstico y tratamiento de fractura cerrada de meseta tibial en el adulto. GPC-IMSS-493-11-EyR Tratamiento de la fractura de tobillo en el adulto. GPC-IMSS-139-08-EyR Diagnóstico y tratamiento de fractura de la diáfisis de tibia. Fractura de rótula CIE-10 S82.0. Fractura de la epifisis superior de la tibia CIE-10 S82.1. Fractura de la diáfisis de la tibia CIE-10 S82.2. Fractura de la epifisis inferior de la tibia CIE-10 S82.3. Fractura del peroné solamente CIE-10 S82.4. Fractura de otras partes de la pierna CIE-10 S82.8. Fractura de la pierna, parte no especificada CIE-10 S82.9. Aplicación de dispositivo fijador externo, tibia y peroné CIE-9-MC 78.17. Fijación interna de hueso sin reducción de fractura, tibia y peroné CIE-9-MC 78.57. Extracción de dispositivos implantados en el hueso, tibia y peroné CIE-9-MC 78.67. Reducción cerrada de fractura sin fijación interna, tibia y peroné CIE-9-MC 79.06. Reducción cerrada de fractura con fijación interna tibia y peroné CIE-9-MC 79.16. Intervención 280 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Reducción Quirúrgica de Fractura de Tibia y Peroné	Verificar: 1. Existencia de casos en el registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio 2. El registro de la programación quirúrgica.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas quirúrgicas (nota preoperatoria, lista de verificación para la seguridad de la cirugía, nota preanestésica, vigilancia y registro anestésico, nota postoperatoria, carta de consentimiento informado). 3. Apego a las GPC-IMSS-578-12-EyR, diagnóstico y tratamiento de fractura cerrada de meseta tibial en el adulto. GPC-IMSS-493-11-EyR, tratamiento de la fractura de tobillo en el adulto. GPC-IMSS-139-08-EyR, diagnóstico y tratamiento de fractura de la diáfisis de tibia. Y normatividad correspondiente, protocolos de atención médica propios y árbol de toma de decisiones. 4. Que en la hoja de la lista de verificación para la seguridad de la cirugía este colocado el resultado del control de calidad del instrumental.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y en el registro de la programación quirúrgica. 3. GPC-IMSS-578-12-EyR, diagnóstico y tratamiento de fractura cerrada de meseta tibial en el adulto. GPC-IMSS-493-11-EyR, tratamiento de la fractura de tobillo en el adulto. GPC-IMSS-139-08-EyR, diagnóstico y tratamiento de fractura de la diáfisis de tibia. 4. Registro en el SINBA-SIS.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.									

CEDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN				HOSPITAL REGIONAL COCULA				UNIDAD QUIRÚRGICA HP				acreditación de establecimientos y servicios de salud				CAUSES-2N-2016	
Normatividad aplicable		Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA	Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD						
			Evidencia Observacional		Evidencia Observacional			Evidencia Documental									
			El evaluador deberá:		El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			Criterios y Subcriterios						
50	NON-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. GPC-IMSS-501-11-EyR Tratamiento de las fracturas del pie en adultos. GPC-IMSS-493-11-EyR Fractura del maléolo interno Tratamiento de la fractura de tobillo en el adulto. CIR-10 882.5. Fractura del maléolo externo CIR-10 882.6. Fractura de otras partes de la pierna CIR-10 882.8. Fractura del pie, excepto del tobillo CIR-10 892. Extracción de dispositivos implantados en el hueso, tarsianos y metatarsianos CIR-9-MC 78.68. Reducción cerrada de fractura sin fijación interna, tarsianos y metatarsianos CIR-9-MC 79.07. Reducción cerrada de fractura sin fijación interna, falanges y pie CIR-9-MC 79.08. Reducción cerrada de fractura interna, tarsianos y metatarsianos CIR-9-MC 79.17. Reducción cerrada de fractura con fijación interna, falanges y pie CIR-9-MC 79.18. Reducción abierta de fractura sin fijación, tarsianos y metatarsianos. CIR-9-MC 79.27. Reducción abierta de fractura sin fijación, falanges y pie CIR-9-MC 79.28.Reducción abierta de fractura con fijación, tarsianos y metatarsianos CIR-9-MC 79.37. Reducción abierta de fractura con fijación, falanges y pie CIR-9-MC 79.38. Aplicación de vendaje enyesado CIR-9-MC 93.51. Intervención 281 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de transformación de Salud.	Reducción Quirúrgica de Fractura de Tobillo y Pie	Verificar: 1. Existencia de casos en el registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio. 2. El registro de la programación quirúrgica.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas quirúrgicas (nota preoperatoria, lista de verificación para la seguridad de la cirugía, nota preanestésica, vigilancia y registro anestésico, nota postoperatoria, carta de consentimiento informado). 3. Apego a las GPC-IMSS-501-11-EyR, tratamiento de las fracturas del pie en adultos. GPC-IMSS-493-11-EyR, fractura del maléolo interno Tratamiento de la fractura de tobillo en el adulto y normatividad correspondiente, protocolos de atención médica propios y árbol de toma de decisiones. 4. Que en la hoja de la lista de verificación para la seguridad de la cirugía este colocado el resultado del control de calidad del instrumental.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y en el registro de la programación quirúrgica. 3. GPC-IMSS-501-11-EyR, tratamiento de las fracturas del pie en adultos. GPC-IMSS-493-11-EyR, fractura del maléolo interno Tratamiento de la fractura de tobillo en el adulto. 4. Registro en el SINRA-SIS.	1	4.- Planeación	4.1 Planeación estratégica. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.							
51	NON-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. GPC-SSA-053-08-EyR Atención del paciente con osteoartritis de cadera y rodilla en el primer nivel. GPC-IMSS-435-12-EyR Tratamiento con artroplastia de rodilla en pacientes mayores de 60 años. GPC-IMSS-079-08-EyR Diagnóstico y tratamiento de la osteoartritis de rodilla. Gonartrosis primaria, bilateral CIR-10 M17.0. Otras gonartrosis primarias CIR-10 M17.1. Revisión de sustitución de rodilla, total (todos los componentes). CIR-9-MC 00.80. Revisión de sustitución de rodilla, componente tibial CIR-9-MC 00.81. Revisión de sustitución de rodilla, componente femoral CIR-9-MC 00.82. Revisión de sustitución de rodilla, componente rotuliano CIR-9-MC 00.83. Revisión de sustitución total de rodilla, inserción (alineador) tibial. CIR-9-MC 00.84. Sustitución total de rodilla CIR-9-MC 81.54. Revisión de sustitución de rodilla, no especificada en otra parte CIR-9-MC 81.55. Intervención 283 del CAUSES 2016. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de transformación de Salud.	Artroplastia Total de Rodilla	Verificar: 1. Existencia de casos en el registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio. 2. El registro de la programación quirúrgica.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas quirúrgicas (nota preoperatoria, lista de verificación para la seguridad de la cirugía, nota preanestésica, vigilancia y registro anestésico, nota postoperatoria, carta de consentimiento informado). 3. Apego a las GPC-SSA-053-08-EyR, atención del paciente con osteoartritis de cadera y rodilla en el primer nivel. GPC-IMSS-435-12-EyR, tratamiento con artroplastia de rodilla en pacientes mayores de 60 años. GPC-IMSS-079-08-EyR, diagnóstico y tratamiento de la osteoartritis de rodilla y normatividad correspondiente, protocolos de atención médica propios y árbol de toma de decisiones. 4. Que en la hoja de la lista de verificación para la seguridad de la cirugía este colocado el resultado del control de calidad del instrumental.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y en el registro de la programación quirúrgica. 3. GPC-SSA-053-08-EyR, atención del paciente con osteoartritis de cadera y rodilla en el primer nivel. GPC-IMSS-435-12-EyR, tratamiento con artroplastia de rodilla en pacientes mayores de 60 años. GPC-IMSS-079-08-EyR, diagnóstico y tratamiento de la osteoartritis de rodilla. 4. Registro en el SINRA-SIS.	1	4.- Planeación	4.1 Planeación estratégica. 7.- Mejora de procesos 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.							

Cedula de Evaluación para la Acreditación de Establecimientos de Segundo Nivel de Atención														
HOSPITAL REGIONAL COCULA														
UNIDAD QUIRÚRGICA HP														
Normatividad aplicable		Concepto		Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
				Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental				
				El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			Criterios y Subcriterios	
52	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico.GPC-SS-349-09-EyR Diagnóstico y manejo de la neuropatía y pie diabético. GPC-SS-005-08-EyR Prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno del pie diabético en el primer nivel de atención. GPC-SSSTE-679-13-EyR Manejo integral del pie diabético en adultos en el segundo nivel de atenciónGPC-DIF-257-09-EyR Rehabilitación del paciente adulto amputado de extremidad inferior por diabetes mellitus, en el segundo y tercer nivel de atención. Diabetes mellitus insulino dependiente, con complicaciones circulatorias periféricas CIE-10 E10.5. Diabetes mellitus no insulino dependiente, con complicaciones circulatorias periféricas CIE-10 E11.5. Diabetes mellitus asociada con desnutrición, con complicaciones circulatorias periféricas CIE-10 E12.5. Otras diabetes mellitus especificadas, con complicaciones circulatorias periféricas CIE-10 E13.5. Diabetes mellitus no especificada, con complicaciones circulatorias periféricas CIE-10 E14.5. Amputación de miembro inferior, no especificada de otra manera CIE-9-MC 84.1. Amputación de dedo de pie CIE-9-MC 84.11. Amputación a través de pie CIE-9-MC 84.12. Desarticulación de tobillo CIE-9-MC 84.13. Amputación de tobillo a través de maléolos de tibia y peroné CIE-9-MC 84.14. Otra amputación debajo de la rodilla CIE-9-MC 84.15. Desarticulación de rodilla CIE-9-MC 84.16. Amputación por encima de la rodilla CIE-9-MC 84.17. Desarticulación de cadera CIE-9-MC 84.18. Intervención 284 del CAUSESS 2016, Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Amputación de Miembro Inferior Secundaria a Pie Diabético	Verificar: 1. Existencia de casos en el registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio. 2. El registro de la programación quirúrgica.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas quirúrgicas (nota preoperatoria, lista de verificación para la seguridad de la cirugía, nota preanestésica, vigilancia y registro anestésico, nota postoperatoria, carta de consentimiento informado). 3. Apego a las GPC-SS-349-09-EyR, diagnóstico y manejo de la neuropatía y pie diabético. GPC-SS-005-08-EyR, prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno del pie diabético en el primer nivel de atención. GPC-SSSTE-679-13-EyR, manejo integral del pie diabético en adultos en el segundo nivel de atención. GPC-DIF-257-09-EyR, rehabilitación del paciente adulto amputado de extremidad inferior por diabetes mellitus, en el segundo y tercer nivel de atención y normatividad correspondiente, protocolos de atención médica propios y árbol de toma de decisiones. 4. Que en la hoja de la lista de verificación para la seguridad de la cirugía este colocado el resultado del control de calidad del instrumental.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y en el registro de la programación quirúrgica. 3. GPC-SS-349-09-EyR, diagnóstico y manejo de la neuropatía y pie diabético. GPC-SS-005-08-EyR, prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno del pie diabético en el primer nivel de atención. GPC-SSSTE-679-13-EyR, manejo integral del pie diabético en adultos en el segundo nivel de atención. GPC-DIF-257-09-EyR, rehabilitación del paciente adulto amputado de extremidad inferior por diabetes mellitus, en el segundo y tercer nivel de atención. 4. Registro en el SINBA-SIS.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.				
53	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. GPC-SSSTE-126-08-EyR Diagnóstico y tratamiento en el tercer nivel de atención de la catarata complicada en el adulto mayor. GPC-SSSTE-125-08-EyR Diagnóstico y referencia oportuna del adulto con catarata en el primer nivel de atención. GPC-IMSS-192-08-EyR Diagnóstico y tratamiento de catarata no complicada. Catarata senil CIE-10 H25. Otras cataratas CIE-10 H26. Catarata y otros trastornos del cristalino en enfermedades clasificadas en otra parte CIE-10 H28. Extracción extracapsular de cristalino mediante técnica de extracción lineal CIE-9-MC 13.2X. Extracción extracapsular de cristalino mediante técnica simple sencilla de aspiración (e irrigación) CIE-9-MC 13.3X. Extracción extracapsular de cristalino mediante técnica de fragmentación y aspiración CIE-9-MC 13.4. Inserción de prótesis de cristalino intraocular en el momento de la extracción de la catarata, una sola etapa CIE-9-MC 13.71 . Intervención 287 del CAUSESS 2016, Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y Tratamiento Quirúrgico de Cataratas	Verificar: 1. Existencia de casos en el registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio. 2. El registro de la programación quirúrgica.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas quirúrgicas (nota preoperatoria, lista de verificación para la seguridad de la cirugía, nota preanestésica, vigilancia y registro anestésico, nota postoperatoria, carta de consentimiento informado). 3. Apego a las GPC-SSSTE-126-08-EyR, diagnóstico y tratamiento en el tercer nivel de atención de la catarata complicada en el adulto mayor. GPC-SSSTE-125-08-EyR, diagnóstico y referencia oportuna del adulto con catarata en el primer nivel de atención. GPC-IMSS-192-08-EyR, diagnóstico y tratamiento de catarata no complicada y normatividad correspondiente, protocolos de atención médica propios y árbol de toma de decisiones. 4. Que en la hoja de la lista de verificación para la seguridad de la cirugía este colocado el resultado del control de calidad del instrumental.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y en el registro de la programación quirúrgica. 3. GPC-SSSTE-126-08-EyR, diagnóstico y tratamiento en el tercer nivel de atención de la catarata complicada en el adulto mayor. GPC-SSSTE-125-08-EyR, diagnóstico y referencia oportuna del adulto con catarata en el primer nivel de atención. GPC-IMSS-192-08-EyR, diagnóstico y tratamiento de catarata no complicada. 4. Registro en el SINBA-SIS.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.				

EDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN													
HOSPITAL REGIONAL COCULA													
UNIDAD QUIRÚRGICA HP													
Normatividad aplicable		Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
			Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental			EN SALUD	
			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			Criterios y Subcriterios	
54	Ambientes Especiales Artículo 517. ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/09/17. AESP.	Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente	Verificar que se tenga acceso al procedimiento documentado para la identificación del paciente Acción Esencial 1 (A, B, C, D).	1	Verificar que: 1. El personal de salud identifica al paciente en el momento en que este solicita la atención y previo a la realización de procedimientos 2. La identificación se hace con dos identificadores que siempre serán, por lo menos, el nombre completo del paciente y la fecha de nacimiento (año, mes y día). 3. El personal de salud comprueba el nombre completo del paciente y fecha de nacimiento.	1	Verificar: 1. Se cuenta con elementos para la identificación (brazalete o pulsera). 2. Verificar la identificación del paciente en soluciones intravenosas y dispositivos. 3. Verificar en los registros del área (nota de primera vez y notas de atención subsiguiente, consentimientos informados, hojas diarias) cuenten con los dos identificadores.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
55			Verificar que el área cuente con un procedimiento documentado para la comunicación efectiva Acción Esencial 2 (A, B, C, D, F, G) definido y aplicado al Establecimiento.	1	Verificar que: 1. Se cuente con una bitácora específica para el registro de órdenes verbales y/o telefónicas. 2. Se conoce y sigue el procedimiento establecido de Escuchar-Escribir-Leer-Confirmar-Transcribir durante la emisión-recepción de órdenes verbales y/o telefónicas. 3. Se conozca y aplique la técnica SAER durante la transferencia de pacientes.	1	Verificar registros de supervisión de seguimiento, llenado de la bitácora específica de registro de resultados críticos, llenado en expediente clínico.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
56			Verificar que el establecimiento cuente con un procedimiento documentado para la seguridad en el proceso de medicación Acción Esencial 3 (A, B, C, D, E, F, G, H, I) definido y aplicado al Establecimiento.	1	Verificar que: 1. Se tenga acceso al procedimiento para la seguridad en el proceso de medicación 2. El personal conozca lo relativo al procedimiento de seguridad en el proceso de medicación en las fases de: Prescripción, transcripción, dispensación, recepción y almacenamiento y administración de medicamentos 3. Que sepan la doble verificación en la preparación administración de medicamentos de alto riesgo 4. Notificación de eventos adversos relacionados con la medicación.	1	Verificar: 1. La existencia de alertas visuales en medicamentos con aspecto o nombre parecido. 2. Que se cuente con la lista de medicamentos con aspecto y nombre parecido.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
57			Verificar que el área cuente con un procedimiento documentado para la seguridad en los procedimientos: Acción Esencial 4A definido y aplicado al establecimiento.	1	Verificar que se conozca y aplique el procedimiento que incluye: a. Marcado del sitio quirúrgico. b. Que personal cuente con la capacitación para su aplicación.	1	Verificar: 1. Registros de supervisión de seguimiento. 2. Lista de Verificación para la Seguridad de la Cirugía. 3. Constancias de capacitación o listas de asistencia.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
58			CARRO ROJO UNIDAD QUIRÚRGICA	1	Verificar: 1. Que existan los insumos requeridos para el ABC de la reanimación cardiopulmonar. (Ver desglose) 2. Que la caducidad del material y medicamentos este vigente. 3. Que los insumos sean suficientes para la atención. 4. Que el personal conozca el manejo del monitor desfibrilador y las maniobras de reanimación cardiopulmonar. 5. Que estén identificados los medicamentos de alto riesgo y electrolíticos.	1	Verificar: 1. Bitácora de control del carro para el manejo del paro cardiopulmonar firmada por el responsable de turno. 2. Registro histórico del abastecimiento oportuno y completo del contenido del carro para el manejo del paro cardiopulmonar. 3. Registro de la prueba del trazo isoelectrico semanalmente. 4. Bitácora de mantenimiento del monitor-desfibrilador. 5. Protocolo de manejo de los medicamentos de alto riesgo y electrolíticos.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / 3.- Población 3.- Información 3.- Información o, conocimiento 4.- innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos	1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de procesos estratégicos. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
59	CARRO ROJO RECUPERACIÓN	1	Verificar: 1. Que existan los insumos requeridos para el ABC de la reanimación cardiopulmonar. (Ver desglose) 2. Que la caducidad del material y medicamentos este vigente. 3. Que los insumos sean suficientes para la atención. 4. Que el personal conozca el manejo del monitor desfibrilador y las maniobras de reanimación cardiopulmonar. 5. Que estén identificados los medicamentos de alto riesgo y electrolíticos.	1	Verificar: 1. Bitácora de control del carro para el manejo del paro cardiopulmonar firmada por el responsable de turno. 2. Registro histórico del abastecimiento oportuno y completo del contenido del carro para el manejo del paro cardiopulmonar. 3. Registro de la prueba del trazo isoelectrico semanalmente. 4. Bitácora de mantenimiento del monitor-desfibrilador. 5. Protocolo de manejo de los medicamentos de alto riesgo y electrolíticos.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / 3.- Población 3.- Información 3.- Información o, conocimiento 4.- innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos	1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de procesos estratégicos. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.					
Equipo Médico y elementos complementarios													

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN													
JCSSA001401		HOSPITAL REGIONAL COCULA											
UNIDAD QUIRÚRGICA HP													
Normatividad aplicable		Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
			Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental				
			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			Criterios y Subcriterios	
60		Monitor-Desfibrilador Marcapaso con paletas para adulto y pediátricas.	2	Verificar: 1. Existencia de un Programa para la Gestión del Equipo y Tecnología Biomédica. 2. Que el equipo médico se encuentre funcionando y en buenas condiciones.	2	Verificar: 1. Identificación del inventario del equipo médico. 2. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo del equipo médico.	2	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.				
61		Tanque de oxígeno con regulador y manómetro.	2	Verificar existencia, que se encuentre lleno y con fecha de última recarga de oxígeno y fecha de vencimiento o caducidad.	2	Verificar existencia, que se encuentre lleno y con fecha de última recarga de oxígeno y fecha de vencimiento o caducidad.	2						
62		Tabla de reanimación (Por lo menos 50 x 60 x 1.0 cm).	2	Verificar existencia y que se encuentre en buenas condiciones.	2	Verificar existencia y que se encuentre en buenas condiciones.	2						

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN														
JCSSA001401		HOSPITAL REGIONAL COCULA												
Normatividad aplicable		Concepto	UNIDAD QUIRÚRGICA HP						MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD					
			Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje			Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	
			Evidencia Observacional			Evidencia Observacional					Evidencia Documental			
			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			Criterios y Subcriterios		
Insumentos de Carro Rojo Unidad Quirúrgica y Recuperación.														
Primer Cajón														
63	Guia de equipamiento para carros rojos de CENETEC 2016, NOM-006-SSA3-2011, en su apéndice A.	Carro Rojo	Agua inyectable.	2	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	2	Verificar sistema de abasto.	2	4.- Planeación estratégica. 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.				
64			Adenosina solución inyectable 6 mg/2 ml.	2		2	Verificar sistema de abasto.	2						
65			Adrenalina (epinefrina) solución inyectable 1 mg / 1 ml.	2		2	Verificar sistema de abasto.	2						
66			Amiodarona solución inyectable 150 mg / 3 ml.	2		2	Verificar sistema de abasto.	2						
67			Atropina solución inyectable 1 mg /1 ml.	2		2	Verificar sistema de abasto.	2						
68			Bicarbonato de sodio solución inyectable al 7.5% (0.75 g).	2		2	Verificar sistema de abasto.	2						
69			Brazepam solución inyectable 10 mg / 2 ml. O Midazolam solución inyectable 5 mg / 2 ml.	2		2	Verificar sistema de abasto.	2						
70			Dobutamina solución inyectable 250 mg. *	2		2	Verificar sistema de abasto.	2						
71			Dopamina solución inyectable 200 mg / 5 ml. *	2		2	Verificar sistema de abasto.	2						
72			Esmolol solución inyectable 2.5 g / 10 ml *	2		2	Verificar sistema de abasto.	2						
73			Vecuronio solución inyectable 4 mg/ml.	2		2	Verificar sistema de abasto.	2						
74			Gluconato de Calcio solución inyectable al 10%.	2		2	Verificar sistema de abasto.	2						
75			Insulina solución inyectable al 30% (adultos y pediatría) 10%	2		2	Verificar sistema de abasto.	2						
76			Hidrocortisona solución inyectable 100 mg.*	2		2	Verificar sistema de abasto.	2						
77			Metilprednisolona solución inyectable 40 mg. *	2		2	Verificar sistema de abasto.	2						
78			Nitroglicerina solución intravenosa 50 mg /10 ml *	2		2	Verificar sistema de abasto.	2						
79			Nitroprusiato de sodio solución inyectable 50 mg*	2		2	Verificar sistema de abasto.	2						
80			Sulfato de Magnesio solución inyectable 1g / 10 ml.	2		2	Verificar sistema de abasto.	2						
81			Lidocaina solución inyectable al 2%.	2		2	Verificar sistema de abasto.	2						
Segundo Cajón														
82			Parches para electrodo (pediátricos, neonatales).	2	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	2	Verificar sistema de abasto.	2	4.- Planeación estratégica. 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.				
83			Catéter para vena periférica (17,18, 20, 22, 24 fr)	2		2	Verificar sistema de abasto.	2						
84			Llave de tres vías.	2		2	Verificar sistema de abasto.	2						
85			Sonda de aspiración.	2		2	Verificar sistema de abasto.	2						
86			Jeringas de 5, 10, 20 ml.	2		2	Verificar sistema de abasto.	2						
87			Agujas hipodérmicas.	2		2	Verificar sistema de abasto.	2						
88			Equipo de venoclisis con microgotero.	2		2	Verificar sistema de abasto.	2						
89			Equipo de venoclisis con normogotero.	2		2	Verificar sistema de abasto.	2						
Tercer Cajón														
90			Cánulas endotraqueales: 8, 2.5, 3.0, 3.5, 4.0, 4.5, 5.0, 6.5, 7.0, 7.5, mm. En caso de neonatos: 2.5 a 4.5 mm.	2	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	2	Verificar sistema de abasto.	2	4.- Planeación estratégica. 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.				
91			Catéter umbilical.	2		2	Verificar sistema de abasto.	2						
92			Aguja intraósea (14,16,18).	2		2	Verificar sistema de abasto.	2						
93			Guía metálica para cánulas endotraqueales (pediátrico).	2		2	Verificar sistema de abasto.	2						
94			Cánulas de Guedel: 3, 4, 5.	2		2	Verificar sistema de abasto.	2						
95			Mango de laringoscopio.	2		2	Verificar sistema de abasto.	2						
96			Hojas rectas: 0, 1, 2.	2		2	Verificar sistema de abasto.	2						
97			Hojas curvas: 1, 2, 3, 4.	2		2	Verificar sistema de abasto.	2						
98			Guantes.	2		2	Verificar sistema de abasto.	2						

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

JCSSA001401

HOSPITAL REGIONAL COCULA

Normatividad aplicable		Concepto	UNIDAD QUIRÚRGICA HP										
			Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
			Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental			Criterios y Subcriterios	
			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:				
			Cuarto Cajón										
99			Bolsa autoinflable para reanimación neonatal, pediátrica	2	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	2	Verificar sistema de abasto.	2	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
100			Mascarillas: neonatales (prematuro, término), 2, 3.	2		2	Verificar sistema de abasto.	2					
101			Mascarilla laríngea (1.0,1.5, 2.0,2.5,3.0,4.0).	2		2	Verificar sistema de abasto.	2					
102			Extensión para oxígeno.	2		2	Verificar sistema de abasto.	2					
103			Puntas nasales.	2		2	Verificar sistema de abasto.	2					
104			Solución Hartmann inyectable 500 ml.	2		2	Verificar sistema de abasto.	2					
105			Solución de cloruro de sodio inyectable al 0.9% 500 ml.	2		2	Verificar sistema de abasto.	2					
106			Solución glucosada inyectable al 5% 250 ml.	2	2	2	Verificar sistema de abasto.	2					
Central de Equipos y Esterilización (CEYE)													
107	NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 4.8, 4.14. NOM-045-SSA2-2005, en su numeral 10.6.1, 10.6.1.2 ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/09/17. AESP 5B".		Verificar: 1. Que exista control de acceso (filtro de acceso). 2. Lavabo que cuente con el cartel de la técnica para la higiene de manos. 3. Que cuente con material para la colocación de las barreras de protección, (bata, gorro y cubre boca ya sean desechables o reusables).	1	Verificar: 1. Que el área de acceso este señalizada e identificada. 2. Que se mantengan las condiciones de asepsia. 3. Evaluar la técnica de higiene de manos 4. Que existan los insumos para la higiene de manos: jabón (líquido o gel), toallas desechables. 5. Que las instalaciones no tengan fugas hidrosanitarias. 6. Que el mobiliario se encuentre en buenas condiciones.	1	Verificar: 1. Bitácora de mantenimiento preventivo-correctivo de la estructura y mobiliario. 2. Bitácora de control de aseo y limpieza del área firmada por el jefe de turno o supervisor. 3. Bitácora del procedimiento de desinfección de alto nivel del área. 4. Registro y control del sistema de abasto de los insumos para la higiene de manos.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
108	NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 4.8, 4.14, 5.1.10, 6.6.3 y en su apéndice J. NOM-045-SSA2-2005, en su numeral 3.1.13.2.		Verificar: 1. Existencia de las siguientes áreas: lavado de instrumental, preparación de ropa y materiales, ensamble para formación de paquetes y esterilización. 2. Que cuente con una ventanilla de comunicación hacia el pasillo de la circulación blanca. 3. Que cuente cuando menos, con una ventanilla de comunicación a la circulación negra. 4. Deberá contar al menos con un autoclave. 5. Contar con: anaqueles para paquetes esterilizados, anaqueles para paquetes pre-esterilización, mueble para guarda de insumos, mesa alta con tarja, mesa para preparación de paquetes, esterilizador, equipos e instrumental apropiados para cirugías diversas. 6. Que cuente con ventilación artificial.	1	Verificar: 1. Que el área este señalizada con rotulo de acceso restringido. 2. Que el acceso sea controlado para personal. 3. Que haya un área de circulación restringida, donde se lavan, preparan, esterilizan, almacenan y distribuyen equipos, materiales, ropa e instrumental esterilizados o sanitizados. 4. Que los controles de calidad físicos, químicos y biológicos, sean suficientes y estén vigentes. 5. No deberá cruzar los recorridos del material sucio que se recibe, con el material limpio que sale esterilizado de la central.	1	Verificar: 1. Bitácora de mantenimiento y utilización de los esterilizadores. 2. Registro de productividad de esterilización del equipo e instrumental. 3. Registro de la calidad de la función con controles físicos, químicos y biológicos apropiados a cada procedimiento. 4. Inventario de equipo, mobiliario. 5. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo de la ventilación artificial. 6. Bitácora del procedimiento de desinfección de alto nivel del área.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
109	NOM-045-SSA2-2005, en su numeral 10.6.6 .		Verificar: 1. Existencia de material para esterilización y desinfección. 2. Que cuenten con papel grado médico.	1	Verificar: 1. Que se encuentre en buenas condiciones. 2. Que sea suficiente de acuerdo a la productividad. 3. Que el equipo y material este empacado en papel grado médico y cerrado mediante selladora térmica y rotulado con fecha de esterilización, de caducidad y nombre de la persona responsable del proceso. 4. Que los recipientes que contengan desinfectante estén tapados y rotulados con el nombre del producto, la fecha de preparación y caducidad.	1	Verificar: 1. Bitácora de productividad y registro de esterilización. 2. Bitácora de uso de los desinfectantes.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			

CEDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN				HOSPITAL REGIONAL COCULA				UNIDAD QUIRÚRGICA HP				acreditación de establecimientos y servicios de atención				CAUSAS- 2N-2016	
JCSSA001401																	
Normatividad aplicable		Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD					
			Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental								
			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:								
110	NOM-016-SSA3-2012, en su numeral J3.	Requisitos Generales	Verificar existencia de equipo para cirugías diversas: adeno-amigdalectomía, equipo de amputación, equipo de aseo, equipo de aseo vulvar, equipo de asepsia, equipo de bloqueo peridural, equipo de cesárea, equipo de circuncisión, equipo de cirugía gastrointestinal, equipo de cirugía general básica, equipo de cirugía ginecológica abdominal, equipo de cirugía ginecológica vaginal, equipo de cirugía menor y debridación, equipo de cirugía ocular menor, equipo de cirugía pediátrica, equipo de colecistectomía, equipo de ginecología y planificación familiar, equipo de curación para cirugía, equipo de curación para hospitalización, equipo de epididimo y vasectomía, equipo de hemorroidectomía, equipo de instrumental básico odontológico, equipo de instrumental obstétrico, equipo de intubación endotraqueales, equipo de legrado uterino, equipo de parto, equipo de safenectomía, equipo de salpingoclasia, equipo de traqueostomía, equipo de vasectomía		1	Verificar: 1. Que el instrumental se encuentre en buenas condiciones, que no esté oxidado y funcione. 2. Que sea suficiente de acuerdo a la productividad. 3. Que esté completo.		1	Verificar: 1. Inventario del instrumental. 2. Bitácora de mantenimiento del instrumental, así como el procedimiento de baja y alta del mismo.		1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.				
111	NOM-045-SSA2-2005, en su numeral 10.6.6 .		Verificar: 1. Existencia de material para esterilización y desinfección. 2. Que cuenten con papel grado médico.		1	Verificar: 1. Que se encuentre en buenas condiciones. 2. Que sea suficiente de acuerdo a la productividad. 3. Que el equipo y material esté empacado en papel grado médico y cerrado mediante selladora térmica y rotulado con fecha de esterilización, de caducidad y nombre de la persona responsable del proceso. 4. Que los recipientes que contengan desinfectante estén tapados y rotulados con el nombre del producto, la fecha de preparación y caducidad.		1	Verificar: 1. Bitácora de mantenimiento y utilización de los esterilizadores. 2. Registro de productividad de esterilización del equipo e instrumental. 3. Registro de la calidad de la función con controles físicos, químicos y biológicos apropiados a cada procedimiento. 4. Inventario de equipo, mobiliario. 5. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo de la ventilación artificial. 6. Bitácora del procedimiento de desinfección de alto nivel del área.		1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.				
112	NOM-016-SSA3-2012, en su numeral J3.		Verificar existencia de equipo para cirugías diversas: equipo de aseo, equipo de aseo vulvar, equipo de asepsia, equipo de bloqueo peridural, equipo de cesárea, equipo de cirugía gastrointestinal, equipo de cirugía general básica, equipo de cirugía ginecológica abdominal, equipo de cirugía ginecológica vaginal, equipo de cirugía menor y debridación, equipo de colecistectomía, equipo de ginecología y planificación familiar, equipo de curación para cirugía, equipo de curación para hospitalización, equipo de hemorroidectomía, equipo de instrumental obstétrico, equipo de intubación endotraqueales, equipo de legrado uterino, equipo de parto, equipo de salpingoclasia, equipo de traqueostomía.		1	Verificar: 1. Que el instrumental se encuentre en buenas condiciones, que no esté oxidado y funcione. 2. Que sea suficiente de acuerdo a la productividad. 3. Que este completo.		1	Verificar: 1. Inventario del instrumental. 2. Bitácora de mantenimiento del instrumental, así como el procedimiento de baja y alta del mismo.		1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.				
				159				159				159					
CALIFICACIÓN UNIDAD QUIRÚRGICA HP				100.00%													

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN										CAUSAS-2N-2018			
JCSSA001401 HOSPITAL REGIONAL COCULA													
TOCLOGÍA HG Y HMI													
Normatividad aplicable		Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
			Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental			Criterios y Subcriterios	
			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:				
1	NOM-045-SSA2-2005, en su numeral 10.6.7, 10.6.7.2. NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 5.1.10 Ambientes Especiales Artículo 517. ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/09/17. AESP 6C.	Condiciones Generales	Verificar: 1. Que exista señalización. 2. Que se encuentre limpia y mantenga la asepsia correspondiente. 3. Que cuente con iluminación y ventilación. 4. Que cuente con infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas.	1	Verificar: 1. Que el área esté debidamente señalizada con rótulo de acceso restringido. 2. Que la iluminación y ventilación sean adecuadas. 3. Que la infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas se encuentren en buen estado. 4. Los factores del entorno arquitectónico asociados a riesgo de caídas de pacientes.	1	Verificar: 1. Bitácora de control de aseo y limpieza del área firmada por el jefe de turno o supervisor. 2. Bitácora del mantenimiento preventivo-correctivo de la estructura e instalaciones. 3. Manual de procedimientos para determinar las características, la frecuencia del aseo y limpieza del área.	1	4.- Planeación de procesos 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
2	NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 4.11, 4.12 y 6.6.4.1. NOM-045-SSA2-2005, en su numeral 10.6.7.2.	Requisitos Generales	Verificar existencia de un cuarto de aseo y cuarto séptico.	1	Verificar: 1. Que se utilice el cuarto séptico para el almacenamiento, limpieza y sanitización de los recipientes utilizados para recolectar las excretas de pacientes, así como para el acopio de ropa de cama y pacientes. 2. Que su ubicación sea accesible pero fuera del área de recuperación post-anestésica. 3. Que el cuarto de aseo este ubicado estratégicamente para evitar la contaminación de áreas que requieran condiciones especiales de asepsia.	1	Verificar bitácora de control de aseo y limpieza del área firmada por el jefe de turno o supervisor.	1	4.- Planeación de procesos 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
3	NOM-087-ECOL-SSA1-2002, en su numeral 4 y 6.		Verificar existencia de contenedores para el manejo del R.P.B.I.	1	Verificar: 1. Que la señalización de la circulación de los contenedores este colocada del área generadora hacia el almacén temporal. 2. Que los R.P.B.I. estén identificados y separados en los contenedores correspondientes de acuerdo a sus características físicas y biológicas infecciosas.	1	Verificar bitácora de registro de la recolección del R.P.B.I. con los datos específicos como fecha, peso, tipo de residuo, firma del responsable del área y firma del responsable de la recolección.	1	4.- Planeación de procesos 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
4	NOM-001-SEDE-2012, artículo 517, en su numeral 517-30.		Verificar: 1. Existencia de señalización. 2. Que cuente con señalamiento de emergencia para protección civil. 3. Que el punto de reunión esté delimitado e identificado.	1	Verificar: 1. Revisar en el área su funcionamiento a través del equipo conectado a los contactos grado hospital. 2. Que el restablecimiento de la energía sea en un lapso de 10 segundos o menor.	1	Verificar bitácoras de pruebas para el restablecimiento de la energía eléctrica.	1	4.- Planeación de procesos 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
5	NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 6.6.4.1, 6.6.4.2, 6.6.4.3, 6.6.4.3.1, 6.6.4.4, 6.6.4.5, 6.6.4.5.1, 6.6.4.6, 6.6.4.6.1 y su apéndice K. NOM- 006-SSA3-2011, en su apéndice A. NOM-045-SSA2-2005, en su numeral 3.1.13.1, 10.6.4, 10.6.6, 10.6.7. NOM-007-SSA2-2016, en su numeral 5.5. NOM-004-SSA3-2012 Triage Obstétrico, Código Mater y Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica, Lineamiento Técnico 2016.	Valoración Obstétrica-Preparación	Verificar que se cuente con: 1. Área con adecuada iluminación, señalizada, con acceso directo desde la sala de espera, al módulo de recepción y control, cercana al consultorio de valoración del servicio de urgencias obstétricas, al área de choque y a la unidad de tococirugía. 2. Implementación Triage obstétrico, para el manejo inmediato de pacientes en situación de emergencia. 3. Señalización que permita la rápida identificación para el acceso de las usuarias al área de Triage obstétrico, aún en los casos en que exista barrera del lenguaje.	1	Verificar que el personal: 1. Recibe, interroga, evalúa, clasifica y deriva a las usuarias, a las áreas donde se les brindará la atención. 2. Cuando la clasificación del estado de la paciente corresponda al nivel de código rojo, activa el Código Mater, para la participación del Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica (ERIO). 3. Cuando la clasificación corresponde a un código amarillo establece diagnóstico presuntivo, completa el llenado del formato del Triage y personalmente lleva a la paciente al área de urgencias obstétricas, entregándola al personal responsable del área para continuar con su atención. 4. En caso de código verde, completa el llenado del formato de Triage y envía a la paciente a la sala, en espera de atención en un periodo no mayor a 30 minutos. 5. Mantiene contacto visual con las pacientes clasificadas con código verde para su revaloración y/o reclasificación en caso necesario. 6. Registra en los censos de control las intervenciones realizadas en el Triage.	1	Verificar registro en los censos de control las intervenciones realizadas en el Triage.	1	4.- Planeación de procesos 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			

JCSSA001401		HOSPITAL REGIONAL COCULA		TOCLOGÍA HG Y HMI		Modelo de Gestión de Calidad en Salud	
Normatividad aplicable	Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA	Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO	Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL	Modelo de Gestión de Calidad en Salud
		Evidencia Observacional		Evidencia Observacional		Evidencia Documental	
		El evaluador deberá:		El evaluador deberá:		El evaluador deberá:	
6	Valoración Obstétrica- Preparación	Verificar: 1. Que se cuente con el siguiente mobiliario: banqueta de altura, camilla, mesa de exploración ginecológica, mesa Pasteur. 2. Que exista caja roja obstétrica: 010.000.3629.00 sulfato de magnesio, sol. iny. De 1g./10 ml (20 frascos ampula), 010.000.3619.00 bicarbonato de sodio, sol. iny. De 10 ml 7.5% (10 frascos ampula), 010.000.2308.00 furosemida, sol. iny. De 20 mg/2 ml (5 frascos ampulas), 010.000.3620.00 Gluconato de calcio, sol. iny. De 10 ml (10 frascos ampula), 010.000.0597.00 Nifedipino cápsulas de gelatina blanda de 10 mg (1 caja o 20 cápsulas), 010.000.4241.00 Dexametasona, sol. iny. De 8 mg/2 ml (2 frascos ampula), 010.000.4201.00 hidralazina, sol. iny. De 20 mg/ml (5 frascos ampula), 010.000.2624.00 fentoina, sol. iny. De 250 mg/5 ml (4 frascos ampula). 3. Que se encuentre un baño anexo con regadera (sin fugas hidrosanitarias).	1	Verificar que el personal: 1. Recibe, interroga, evalúa, clasifica y deriva a las usuarias, a las áreas donde se les brindará la atención. 2. Cuando la clasificación del estado de la paciente corresponda al nivel de código rojo, activa el Código Mater, para la participación del Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica (ERIO). 3. Cuando la clasificación corresponde a un código amarillo establece diagnóstico presuntivo, completa el llenado del formato del Triage y personalmente lleva a la paciente al área de urgencias obstétricas, entregándola al personal responsable del área para continuar con su atención. 4. En caso de código verde, completa el llenado del formato de Triage y envía a la paciente a la sala, en espera de atención en un periodo no mayor a 30 minutos. 5. Mantiene contacto visual con las pacientes clasificadas con código verde para su revaloración y/o reclasificación en caso necesario. 6. Registra en los censos de control las intervenciones realizadas en el Triage.	1	Verificar: 1. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo del mobiliario y de la estructura. 2. Inventario del mobiliario. 3. Registro del procedimiento de limpieza y desinfección de las camas (cada vez que se desocupe). 4. Registro del control de entrada del medicamento al servicio. 5. Registro histórico del abastecimiento oportuno y completo del contenido de la caja roja.	1
		NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 6.6.4.1, 6.6.4.2, 6.6.4.3, 6.6.4.3.1, 6.6.4.4, 6.6.4.5, 6.6.4.5.1, 6.6.4.6, 6.6.4.6.1 y su apéndice K. NOM- 006-SSA3-2011, en su apéndice A. NOM-045-SSA2-2005, en su numeral 3.1.13.1, 10.6.4, 10.6.6, 10.6.7. NOM-007-SSA2-2016, en su numeral 5.5. NOM-004-SSA3-2012 Triage Obstétrico, Código Mater y Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica, Lineamiento Técnico 2016.					
7	Labor	Verificar: 1. Existencia de espacio físico para labor. 2. Existencia del siguiente equipo: esfigmomanómetro, estetoscopio, estetoscopio de Pinard (o equipo equivalente para captar ruidos cardíofetales), cardiocotógrafo, estuche de diagnóstico con oftalmoscopio, lámpara de haz dirigible. 3. Que se cuente con pilas y focos de repuesto para el estuche de diagnóstico. 3. Que los cubículos cuenten con instalaciones para proporcionar oxígeno y con elementos divisores de material antibacteriano. 4. Que cuenten con el material y los medicamentos requeridos en el área.	1	Verificar: 1. Que el área este integrada por varios cubículos con dimensiones y área tributaria suficiente. 2. Que el lavabo para médicos obstétricas este ubicado contiguo a la sala de expulsión (sin fugas hidrosanitarias). 3. Que el equipo se encuentren en buenas condiciones. 4. Que los medicamentos y el material se encuentren en buenas condiciones y con fecha de caducidad.	1	Verificar: 1. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo del equipo y de la estructura. 2. Bitácora de abasto de insumos para el lavado y asepsia pre quirúrgica. 3. Inventario del equipo. 4. Registro de calibración del esfigmomanómetro. del procedimiento de desinfección de alto nivel del área. 6. Sistema de abasto de material y medicamentos.	1
8	Labor	Verificar existencia del siguiente mobiliario: banqueta de altura, cama-camilla para trabajo de parto, carpeta porta expedientes, colchón de hule espuma para cama de trabajo de parto, cubeta de acero inoxidable, porta cubeta rodable, riel portavenoclisis.	1	Verificar: 1. Que el mobiliario se encuentren en buenas condiciones de pintura, sin zonas de oxidación o deterioro y que estén funcionando. 2. Que el mobiliario funcione.	1	Verificar: 1. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo del mobiliario. 2. Inventario del mobiliario. 3. Registro del procedimiento de limpieza y desinfección de las camas (cada vez que se desocupe).	1
9	Labor	Verificar existencia de casos.	1	Verificar: 1. Que se realice e integre el partograma. 2. Nota de valoración de inicio del trabajo de parto verdadero. 3. Carta de consentimiento informado. 4. Nota de evolución. 5. Registro de la valoración de algún método anticonceptivo en el posparto inmediato.	1	Verificar expediente clínico.	1
		NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 6.6.4.1, 6.6.4.2, 6.6.4.3, 6.6.4.3.1, 6.6.4.4, 6.6.4.5, 6.6.4.5.1, 6.6.4.6, 6.6.4.6.1 y su apéndice K. NOM- 006-SSA3-2011, en su apéndice A. NOM-045-SSA2-2005, en su numeral 3.1.13.1, 10.6.4, 10.6.6, 10.6.7. NOM-007-SSA2-2016, en su numeral 5.5. NOM-004-SSA3-2012 Triage Obstétrico, Código Mater y Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica, Lineamiento Técnico 2016.					
10	Expulsión	Verificar: 1. Existencia del siguiente equipo: equipo básico para anestesia, lámpara para emergencias portátil, lámpara de haz dirigible, aspirador portátil para succión regulable. 2. Que el área disponga de instalaciones fijas para el suministro de oxígeno y aspiración controlada. 3. Que cuenten con el material y los medicamentos requeridos en el área.	1	Verificar: 1. Que el equipo se encuentren en buenas condiciones. 2. Que el equipo funcione. 3. Que los medicamentos y el material se encuentren en buenas condiciones y con fecha de caducidad vigente.	1	Verificar: 1. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo del equipo y de la estructura. 2. Bitácora de mantenimiento de las tomas de pared. 3. Inventario del equipo. 4. Bitácora del procedimiento de desinfección de alto nivel del área. 5. Sistema de abasto de material y medicamentos.	1

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN													
CAUSAS-2N-2018													
JCSSA001401 HOSPITAL REGIONAL COCULA													
TOCLOGÍA HG Y HMI													
Normatividad aplicable		Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
			Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental			Criterios y Subcriterios	
			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:				
11			Verificar existencia del siguiente mobiliario: asiento, asiento con respaldo, banqueta de altura, bote para RPBI(bolsa roja), mesa de apoyo para atención del recién nacido, mesa Mayo con charola, mesa para atención obstétrica, mesa Pasteur, riel portavenoclisis, mesa carro anestesiólogo, reloj con segundero.	1	Verificar: 1. Que el mobiliario se encuentren en buenas condiciones de pintura, sin zonas de oxidación o deterioro y que estén funcionando. 2. Que el mobiliario funcione.	1	Verificar: 1. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo del mobiliario. 2. Inventario del mobiliario. 3. Bitácora del procedimiento de desinfección de alto nivel del área.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
12		Expulsión	Verificar existencia por sala con: unidad básica de anestesia, circuito anestésico, oxímetro de pulso, aspirador de pared, aspirador portátil para secreciones, bolsa de reinhalación, monitor de presión arterial sistólica, diastólica y media no invasiva, hojas de laringoscopia (juego) 3-4 rectas, hojas de laringoscopia (juego) 3-4 curvas, mango de laringoscopia, mascarillas de anestesia transparentes, monitor para electrocardiografía continua, tanque de oxígeno o fuente central, ventilador transoperatorio mecánico para adulto y para niño, termómetro clínico oral o rectal, tubos endotraqueales con balón, guía flexible para sondas endotraqueales adulto, cánulas oro faringéas, equipo para bloqueo peridural y subaracnoideo, juego de agujas para espacio subaracnoideo.	1	Verificar que el equipo, material e instrumental de anestesiología se encuentre en buenas condiciones y esté funcional.	1	Verificar: 1. Inventario de equipo e instrumental. 2. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos de anestesia (funcionamiento de las alarmas y mantenerlas activas). 3. Registro diario de la revisión comprobación (previo al inicio del procedimiento anestésico) del buen funcionamiento de la máquina de anestesia, así como, la disponibilidad de los fármacos necesarios. 4. Calibración periódica de los vaporizadores. 5. Registro del procedimiento de lavado y esterilización de los circuitos para ventilación de los equipos de anestesia que no sean desechables. 6. Registro del procedimiento de esterilización y desinfección de los equipos de apoyo respiratorio no invasivo (registrarse la fecha y hora de cambio). 7. Registro del procedimiento de lavado, esterilización o desinfección de los circuitos para ventilación, las bolsas de reanimación respiratoria que no sean desechables antes de volver a ser usados en otro paciente.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
			NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 6.6.4.1, 6.6.4.2, 6.6.4.3, 6.6.4.3.1, 6.6.4.4, 6.6.4.5, 6.6.4.5.1, 6.6.4.6, 6.6.4.6.1 y su apéndice K. NOM- 006-SSA3-2011, en su apéndice A. NOM-045-SSA2-2005, en su numeral 3.1.13.1, 10.6.4, 10.6.6, 10.6.7. NOM-007-SSA2-2016, en su numeral 5.5. NOM-004-SSA3-2012 Triage Obstétrico, Código Mater y Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica, Lineamiento Técnico 2016.										
13		Recuperación	Verificar: 1. Existencia de un área recuperación. 2. Que cuente con bote para basura tipo municipal (bolsa de cualquier color, excepto rojo o amarillo), bote para RPBI (bolsa roja), carro camilla para recuperación, elemento divisorio de material antibacteriano, riel portavenoclisis. 3. Que existan las instalaciones para suministrar oxígeno y realizar aspiración controlada. 4. Que el área tenga cubículos con camillas, área de trabajo para el anestesiólogo. 5. Que cuenten con el material y los medicamentos requeridos en el área.	1	Verificar: 1. Que los cubículos tengan las dimensiones y área tributaria suficiente. 2. Que el equipo y mobiliario se encuentren en buenas condiciones de pintura, sin zonas de oxidación o deterioro y que estén funcionando. 3. Que los medicamentos y el material se encuentren en buenas condiciones y con fecha de caducidad vigente.	1	Verificar: 1. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo del equipo, mobiliario y de la estructura. 2. Bitácora de mantenimiento de las tomas de pared. 3. Inventario de equipo y mobiliario. 4. Bitácora de uso de los desinfectantes. 5. Registro de calibración del esfigmomanómetro. 6. Registro del procedimiento de limpieza y desinfección de las camas (cada vez que se desocupe). 7. Bitácora del procedimiento de desinfección de alto nivel del área. 8. Sistema de abasto de material y medicamentos.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
14			Verificar: 1. Que exista la central de enfermeras ubicada que permita el libre y rápido acceso a las áreas en donde se encuentren internados los pacientes. 2. Que el espacio físico esté libre de fuentes de contaminación. 3. Que se disponga de un espacio físico o mobiliario para guarda de medicamentos, soluciones y material de curación. 4. Que cuenten con el material y los medicamentos requeridos en el área.	1	Verificar: 1. Que las áreas, dimensiones y circulaciones permitan el desarrollo de las funciones y actividades propias del personal de enfermería. 2. Que el espacio físico o mobiliario para guarda de medicamentos, soluciones y material de curación este en buenas condiciones, limpio y ordenado. 3. Que los medicamentos y el material se encuentren en buenas condiciones y con fecha de caducidad vigente.	1	Verificar: 1. Bitácora de control de aseo y limpieza del área firmada por el jefe de turno o supervisor. 2. Sistema de abasto de material y medicamentos.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN													
JCSSA001401 HOSPITAL REGIONAL COCULA													
TOCLOGÍA HG Y HMI													
Normatividad aplicable		Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
			Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental				
			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:				
15	NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 6.6.4.1, 6.6.4.2, 6.6.4.3, 6.6.4.3.1, 6.6.4.4, 6.6.4.5, 6.6.4.5.1, 6.6.4.6, 6.6.4.6.1 y su apéndice K. NOM- 006-SSA3-2011, en su apéndice A. NOM-045-SSA2-2005, en su numeral 3.1.13.1, 10.6.4, 10.6.6, 10.6.7. NOM-007-SSA2-2016, en su numeral 5.5. NOM-004-SSA3-2012 Triage Obstétrico, Código Mater y Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica, Lineamiento Técnico 2016.	Recuperación	Verificar: 1. Que la central de enfermeras cuente con: asiento, bote para basura tipo municipal (bolsa cualquier color, excepto rojo o amarillo, bote para río (bolsa roja), carro de curación, lavabo con el cartel de la técnica para la higiene de manos, mesa alta con tarja, mesa mayo con charola, mesa Pasteur, mostrador escritorio, mueble para guarda de equipo e insumos, sistema porta expedientes, caja de doayan, caja para desinfección de instrumentos, equipo de curaciones, carro rojo, esfigmomanómetro aneroides (o su equivalente), en su caso con brazalete pediátrico, estetoscopio, en su caso con cápsula tamaño pediátrico, estuche de diagnóstico con oftalmoscopio, lebrillos, lámpara de haz dirigible, pinza de traslado, portavenoclisis rodable, termómetro, torúndero. 2. Que se cuente con pilas y focos de repuesto para el estuche de diagnóstico. 3. Que se tengan baterías de repuesto para los termómetros digitales.	1	Verificar: 1. Que el mobiliario y equipo se encuentren en buenas condiciones. 2. Que el mobiliario y equipo funcionen. 3. Que el personal conozca la técnica de higiene de manos (evaluar técnica). 4. Que existan los insumos para la higiene de manos. 5. Que el instrumental de curaciones este en buenas condiciones. 6. Que el empaque del instrumental este rotulado con la fecha de esterilización.	1	Verificar: 1. Inventario del mobiliario y equipo. 2. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo del mobiliario y equipo. 3. Registro de la calibración del esfigmomanómetro. 4. Resguardo del instrumental. 5. Bitácora de uso de los desinfectantes. 6. Registro y control del sistema de abasto de los insumos para la higiene de manos.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
			Verificar existencia de casos.	1	Verificar que la nota médica integre los datos correspondientes al parto: tipo y atención del parto.	1	Verificar expediente clínico.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
Atención Médica													
17	NOM-007-SSA2-2016, en su numeral 5.7. NOM-045-SSA2-2005, en su numeral 10.6.7.7. NOM-016- SSA3-2012, en su numeral 4.25, 6.6.5.3 y en su apéndice K.		Verificar: 1. Que exista un área exclusiva para la atención de la persona recién nacida. 2. Que se cuente con: sistema de aspiración, conexión de sondas, instalación de conexiones de oxígeno humidificador de burbuja y flujómetro integrado, mesa de reanimación o cuna térmica o mesa de apoyo para atención del recién nacido, báscula pesabebés, kits desechables para el pinzamiento del cordón umbilical, compresa o toalla estéril, campo seco estéril, brazaletes de identificación, vitamina K ampula, cloranfenicol solución oftálmica, equipo para reanimación neonatal y fuente de calor alejada de ductos de aire acondicionado.	1	Verificar: 1. Que el área se encuentre limpia y mantenga la asepsia correspondiente. 2. Que la iluminación y ventilación sean adecuadas. 3. Que la infraestructura e instalaciones se encuentren en buen estado. 4. Que el equipo y mobiliario se encuentren en buenas condiciones y esté funcional. 5. Que cuente con algoritmo de procedimientos para reanimación neonatal.	1	Verificar: 1. Bitácora de limpieza firmada por turno y por supervisor o jefe del servicio. 2. Bitácora del mantenimiento preventivo y correctivo de la estructura e instalaciones. 3. Bitácora del mantenimiento preventivo y correctivo del equipo y mobiliario. 4. Inventario del equipo y mobiliario. 5. Registro del procedimiento del aseo y limpieza de la mesa de reanimación o cuna térmica cada vez que la ocupe un nuevo paciente. 6. Registro del sistema de abasto de los insumos. 7. Manual de procedimientos: reanimación neonatal, manejo del cordón umbilical, valoración de Apgar, valoración de Silverman Anderson, prevención de cuadros hemorrágicos, prevención de oftalmopatía purulenta con antibiótico local, exámenes físico y antropométrico completos, valoración de la edad gestacional o madurez física y neuromuscular, vacunación de la persona recién nacida, alojamiento conjunto, alimentación exclusiva al seno materno y/o leche humana, valoración de la edad gestacional y la maduración neurológica por el método de Capurro o el de Ballard modificado.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			

CEDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN													
CAUSES-2N-2018													
JCSSA001401 HOSPITAL REGIONAL COCULA													
TOCLOGÍA HG Y HMI													
Normatividad aplicable		Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
			Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental				
			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:				
18	GPC-SSA-226-09-Ey R. NOM-045-SSA2-2005, en su numeral 10.6.4.	Atención a la Persona Recién Nacida	Verificar equipo para la reanimación neonatal: equipo de aspiración (pera de goma, sondas de aspiración 5 o 6 F, 8 F y 10 o 12 F., sonda nasogástrica 8 F., jeringa 20 ml., dispositivo para aspiración de meconio), equipo de bolsa y máscara (bolsa neonatal con válvula de liberación o manómetro que suministre O2 90-100%, máscaras tamaño para recién nacido y prematuro, oxígeno con medidor de flujo, humidificador de burbuja y tabuladoras), equipo de intubación (laringoscopio hoja recta No 0 y No 1, focos y batería de repuesto, tubos endotraqueales 2.5, 3, 3.5 y 4 mm., estilete (opcional), tijeras, cinta adhesiva), medicación (adrenalina ampul, solución fisiológica o Ringer Lactato 100- 250 ml., bicarbonato de sodio al 4.2%, dextrosa al 10% 50ml.), cateterización umbilical (guantes estériles, bisturi o tijeras, solución de Iodopovidona, cinta para cordón umbilical, sondas umbilicales 3.5 F., 5 F., llave de tres vías, jeringas de 1, 3, 5, 10, 20 y 50 ml., agujas calibre 18, 21, 25 o dispositivos de punción para sistema sin aguja), varios (reloj, estetoscopio, cinta adhesiva, cánulas oro faringear, monitor cardíaco y/o oxímetro de pulso (opcional)).	1	Verificar: 1. Que el material este estéril. 2. Que sea suficiente. 3. Que se encuentre en buen estado de conservación. 4. Que la caducidad de los insumos no se encuentre vencida. 5. Que estén identificados los medicamentos de alto riesgo y electrolitos.	1	Verificar: 1. Registro del procedimiento de lavado, esterilización o desinfección de las bolsas de reanimación respiratoria que no sean desechables antes de volver a ser usados en otro paciente. 2. Registro del sistema de abasto de los insumos. 3. Protocolo de manejo de los medicamentos de alto riesgo y electrolíticos.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
19	NOM-007-SSA2-2016, en su numeral 5.5.20.3, 5.5.20.4, 5.7.4.		Verificar existencia de casos.	1	Verificar: 1. Que en la nota se integren los datos correspondientes a las condiciones de la persona recién nacida al nacimiento: fecha y hora de nacimiento, valoración Silverman Anderson, Apgar, sexo, edad gestacional, examen antropométrico completo, estado de salud, pronóstico, aplicación de medicamentos o vacunas, anomalías congénitas, enfermedades, o lesiones. 2. Que se registre en la nota la exploración física.	1	Verificar registro en el expediente clínico.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
20			Verificar que se tenga acceso al procedimiento documentado para la identificación del paciente Acción Esencial 1 (A, B, C, D).	1	Verificar que: 1. El personal de salud identifica al paciente en el momento en que este solicita la atención y previo a la realización de procedimientos. 2. La identificación se hace con dos identificadores que siempre serán, por lo menos, el nombre completo del paciente y la fecha de nacimiento (año, mes y día). 3. El personal de salud comprueba el nombre completo del paciente y fecha de nacimiento. 4. En caso de que el paciente no esté consciente o en pacientes con cualquier tipo de discapacidad que impida la comunicación, los datos se validan con su familiar, antes de realizar cualquier procedimiento al paciente.	1	Verificar: 1. Se cuenta con elementos para la identificación (tarjeta de cabecera o pie de cama o brazalete o pulsera). 2. Verificar la identificación del paciente en soluciones intravenosas y dispositivos. 3. Verificar en los registros del área (nota de primera vez y notas de atención subsecuente, consentimientos informados, hojas diarias) cuenta con los dos identificadores.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
21	Acuerdo CSG 60/06.03.17 por el que el Consejo de Salubridad General, declara la obligatoriedad de la implementación de las "Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente", en todos los establecimientos de atención médica del Sistema Nacional de Salud.	Acciones Esenciales de Seguridad para el Paciente	Verificar que el área cuente con un procedimiento documentado para la comunicación efectiva Acción Esencial 2 (A, B, C, D, F, G) definido y aplicado al Establecimiento.	1	Verificar que: 1. Se conoce y sigue el procedimiento establecido de Escuchar-Escribir- Leer-Confirmar-Transcribir, al emitir/recibir órdenes verbales y/o telefónicas. 2. Se conoce y aplica la Técnica SAER durante la transferencia, referencia, contrarreferencia y egreso.	1	Verificar: registros de supervisión de seguimiento, llenado de la bitácora específica de registro de órdenes verbales y/o telefónicas, llenado en expediente clínico.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
22			Verificar que el establecimiento cuente con un procedimiento documentado para la seguridad en el proceso de medicación Acción Esencial 3 (A, B, C, D, E, F, G, H, I) definido y aplicado al Establecimiento.	1	Verificar que se conozca y aplique el procedimiento que incluye: a. Marcado del sitio quirúrgico. b. Que personal cuente con la capacitación para su aplicación.	1	Verificar: 1. La existencia de alertas visuales en medicamentos con aspecto o nombre parecido. 2. Que se cuente con la lista de medicamentos con aspecto y nombre parecido.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN												CAUSAS-2N-2018			
JCSSA001401														HOSPITAL REGIONAL CUCULA	
TOCLOGÍA HG Y HMI															
Normatividad aplicable		Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD			
			Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental						
			El evaluador deberá:				El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			Criterios y Subcriterios		
23			Verificar que el área cuente con un procedimiento documentado para la seguridad en los procedimientos: Acción Esencial 4B definido y aplicado al establecimiento	1	Verificar que se conozca y aplique el procedimiento que incluye: a. Marcado del sitio quirúrgico. b. Que personal cuente con la capacitación para su aplicación.	1	Verificar: 1. Registros de supervisión de seguimiento. 2. Constancias de capacitación o listas de asistencia.	1	4.- Planeación de procesos	4.1 Planeación estratégica 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.- Mejora de procesos 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.					
				23		23		23							
CALIFICACIÓN TOCLOGÍA HG y HM		100.00%													



CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

JCSA001401		HOSPITAL REGIONAL COCULA											
TOCOQUIRÚRGICA HG-HMI													
Normatividad aplicable		Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
			Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental			Evidencia Documental	
			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:	
1	NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 4.12, 5.1.10, 6.6.2.2.9. NOM-045-SSA2-2005, en su numeral 10.6.7.2. NOM-001-SEDE-2012, Título 5, Especificaciones, Capítulo 5 Ambientes Especiales Artículo 517, ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/09/17. AESP 6C.	Condiciones generales	Verificar: 1. Existencia de señalización. 2. Que cuente con señalamiento de emergencia para protección civil. 3. Que el punto de reunión esté delimitado e identificado.	1	Verificar: 1. Que la iluminación y ventilación sean adecuadas. 2. Que la infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas se encuentre en buen estado.	1	Verificar : 1. Bitácora de control de aseo y limpieza del área firmada por el jefe de turno o supervisor. 2. Bitácora del mantenimiento preventivo-correctivo de la estructura e instalaciones. 3. Manual de procedimientos para determinar las características, la frecuencia del aseo y limpieza del área.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.				
2	NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, en su numeral 3.9, 4 y 6, NOM-016-SSA3-2012 en su numeral 5.1.2.4, Guía para el manejo de los residuos peligrosos biológico infecciosos en unidades de salud. Primera impresión: 2003.		Verificar existencia de contenedores para el manejo del R.P.B.I.	1	Verificar: 1. Que se identifiquen y clasifiquen el R.P.B.I. 2. Que los R.P.B.I. se envasen en los contenedores específicos para cada tipo de residuo (rojo o amarillo), inmediatamente después de su generación en el mismo lugar en que se originan. 3. Que los R.P.B.I. No sean mezclados con otro tipo de residuos. 4. Que los recipientes o bolsas estén marcados con el símbolo universal de riesgos biológico y la leyenda "Residuos Peligrosos Biológico-Infecciosos", que no deben llenarse más de un 80% de su capacidad y que estén bien cerrados. 5. Que exista ruta preestablecida para trasladar el R.P.B.I. Desde las áreas generadoras hasta el área de almacenamiento. 6. Que el periodo de almacenamiento temporal este de acuerdo al tipo de establecimiento generador de R.P.B.I. 7. El tratamiento o destino final del R.P.B.I.	1	Verificar bitácora de registro de la recolección del R.P.B.I. Con los datos específicos como fecha, peso, tipo de residuo, firma del responsable del área y firma del responsable de la recolección.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.				
3	NOM-016-SSA3-2012, en su numeral NOM-001-SEDE-2012, artículo 517, en su numeral 517-2, 517-30, 517-31, 517-33, 517-42, 517-44.	Requisitos generales	Verificar: 1. Que el circuito eléctrico esté conectado a la planta de emergencia. 2. Que los contactos conectados a la planta de emergencia estén plenamente identificados con un color distintivo o una marca que los haga fácilmente identificables.	1	Verificar: 1. En el área su funcionamiento a través del equipo conectado a los contactos grado hospital. 2. Que el restablecimiento de la energía sea en un lapso de 10 segundos o menor.	1	Verificar bitácoras de prueba para el restablecimiento de la energía eléctrica.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.				
4	NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 6.6.2.2. NOM-045-SSA2-2005, en su numeral 3.1.13.1		Verificar: 1. Existencia de un área de circulación restringida y delimitada (acceso controlado). 2. Que cuente con acceso controlado para el paciente y para el personal.	1	Verificar: 1. Que el área este señalizada con rotulo de acceso restringido. 2. Que el ingreso sea a través de puertas y/o barreras físicas que impidan el libre paso de los pacientes y personal 3. Que se mantengan las condiciones de asepsia y ambiente estéril.	1	Verificar bitácora del procedimiento de desinfección de alto nivel del área.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.				
5	NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 4.4, 6.6.2.2.1, 6.6.2.2.2		Verificar: 1. Existencia de un área de transferencia para pacientes y personal. 2. Que se cuente con una barrera física, mecanismo o sistema de separación.	1	Verificar: 1. Que el personal ingrese a la unidad quirúrgica a través del área de vestidores y sanitarios. 2. Que se tenga continuidad de circulación hacia el pasillo de circulación blanca. 3. Que el egreso del personal del área de la salud sea a través del área gris hacia el área negra. 4. El ingreso y egreso de pacientes se lleve a cabo a través de un área de transferencia de camillas.	1	Verificar registro de capacitación al personal de salud en los flujos de ingreso y egreso.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.				
6	NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 6.6.2.2	Vestidores	Verificar existencia de vestidores para el personal del área de la salud masculino y femenino.	1	Verificar: 1. Señalización y existencia por género. 2. Que las instalaciones hidrosanitarias estén en buenas condiciones generales y funcionales. 3. Que la iluminación sea adecuada.	1	Verificar bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo de la estructura.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.				
7	NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 6.6.2.2, 6.6.2.2.3 y en su apéndice M. NOM-045-SSA2-2005, en su numeral 3.1.13.1	Pasillo de circulación blanca	Verificar: 1. Existencia de Lavabo para lavado y asepsia prequirúrgica de las manos en el pasillo de circulación blanca. 2. Que cuente con una ventanilla de comunicación de CMyE hacia el pasillo de la circulación blanca. 3. Que cuente con bote para basura tipo municipal (bolsa de cualquier color, excepto rojo o amarillo), cepillera para uso quirúrgico, jabonera de pedal o su equivalente tecnológico.	1	Verificar: 1. Que las instalaciones no tengan fugas hidrosanitarias. 2. Que el mobiliario se encuentre en buenas condiciones.	1	Verificar : Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo de la estructura. 2. Bitácora de abasto de insumos para el lavado y asepsia prequirúrgica. 3. Bitácora del procedimiento de desinfección de alto nivel del área.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.				

acreditación de establecimientos y servicios de atención médica										
CAUSES-ZN-2018										
CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN										
JCSBA001401 HOSPITAL REGIONAL COCUILA										
TOCOQUIRURGICA HG-IMI										
Normatividad aplicable	Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		
		Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental		
		El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:		
								MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD		
								Criterios y Subcriterios		
8		Verificar: 1. Existencia de sala de operaciones. 2. Que las salas de operaciones tenga curvas sanitarias, las paredes estén recubiertas de material de fácil limpieza y que no tenga ranuras, orificios o poros. 3. Que la ventilación sea artificial con instalación que permita el aire inyectado por la parte superior y extraído en la parte inferior (ductos de extracción de aire), que el sistema no recircule el aire para evitar la concentración de gases anestésicos y medicinales. 4. Que existan 2 puertas, las cuales deberán ser de doble abatimiento y requieren tener millillas. 5. Piso resistente al agua, no conductor de corriente 6. Que cuente con instalaciones fijas de oxígeno y aire.	1	1	Verificar: 1. Que el área se encuentre en buenas condiciones generales. 2. Que el equipo de ventilación funcione adecuadamente 3. Que se realicen procesos de eliminación dirigidos a la destrucción de microorganismos en cualquier objeto inanimado utilizado en el hospital. 4. La filtración de aire deberá ser de alta eficiencia. 5. Que existan instalaciones fijas de oxígeno, y aire, codificados por colores: verde (oxígeno), y amarillo (aire) 6. Que se respeten los flujos del pasillo de circulación blanca hacia el área gris a través de las dos puertas requeridas: una para el acceso de personal de salud y la otra puerta para el egreso del personal y paciente.	1	1	Verificar: 1. Registros del control y mantenimiento de la ventilación (preferentemente deberá tener capacidad para llevar a cabo de 20 a 25 cambios de volumen de aire filtrado por hora). 2. Bitácora del procedimiento de desinfección de alto nivel del área.	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
		Verificar existencia por sala de operaciones del siguiente mobiliario: asiento, asiento giratorio con respaldo, banqueta de altura, bote para basura tipo municipal (bolsa de cualquier color, excepto rojo o amarillo), bote para RFB (bolsa roja), brazo giratorio (en su caso), cubeta de acero inoxidable, mesa carro anestesiólogo (en su caso), mesa Mayo con charola, mesa quirúrgica, mesa riñón, mesa transportadora de material, porta cubeta doblable, porta lebrillo doble, riel portavenoclisis.	1	1	Verificar: 1. Que el mobiliario se encuentre en buenas condiciones de pintura, sin zonas de oxidación o deterioro. 2. Que el mobiliario funcione.	1	1	Verificar: 1. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo del mobiliario. 2. Inventario del mobiliario.	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
		Verificar: 1. Que cuente con el siguiente equipo médico por sala de operaciones: aspirador de succión regulable, lámpara para emergencias portátil, lámpara doble para cirugía, neotoscopio, reloj para sala de operaciones con segundero, unidad electroquirúrgica. 2. Que cuente con instalaciones fijas de gases medicinales. 3. Que existan ductos de extracción de aire. 4. Que se cuente con dispositivos para succión de líquidos y secreciones.	1	1	Verificar: 1. Que el equipo se encuentre en buenas condiciones. 2. Que el equipo funcione.	1	1	Verificar: 1. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo del equipo. 2. Inventario del equipo. 3. Bitácora del procedimiento de desinfección de alto nivel del área.	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
9	Area blanca (Criterio mayor)	Verificar existencia por sala de operaciones de: Unidad básica de anestesia (de acuerdo al tipo de procedimientos puede ser una unidad intermedia de anestesia o una unidad avanzada de anestesia, que cuente como mínimo con: un vaporizador, gabinete con ruedas, dos con frenos; un cajón; mesa de trabajo con iluminación; en su caso, repisa para monitores; yugos para cilindros de O2 y N2O; medidores o mandosteros de presión del suministro de gases con alarma audible de baja presión; contactos eléctricos; batería de respaldo de acuerdo al equipo instalado; flujómetros independientes para cada tipo de gases suministrados; flush y sistema de guarda hipóxica o FIO2, con alarma audible y visible; ventilador transportador adecuado a las necesidades del paciente; circuito de reinalación con sistema canister; monitor de signos vitales con despliegue de al menos cuatro trazas, uno específico para presión arterial invasiva.	1	1	Verificar: 1. Que se realicen procesos de eliminación dirigidos a la destrucción de microorganismos en cualquier objeto inanimado utilizado en el hospital.	1	1	Verificar: 1. Inventario de equipo e instrumental. 2. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos de anestesia (funcionamiento de las alarmas y mantenciones activas) y del resto de equipos médicos. 3. Registro diario de la revisión y comprobación (previo al inicio del procedimiento anestésico) del buen funcionamiento de la máquina de anestesia, así como, la disponibilidad de los fármacos necesarios. 4. Calibración periódica de los vaporizadores. 5. Registro del procedimiento de lavado y esterilización de los circuitos para ventilación de los equipos de anestesia que no sean desechables. 6. Registro del procedimiento de esterilización y desinfección de los equipos de apoyo respiratorio no invasivo (registrarse la fecha y hora de cambio). 7. Registro del procedimiento de lavado, esterilización o desinfección de los circuitos para ventilación, las bolsas de reanimación respiratoria que no sean desechables antes de volver a ser usados en otro paciente. 8. Sistema de abasto de medicamentos, libro de registro de medicamentos controlados y recetas médicas autorizadas. 9. Registro del procedimiento de lavado y esterilización o desinfección de los sensores de oxígeno antes de volver a ser usados en otro paciente. 10. Bitácora del procedimiento de desinfección de alto nivel del área.	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
		Verificar existencia por sala de operaciones de: Acuerdo al tipo de paciente de: ADULTOS: 1. Bolsa de reinalación 3.0 litros, 5.0 litros, circuito de reinalación tipo Bain largo, C, hojas de laringoscopia (juego) 3-4 rectas, hojas de laringoscopia (juego) 3-4 curvas, mango de laringoscopia. Mascarillas de anestesia transparentes (juego con números del 3.0 al 6.0), Juego de elementos supraglóticos o su equivalente tecnológico, para pacientes adultos, Hoja articulada curva, Resucitador manual adulto, Dispositivo que asegure la estabilidad térmica del paciente en los casos que se requiera, Tubos endotraqueales con balón, transparentes y esteriles (juego con números del 2.5 al 8.0 mm D.I.), Guía flexible (conductor) para sondas endotraqueales adulto, Cánulas orofaríngeas (juego con números del 5 al 9), Estetoscopio esofágico adulto, Pinza de Magill adulto, Equipo para bloqueo peridural y subaracnoideo, estéril, no reutilizable, Juego de agujas para espacio subaracnoideo 22 al 27, esteriles y desechables. PEDIÁTRICA: 1. Bolsa de reinalación 0.5 l, 1.0 l, 1.5 l, circuito de reinalación tipo Bain corto, hojas de laringoscopia (juego) 00 - 2 rectas, hojas de laringoscopia (juego) 0 - 2 curvas, mango de laringoscopia, Mascarillas de anestesia transparentes (juego), No. 00.0, No. 0.0, No. 1.0, No. 2.0, Juego de elementos supraglóticos o su equivalente tecnológico, para pacientes pediátricos, Resucitador manual pediátrico, Dispositivo que asegure la estabilidad térmica del paciente, Tubos endotraqueales sin balón, transparentes y esteriles (juego con números del 2.5 al 6.0 mm D.I.), Tubos endotraqueales con balón, transparentes y esteriles (juego con números del 4.0 al 9.5 mm D.I.), Guía flexible (conductor) para sondas endotraqueales pediátricas, Cánulas orofaríngeas (juego con números del 00 al 5), Estetoscopio esofágico pediátrico, Pinza de Magill pediátrico.	1	1	Verificar: 1. Que el equipo, material e instrumental de anestesiología se encuentren en buenas condiciones y esté funcional. 2. Que los medicamentos con fecha de caducidad vigente.	1	1	Verificar: 1. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo de las tomas de pared. 2. Bitácora de mantenimiento preventivo correctivo del equipo mobiliario. 3. Documento en el cual se establezcan procedimientos, medidas de distribución y entradas que equiparar al riesgo de contaminación del área gris. 4. Bitácora de mantenimiento preventivo correctivo de la ventilación artificial. 5. Registro del procedimiento de lavado y esterilización o desinfección de los sensores de oxígeno antes de volver a ser usados en otro paciente. 6. Registro del procedimiento de limpieza y desinfección de las camas (cada vez que se desocupe). 7. Bitácora del procedimiento de desinfección de alto nivel del área. 8. Sistema de abasto de material y medicamentos. 9. Expediente clínico que contenga la nota post-anestésica y la nota de alta del área de recuperación considerando la calificación de ALERTE.	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
		Verificar: 1. Existencia de área de recuperación post-anestésica. 2. Que cuente con mesa con tarja para hacer el lavado de los materiales e instrumental reutilizables. 3. Que se disponga de un área específica para el estacionamiento de camillas. 4. Que cuente con ventilación artificial. 5. Que cuente con equipo para aspiración controlada, así como tomas de oxígeno y de aire comprimido. 6. Que se cuente en recuperación post anestésica con: bote para basura tipo municipal (bolsa de cualquier color, excepto rojo o amarillo), bote para RFB (bolsa roja), carro camilla para recuperación, elemento divisorio de material antibacteriano, riel portavenoclisis, monitor de signos vitales: ECG, presión arterial por método no invasivo, temperatura y oxímetro. 7. Que se cuente con locales para guarda de ropa y equipos. 8. Que tenga como mínimo una cama-camilla por sala de operaciones. 9. Que cuenten con el material y los medicamentos requeridos en el área.	1	1	Verificar: 1. Que el espacio físico para la guarda de equipo y ropa sea adecuado y este en buenas condiciones. 2. Que se permita un espacio físico para el trabajo del personal de enfermería y anestesiología. 3. Que el estacionamiento de las camillas, se ubique de manera contigua a la zona de transferencia. 4. Que el equipo y mobiliario se encuentren en buenas condiciones y esté funcional. 5. Que los medicamentos y el material se encuentren en buenas condiciones y con fecha de caducidad vigente.	1	1	Verificar: 1. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo de las tomas de pared. 2. Bitácora de mantenimiento preventivo correctivo del equipo mobiliario. 3. Documento en el cual se establezcan procedimientos, medidas de distribución y entradas que equiparar al riesgo de contaminación del área gris. 4. Bitácora de mantenimiento preventivo correctivo de la ventilación artificial. 5. Registro del procedimiento de lavado y esterilización o desinfección de los sensores de oxígeno antes de volver a ser usados en otro paciente. 6. Registro del procedimiento de limpieza y desinfección de las camas (cada vez que se desocupe). 7. Bitácora del procedimiento de desinfección de alto nivel del área. 8. Sistema de abasto de material y medicamentos. 9. Expediente clínico que contenga la nota post-anestésica y la nota de alta del área de recuperación considerando la calificación de ALERTE.	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
10		Verificar: 1. Que exista la central de enfermeras con espacio para trabajo de enfermeras y preparación de medicamentos, con mesa de trabajo con tarja de acero inoxidable ubicada de tal forma que permita el libre y rápido acceso a las áreas en donde se encuentren insumos los pacientes. 3. Que se disponga de un espacio físico o mobiliario para ropería, guarda de medicamentos, soluciones y material de curación. 3. Que cuenten con el material y los medicamentos requeridos en el área.	1	1	Verificar: 1. Que las áreas, dimensiones y circulaciones permitan el desarrollo de las funciones y actividades propias del personal de enfermería. 2. Que el espacio físico o mobiliario para guarda de medicamentos, soluciones y material de curación este en buenas condiciones y esté ordenado. 3. Que los medicamentos y el material se encuentren en buenas condiciones y con fecha de caducidad vigente.	1	1	Verificar: 1. Bitácora de control de aseo y limpieza del área firmada por el jefe de turno o supervisor. 2. Sistema de abasto de material y medicamentos.	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

JCBSA001401		HOSPITAL REGIONAL COCUILA		TOCOQUIRURGICA HG-HMI					
Normatividad aplicable	Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Criterios a evaluar PROCESO		Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD
		Evidencia Observacional		Evidencia Observacional		Evidencia Documental			
		El evaluador deberá:		El evaluador deberá:		El evaluador deberá:			
15	Area Gris	Verificar: 1. Que exista en la central de enfermeras el siguiente mobiliario: asiento, bote para basura tipo municipal (bolsa cualquier color, excepto rojo o amarillo), bote para RFB (bolsa roja), carro de curación, lavabo con cartel de la técnica de higiene de manos, mesa Mayo con charola, mesa Pasteur, mostrador escritorio, mueble para guarda de equipo e insumos, sistema porta expedientes. 2. Que exista en la central de enfermeras el siguiente equipo: caja de Doanay, caja para desinfección de instrumentos, equipo de curaciones, esfigmomanómetro aneroides (o su equivalente tecnológico), en su caso con brazalete pediátrico, estetoscopio, en su caso con capilla tamaño pediátrico, estuche de diagnóstico con oftalmoscopio, lebrillos, lámpara de haz dirigible, pinza de traslado, portovenocisis rodable, termómetro, torndero. 3. Que se cuente con pilas y focos de repuesto para el estuche de diagnóstico. 4. Que se tengan baterías de repuesto para los termómetros digitales. 5. Que el transfer de camillas cuente con: carro camilla tipo transfer. 6. Que el prelavado de instrumental cuente con: bote para RFB; Bolsas para: mesa alta con doble frangiero central.	1	Verificar: 1. Que el mobiliario y equipo se encuentren en buenas condiciones. 2. Que el mobiliario y equipo funcionen. 3. Evaluar la técnica de higiene de manos. 4. Que existan los insumos para la higiene de manos: jabón (líquido o gel), toallas desechables. 5. Que el instrumental de curaciones esté en buenas condiciones. 6. Que el empaque del instrumental este rotulado con la fecha de esterilización.	1	Verificar: 1. Inventario del mobiliario y equipo. 2. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo del mobiliario y equipo. 3. Registro de la calibración del esfigmomanómetro. 4. Resguardo del instrumental. 5. Bitácora de uso de los desinfectantes. 6. Registro y control del sistema de abasto de los insumos para la higiene de manos.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
16	NOM-006-SSA3-2011, en su apéndice C	Verificar que se cuenta con equipamiento mínimo indispensable para el traslado intrahospitalario de pacientes en estado crítico: Mascarailla válvula balón para presión positiva, fuente portátil de oxígeno, monitor de traslado, sistema de oxigenación o ventilación, camilla con barandales de traslado de paciente.	1	Verificar que el equipo este en buenas condiciones y funcional.	1	Verificar: 1. Inventario del mobiliario y equipo. 2. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo del mobiliario y equipo.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
17	NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 4.12 y 6.6.2.2.9	Verificar existencia de cuarto séptico.	1	Verificar: 1. Que se utilice el cuarto séptico para el almacenamiento, limpieza y sanitización de los recipientes utilizados para recolectar las excretas de pacientes, así como para el acopio de ropa de cama y pacientes (que cuente con el equipamiento: Lava cómodos, tarja, mesa de trabajo, cómodos, orinales, repisas de acero inoxidable para el almacenamiento de utensilios varios.) 2. Que su ubicación sea accesible pero fuera del área de recuperación post-anestésica.	1	Verificar bitácora de control de aseo y limpieza del Área firmada por el jefe de turno o supervisor.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
Atención Médica									
18	NOM-007-SSA2-2016, en su numeral 5.7. NOM-045-SSA2-2005 en su numeral 10.6.7.7, NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 4.27, 6.6.4.1 y en su apéndice K	Verificar: 1. Que exista un área exclusiva para la atención de la persona recién nacida. 2. Que se cuente con: sistema de aspiración, conexión de sondas, instalación de conexiones de oxígeno humidificador de burbuja y flujómetro integrado, mesa de reanimación o cuna térmica o mesa de apoyo para atención del recién nacido, báscula pesabebés, kits desechables para el planchado del cordón umbilical, compresa o toalla estéril, campo seco estéril, brazaletes de identificación, vitamina K ampul, cloranfenicol solución oftálmica, equipo para reanimación neonatal y fuente de calor alejada de ductos de aire acondicionado.	1	Verificar: 1. Que el área este limpia y mantenga la asepsia correspondiente. 2. Que la iluminación y ventilación sean adecuadas. 3. Que la infraestructura e instalaciones se encuentren en buen estado. 4. Que el equipo y mobiliario se encuentren en buenas condiciones y esté funcional. 5. Que cuente con algoritmo de procedimientos para reanimación neonatal.	1	Verificar: 1. Bitácora de limpieza firmada por turno y por supervisor o jefe del servicio. 2. Bitácora del mantenimiento preventivo y correctivo de la estructura e instalaciones. 3. Bitácora del mantenimiento preventivo y correctivo del equipo y mobiliario. 4. Inventario del equipo y mobiliario. 5. Registro del procedimiento del aseo y limpieza de la mesa de reanimación o cuna térmica cada vez que la ocupe un nuevo paciente. 6. Registro del sistema de abasto de los insumos. 7. Manual de procedimientos para la atención del recién nacido: reanimación neonatal, manejo del cordón umbilical, valoración de Appar, valoración de Silverman Anderson, prevención de cuadros hemorrágicos, prevención de oftalmopatía purulenta con antibiótico local, exámenes físico y antropométrico completos, valoración de la edad gestacional o madurez física y neuromuscular, vacunación de la persona recién nacida, alojamiento conjunto, alimentación exclusiva al seno materno y/o leche humana, valoración de la edad gestacional y la maduración neurológica por el método de Capurro o el de Ballard modificado.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
19	GPC-SSA-226-09-Ey R. NOM-045-SSA2-2005 en su numeral 10.6.4	Verificar: 1. Equipo para la reanimación neonatal: equipo de aspiración (pera de goma, sondas de aspiración 5 o 6 F, 8 F y 10 o 12 F, sonda nasogástrica 8 F., jeringa 20 ml., dispositivo para aspiración de meconio), equipo de bolsa y máscara (bolsa neonatal con válvula de liberación o manómetro que suministre O2 90-100%, máscara tamaño para recién nacido y prematuro, oxígeno con medidor de flujo, humidificador de burbuja y tabuladoras), equipo de intubación (laringoscopio hoja recta No 0 y No 1, focos y batería de repuesto, tubos endotraqueales 2.5, 3, 3.5 y 4 mm., estilete (opcional), tijeras, cinta adhesiva), medicación (adrenalina ampul, solución fisiológica o Ringer lactato 100-250 ml., bicarbonato de sodio al 4.2%, dextrosa al 10% 50ml), esterilización umbilical (guantes estériles, bisturi o tijeras, solución de Iodopovidona, cinta para cordón umbilical, sondas umbilicales 3.5 F., 5 F., llave de tres vías, jeringas de 1, 3, 5, 10, 20 y 50 ml., agujas calibre 18, 21, 25 o dispositivos de punción para sistema sin aguja), varios (reloj, estetoscopio, cinta adhesiva, cánulas ocluyentes, monitor cardíaco y/o oxímetro de pulso (opcional)).	1	Verificar: 1. Que el material este estéril. 2. Que sea suficiente. 3. Que se encuentre en buen estado de conservación. 4. Que la caducidad de los insumos sea vigente. 5. Que estén identificados los medicamentos de alto riesgo y electrolitos.	1	Verificar: 1. Registro del procedimiento de lavado, esterilización o desinfección de las bolsas de reanimación respiratoria que no sean desechables antes de volver a ser usados en otro paciente. 2. Registro del sistema de abasto de los insumos. 3. Protocolo de manejo de los medicamentos de alto riesgo y electrolíticos.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
20	NOM-007-SSA2-2016, en su numeral 5.5.20.3, 5.5.20.4, 5.7.4	Verificar existencia de casos.	1	Verificar: 1. Que en la nota se integren los datos correspondientes a las condiciones de la persona recién nacido al nacimiento: fecha y hora de nacimiento, valoración Silverman Anderson, Appar, sexo, edad gestacional, examen antropométrico completo, estado de salud, pronóstico, aplicación de medicamentos o vacunas, anomalías congénitas, enfermedades, o lesiones. 2. Que se registre en la nota la exploración física.	1	Verificar expediente clínico.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.



CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

acreditación de establecimientos y servicios de atención médica

CAUSES-ZN-2018

JCSBA001401		HOSPITAL REGIONAL COCULA		TOCOQUIRURGICA HG-HMI					
Normatividad aplicable	Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA	Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO	Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL	Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional		Evidencia Observacional		Evidencia Documental		4.- Planeación	7.- Mejora de procesos
		El evaluador deberá:		El evaluador deberá:		El evaluador deberá:			
NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. GPC-188STE-660-13-Eyr Diagnóstico y tratamiento de la condilomatosis anal en pacientes pediátricos y adultos en los tres niveles de atención. GPC-188STE-658-13-Eyr Tratamiento del condiloma acuminado en mujeres en edad reproductiva en los tres niveles de atención. CIE-10 A63.0 Verrugas (venéreas) anogenitales. CIE-9-MC 27.49 Otra excisión de boca. CIE-9-MC 49.39 Otra extirpación local o eliminación (destrucción) de lesión o de tejido del ano. CIE-9-MC 64.2X Excisión local o destrucción de lesión de pene. CIE-9-MC 67.33 Destrucción de lesión del cuello uterino por criocirugía. CIE-9-MC 67.39 Otra excisión o destrucción de lesión o tejido del cuello uterino. CIE-9-MC 70.31 Excisión o destrucción de lesión de vagina. CIE-9-MC 71.9X Otras operaciones sobre los órganos genitales femeninos. Intervención 239. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnosticar y Tratamiento Quirúrgico de los Condilomas	Verificar: 1. Existencia de casos en el registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio. 2. El registro de la programación quirúrgica.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas quirúrgicas (nota preoperatoria, lista de verificación de la cirugía, nota preanestésica, vigilancia y registro anestésico, nota postoperatoria, carta de consentimiento informado). 3. Apoyo a las GPC-188STE-660-13-Eyr Diagnóstico y tratamiento de la condilomatosis anal en pacientes pediátricos y adultos en los tres niveles de atención. GPC-188STE-658-13-Eyr Tratamiento del condiloma acuminado en mujeres en edad reproductiva en los tres niveles de atención y normatividad correspondiente, protocolos de atención médica propios y árbol de toma de decisiones. 4. Que en la hoja de la lista de verificación de la cirugía este colocado el resultado del control de calidad del instrumental.	1	Verificar: 1. Registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y en el registro de la programación quirúrgica. 2. Contar con la GPC-188STE-660-13-Eyr Diagnóstico y tratamiento de la condilomatosis anal en pacientes pediátricos y adultos en los tres niveles de atención. GPC-188STE-658-13-Eyr Tratamiento del condiloma acuminado en mujeres en edad reproductiva en los tres niveles de atención. 3. Reporte en el SINRA-SIS.	1	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.	
NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. GPC-SSA-293-10-Eyr Diagnóstico y tratamiento del síndrome de ovarios poliquísticos. Síndrome de ovario poliquístico CIE-10 E28.2. Quiste folicular del ovario CIE-10 N83.0. Quiste del cuerpo amarillo CIE-10 N83.1. Otros quistes ováricos y los no especificados CIE-10 N83.2. Ooforectomía CIE-9-MC 65. Excisión local o destrucción de lesión o tejido de ovario CIE-9-MC 65.2. Ooforectomía unilateral CIE-9-MC 65.3. Ooforectomía bilateral CIE-9-MC 65.5. Intervención 240. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnosticar y Tratamiento de Quistes de Ovario	Verificar: 1. Existencia de casos en el registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio. 2. El registro de la programación quirúrgica.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas quirúrgicas (nota preoperatoria, lista de verificación de la cirugía, nota preanestésica, vigilancia y registro anestésico, nota postoperatoria, carta de consentimiento informado). 3. Apoyo a la GPC-SSA-293-10-Eyr Diagnóstico y tratamiento del síndrome de ovarios poliquísticos. Y normatividad correspondiente, protocolos de atención médica propios y árbol de toma de decisiones. 4. Que en la hoja de la lista de verificación de la cirugía este colocado el resultado del control de calidad del instrumental.	1	Verificar: 1. Registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y en el registro de la programación quirúrgica. 2. Contar con la GPC-SSA-293-10-Eyr Diagnóstico y tratamiento del síndrome de ovarios poliquísticos. 3. Reporte en el SINRA-SIS.	1	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.	
NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. Torsión de ovario, pedículo de ovario y trompa de Falopio CIE-10 N83.5. Ooforectomía laparoscópica CIE-9-MC 65.01. Otra ooforectomía CIE-9-MC 65.09. Ooforectomía unilateral laparoscópica CIE-9-MC 65.31. Otra ooforectomía unilateral CIE-9-MC 65.39. Salpingooforectomía unilateral CIE-9-MC 65.4. Ooforectomía Bilateral CIE-9-MC 65.5. Salpingooforectomía Bilateral CIE-9-MC 65.6. Liberación de torsión de ovario CIE-9-MC 65.95. Salpingomía y salpingomía CIE-9-MC 66. Intervención 241. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnosticar y Tratamiento de Torsión de anejos	Verificar: 1. Existencia de casos en el registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio. 2. El registro de la programación quirúrgica.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas quirúrgicas (nota preoperatoria, lista de verificación de la cirugía, nota preanestésica, vigilancia y registro anestésico, nota postoperatoria, carta de consentimiento informado). 3. Apoyo a la GPC-SSA-347-09-Eyr Consulta y asesoría médica de la occlusión tubárica bilateral. GPC-SS-756-15-Eyr Intervenciones de enfermería para la promoción de la planificación familiar en hombres y mujeres en edad fértil de 12 a 49 años en los tres niveles de atención y normatividad correspondiente, protocolos de atención médica propios y árbol de toma de decisiones. 4. Que en la hoja de la lista de verificación de la cirugía este colocado el resultado del control de calidad del instrumental.	1	Verificar: 1. Registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y en el registro de la programación quirúrgica. 2. Reporte en el SINRA-SIS.	1	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.	
NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. NOM-005-SSA2-1993 De los servicios de planificación familiar. GPC-SSA-147-09-Eyr Consulta y asesoría médica de la occlusión tubárica bilateral. GPC-SS-756-15-Eyr Intervenciones de enfermería para la promoción de la planificación familiar en hombres y mujeres en edad fértil de 12 a 49 años en los tres niveles de atención. Esterilización CIE-10 E30.2. Otra destrucción u occlusión bilateral de las trompas de Falopio CIE-9-MC 65.3. Intervención 242. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Metodo definitivo de Planificación Familiar en la Mujer (Occlusión Tubaria Bilateral)	Verificar: 1. Existencia de casos en el registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio. 2. El registro de la programación quirúrgica.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas quirúrgicas (nota preoperatoria, lista de verificación de la cirugía, nota preanestésica, vigilancia y registro anestésico, nota postoperatoria, carta de consentimiento informado). 3. Apoyo a las GPC-SSA-347-09-Eyr Consulta y asesoría médica de la occlusión tubárica bilateral. GPC-SS-756-15-Eyr Intervenciones de enfermería para la promoción de la planificación familiar en hombres y mujeres en edad fértil de 12 a 49 años en los tres niveles de atención y normatividad correspondiente, protocolos de atención médica propios y árbol de toma de decisiones. 4. Que en la hoja de la lista de verificación de la cirugía este colocado el resultado del control de calidad del instrumental.	1	Verificar: 1. Registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y en el registro de la programación quirúrgica. 2. Contar con la NOM-005-SSA2-1993 De los servicios de Planificación Familiar. 3. Contar con la GPC-SSA-147-09-Eyr Consulta y asesoría médica de la occlusión tubárica bilateral. GPC-SS-756-15-Eyr Intervenciones de enfermería para la promoción de la planificación familiar en hombres y mujeres en edad fértil de 12 a 49 años en los tres niveles de atención. Reporte en el SINRA-SIS.	1	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.	
NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. GPC-SS-228-09-Eyr Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad trofoblástica gestacional. Mola hidatiforme CIE-10 O01. Dilatación y legrado del útero CIE-9-MC 69. Otro legrado por aspiración del útero CIE-9-MC 69.59. Intervención 243 Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnosticar y Tratamiento Quirúrgico de Enfermedad Trofoblástica	Verificar: 1. Existencia de casos en el registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio. 2. El registro de la programación quirúrgica.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas quirúrgicas (nota preoperatoria, lista de verificación de la cirugía, nota preanestésica, vigilancia y registro anestésico, nota postoperatoria, carta de consentimiento informado). 3. Apoyo a la GPC-SS-228-09-Eyr Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad trofoblástica gestacional y normatividad correspondiente, protocolos de atención médica propios y árbol de toma de decisiones. 4. Que en la hoja de la lista de verificación de la cirugía este colocado el resultado del control de calidad del instrumental.	1	Verificar: 1. Registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y en el registro de la programación quirúrgica. 2. Contar con la GPC-SS-228-09-Eyr Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad trofoblástica gestacional. Reporte en SINRA-SIS.	1	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.	
NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. NOM-007-SSA2-1993 Para la vigilancia epidemiológica.GPC-188STE-681-13-Eyr Diagnóstico y tratamiento del embarazo ectópico en mujeres de edad reproductiva en segundo y tercer nivel de atención. GPC-IMSS-182-09-Eyr Diagnóstico y tratamiento de embarazo tubario. GPC-IMSS-182-09-Eyr Diagnóstico y tratamiento de embarazo tubario total CIE-9-MC 66.4X. Intervención 244. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnosticar y Tratamiento Quirúrgico del Embarazo Ectópico	Verificar: 1. Existencia de casos en el registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio. 2. El registro de la programación quirúrgica.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas quirúrgicas (nota preoperatoria, lista de verificación de la cirugía, nota preanestésica, vigilancia y registro anestésico, nota postoperatoria, carta de consentimiento informado). 3. Apoyo a las GPC-188STE-681-13-Eyr Diagnóstico y tratamiento del embarazo ectópico en mujeres de edad reproductiva en segundo y tercer nivel de atención. GPC-IMSS-182-09-Eyr Diagnóstico y tratamiento de embarazo tubario y normatividad correspondiente, protocolos de atención médica propios y árbol de toma de decisiones. 4. Que en la hoja de la lista de verificación de la cirugía este colocado el resultado del control de calidad del instrumental.	1	Verificar: 1. Registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y en el registro de la programación quirúrgica. 2. Contar con la NOM-007-SSA2-1993. 3. Contar con la GPC-188STE-681-13-Eyr Diagnóstico y tratamiento del embarazo ectópico en mujeres de edad reproductiva en segundo y tercer nivel de atención. GPC-IMSS-182-09-Eyr Diagnóstico y tratamiento de embarazo tubario. Reporte en SINRA-SIS y en el SUVE.	1	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.	
NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. NOM-007-SSA2-1993 Para la vigilancia epidemiológica.GPC-IMSS-088-08-Eyr Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo y manejo inicial del aborto recurrente Aborto retenido CIE-10 O02.1. Aborto espontáneo CIE-10 O03. Aborto médico CIE-10 O04. Otro aborto CIE-10 O05. Aborto no especificado CIE-10 O06. Dilatación y legrado después de parto o aborto CIE-9-MC 69.02. Legrado por aspiración del útero después de parto o aborto CIE-9-MC 69.52. Intervención 245. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnosticar y Tratamiento del Aborto Incompleto (No incluye Interrupción Legal del Embarazo)	Verificar: 1. Existencia de casos en el registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio. 2. El registro de la programación quirúrgica.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en las notas médicas quirúrgicas (nota preoperatoria, lista de verificación de la cirugía, nota preanestésica, vigilancia y registro anestésico, nota postoperatoria, carta de consentimiento informado). 3. Apoyo a las GPC-IMSS-088-08-Eyr Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo y manejo inicial del aborto recurrente y normatividad correspondiente, protocolos de atención médica propios y árbol de toma de decisiones. 4. Que en la hoja de la lista de verificación de la cirugía este colocado el resultado del control de calidad del instrumental.	1	Verificar: 1. Registro de intervenciones quirúrgicas en el servicio y en el registro de la programación quirúrgica. 2. Contar con la NOM-007-SSA2-1993 Para la vigilancia epidemiológica. 3. Contar con la GPC-IMSS-088-08-Eyr Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo y manejo inicial del aborto recurrente. Reporte en el SINRA-SIS y SUVE.	1	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.	

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN		CAUSES-2N-2016
JCS8A001401	HOSPITAL REGIONAL COCULA	

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN									
JC88A001401 HOSPITAL REGIONAL COCULA									
TOCOQUIRÚRGICA HG-HMI									
Normatividad aplicable	Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL	
		Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental	
		El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:	
MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD									
Criterios y Subcriterios									
37	Paciente	Verificar que el establecimiento cuente con un procedimiento documentado para la seguridad en el proceso de medicación Acción Esencial 3 (A, B, C, D, E, F, G, H, I) definido y aplicado al Establecimiento.	1	Verificar que: 1. Se tenga acceso al procedimiento para la seguridad en el proceso de medicación 2. El personal conozca lo relativo al procedimiento de seguridad en el proceso de medicación en las fases de: Prescripción, transcripción, dispensación, recepción y almacenamiento y administración de medicamentos 3. Que sepan la doble verificación en la preparación administración de medicamentos de alto riesgo 4. Notificación de eventos adversos relacionados con la medicación.	1	Verificar 1. La existencia de alertas visuales en medicamentos con aspecto o nombre parecido, 2. Que se cuente con la lista de medicamentos con aspecto y nombre parecido.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
38		Verificar que el área cuente con un procedimiento documentado para la seguridad en los procedimientos: Acción Esencial 4A definido y aplicado al establecimiento.	1	Verificar que se conozca y aplique el procedimiento que incluye: a. Marcado del sitio quirúrgico. b. Que personal cuente con la capacitación para su aplicación.	1	Verificar: 1. Registros de supervisión de seguimiento 2. Lista de Verificación para la Seguridad de la Cirugía. 3. Constancias de capacitación o listas de asistencia.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
39		CARRO ROJO TOCOQUIRÚRGICA : Verificar que cuenten con el CARRO ROJO para el manejo del paro cardiorrespiratorio.	1	Verificar: 1. Que existan los insumos requeridos para el ABC de la reanimación cardiorrespiratoria. (Ver desglose) 2. Que la caducidad del material y medicamentos este vigente. 3. Que los insumos sean suficientes para la atención. 4. Que el personal conozca el manejo del monitor desfibrilador y las maniobras de reanimación cardiorrespiratoria. 5. Que estén identificados los medicamentos de alto riesgo y electrolitos.	1	Verificar :1. Bitácora de control del carro para el manejo del paro cardiorrespiratorio firmada por el responsable de turno. 2. Registro histórico del abastecimiento oportuno y completo del contenido del carro para para el manejo del paro cardiorrespiratorio. 3. Registro de la prueba del trazo isoelectrónico semanalmente. 4. Bitácora de mantenimiento del monitor-desfibrilador. 5. Protocolo de manejo de los medicamentos de alto riesgo y electrolitos.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
40		CARRO ROJO RECUPERACIÓN: Verificar que cuenten con el CARRO ROJO para el manejo del paro cardiorrespiratorio.	1		1		1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
41		Equipo Médico y elementos complementarios							
42		Monitor-Desfibrilador Marcapaso con paletas para adulto y pediátricas.	2	Verificar: 1. Existencia de un Programa para la Gestión del Equipo y Tecnología Biomédica. 2. Que el equipo médico se encuentre funcionando y en buenas condiciones.	2	Verificar: 1. Identificación del inventario del equipo médico. 2. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo del equipo médico.	2	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
43		Tanque de oxígeno con regulador y manómetro	2	Verificar existencia, que se encuentre lleno y con fecha de última recarga de oxígeno y fecha de vencimiento o caducidad.	2	Verificar existencia, que se encuentre lleno y con fecha de última recarga de oxígeno y fecha de vencimiento o caducidad.	2	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
44		Tabla de reanimación (Por lo menos 50 x 60 x 1.0 cm).	2	Verificar existencia y que se encuentre en buenas condiciones.	2	Verificar existencia y que se encuentre en buenas condiciones.	2	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
45		Insumos de Carro Rojo Tocoquirúrgica y Recuperación.							
46		Primer Cajón							
47		Agua inyectable.	2		2	Verificar sistema de abasto.	2		
48		Adenosina solución inyectable 6 mg/2 ml.	2		2	Verificar sistema de abasto.	2		
49		Adrenalina (epinefrina) solución inyectable 1 mg / 1 ml.	2		2	Verificar sistema de abasto.	2		
50		Amiodarona solución inyectable 150 mg / 3 ml.	2		2	Verificar sistema de abasto.	2		
51		Atropina solución inyectable 1 mg /1 ml.	2		2	Verificar sistema de abasto.	2		
52		Bicarbonato de sodio solución inyectable al 7.5% (0.75 g).	2		2	Verificar sistema de abasto.	2		
53		Diazepam solución inyectable 10 mg / 2 ml. O Midazolam solución inyectable 5 mg / ml	2		2	Verificar sistema de abasto.	2		
54		Dobutamina solución inyectable 250 mg. *	2		2	Verificar sistema de abasto.	2		
55		Dopamina solución inyectable 200 mg / 5 ml. *	2		2	Verificar sistema de abasto.	2		
56		Emmolol solución inyectable 2.5 g / 10 ml *	2	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	2	Verificar sistema de abasto.	2	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
57		Vecuronio solución inyectable 4 mg/ml.	2		2	Verificar sistema de abasto.	2		
58		Gluconato de Calcio solución inyectable al 10%.	2		2	Verificar sistema de abasto.	2		
59		Glucosa solución inyectable al 50% (adultos y pediatría)	2		2	Verificar sistema de abasto.	2		
60		Hidrocortisona solución inyectable 100 mg.*	2		2	Verificar sistema de abasto.	2		
61		Metilprednisolona solución inyectable 40 mg. *	2		2	Verificar sistema de abasto.	2		
62		Nitroglicerina solución intravenosa 50 mg /10 ml *	2		2	Verificar sistema de abasto.	2		
63		Nitroprusiato de sodio solución inyectable 50 mg*	2		2	Verificar sistema de abasto.	2		
64		Sulfato de Magnesio solución inyectable 1g / 10 ml.	2		2	Verificar sistema de abasto.	2		
65		Lidocaína solución inyectable al 2%.	2		2	Verificar sistema de abasto.	2		

CALIFICACIÓN TOCOCIRUGÍA HG. HMI	100.00%
----------------------------------	---------

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN										CAUSAS-2M-2018		
JCSSA001401 HOSPITAL REGIONAL COCULA												
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS HG-HMI												
Normatividad aplicable	Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental			Criterios y Subcriterios	
		El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:				
1	NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 4.12, 5.1.10, 6.6.2.2.9. NOM-045-SSA2-2005, en su numeral 10.6.7.1, 10.6.7.2. NOM-025-SSA3-2013, en su numeral 5.2.12, 5.2.12.1. ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/09/17. AESP 6C	Condiciones generales	Verificar: 1. Existencia de señalización. 2. Que cuente con señalamiento de emergencia para protección civil. 3. Que el punto de reunión esté delimitado e identificado.	1	Verificar: 1. Que el área esté debidamente señalizada con rotulo de acceso restringido. 2. Que el sistema de control térmico ambiental y de ventilación, mantenga la temperatura ambiental en un rango estable entre 24 y 28°C y que la humedad se mantenga entre 30 y 60%. 3. Que se permita la circulación de aire cuando menos de seis veces y el recambio de dos volúmenes por hora. 4. Que la infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas se encuentren en buen estado.	1	Verificar: 1. Bitácora de control de aseo y limpieza del área firmada por el jefe de turno o supervisor. 2. Bitácora del mantenimiento preventivo-correctivo de la estructura e instalaciones. 3. Manual de procedimientos para determinar las características, la frecuencia del aseo y limpieza del área. 4. Registro del control térmico ambiental y humedad del aire. 5. Registro del recambio de filtros HEPA y del aire filtrado.	1	4. Planeación Social	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa 5.3 Hospital Seguro		
2	NOM-025-SSA3-2013, en su numeral 5.2.1.1		Verificar: 1. Ubicación del servicio.	1	Verificar: 1. Que la ubicación sea de fácil acceso desde las áreas de cirugía, tococirugía, urgencias y hospitalización.	1	No aplica	NA	4. Planeación Social	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa 5.3 Hospital Seguro		
3	NOM-025-SSA3-2013, en su numeral 5.2.21. NOM-002-STPS-2010, en su numeral 7.17. NOM-030-SSA3-2013, en su numeral 6.4.1.1, 6.4.6, 6.8 ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/09/17. AESP 5B		Verificar: 1. Que exista sala de espera con servicios de sanitarios. 2. Que los sanitarios para el personal y sanitarios para público y familiares 3. Lavabo con cartel de la técnica de higiene de manos. 4. Que cuente con extintores.	1	Verificar: 1. Que el mobiliario se encuentre en buen estado. 2. Que se reserve como mínimo, un asiento para personas con muletas o bastones. 3. Que los extintores estén colocados de acuerdo a la NOM-002-STPS-2010 y la fecha de la carga este vigente. 4. Que los sanitarios sean independientes para hombres y mujeres. 5. Que tengan papel sanitario y bote de campana o de pedal para basura. 6. Que se disponga de un inodoro y lavabo para uso de personas con discapacidad. 7. Que no se presente fugas de agua o drenaje. 8. Que se encuentren limpios e higiénicos. 9. Que el módulo de higiene de manos cuente con jabón (líquido o gel), toallas desechables. 10. Vigencia de recarga. 11. El conocimiento en el personal del uso de los extintores de acuerdo con la normativa e identifique las situaciones para su uso. 12. Instrucciones de seguridad aplicables en cada área y al alcance de los trabajadores 13. Que no se almacenen materiales o coloquen objetos que obstruyan e interfieran el acceso al equipo contra incendio.	1	Verificar: 1. Inventario de mobiliario. 2. Bitácora del mantenimiento preventivo y correctivo de la estructura y del mobiliario. 3. Registro y calendario de la recarga de los extintores. 4. Registro y control del sistema de abasto de los insumos para la higiene de manos. 5. Bitácora de limpieza firmada por turno y por supervisor o jefe del servicio. 6. Registro de la evaluación al personal en la técnica para la higiene de manos. 7. Instructivo. 8. Registro mensual de verificación de funcionalidad de los extintores. 9. Registro de la capacitación del uso del manejo de extintores. 10. Manual de manejo de extintores.	1	4. Planeación Social	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa 5.3 Hospital Seguro		
4	NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 4.12. NOM-025-SSA3-2013, en su numeral 5.2.20		Verificar: 1. Existencia de cuarto séptico. 2. Que cuente con tarja, mesa de trabajo y repisas de acero inoxidable para el aseo y almacenamiento de utensilios varios.	1	Verificar: 1. Que se utilice el cuarto séptico para el almacenamiento, limpieza y sanitización de los recipientes utilizados para recolectar las excretas de pacientes, así como para el acopio de ropa de cama y pacientes. 2. Que su ubicación este cerca al área.	1	Verificar: 1. Bitácora de control de aseo y limpieza del área firmada por el jefe de turno o supervisor.	1	4. Planeación Social	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa 5.3 Hospital Seguro		
5	NOM-087-ECOL-SSA1-2002, en su numeral 4 y 6	Requisitos generales	Verificar: 1. Existencia de contenedores para el manejo del R.P.B.I.	1	Verificar: 1. Que la señalización de la circulación de los contenedores este colocada del área generadora hacia el almacén temporal. 2. Que los R.P.B.I. Estén identificados y separados en los contenedores correspondientes de acuerdo a sus características físicas y biológicas infecciosas.	1	Verificar: 1. Bitácora de registro de la recolección del R.P.B.I. Con los datos específicos como fecha, peso, tipo de residuo, firma del responsable del área y firma del responsable de la recolección.	1	4. Planeación Social	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa 5.3 Hospital Seguro		
6	NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 6.6.6.8		Verificar: 1. Que existan lavabos para el área general con cartel de higiene de manos 2. Bote para basura municipal.	1	Verificar: 1. Que existan los insumos para la higiene de manos: jabón (líquido o gel) y toallas desechables. 2. Que las instalaciones no tengan fugas hidrosanitarias. 3. Que el mobiliario se encuentre en buenas condiciones.	1	Verificar: 1. Bitácora de mantenimiento preventivo-correctivo de la estructura y mobiliario. 2. Bitácora de control de aseo y limpieza del área firmada por el jefe de turno o supervisor. 3. Registro y control del sistema de abasto de los insumos para la higiene de manos.	1	4. Planeación Social	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa 5.3 Hospital Seguro		
7	NOM-001-SEDE-2012, artículo 517, en su numeral 517-2, 517-30		Verificar: 1. Que el circuito eléctrico esté conectado a la planta de emergencia. 2. Que se cuente con contactos grado hospital con un color distintivo o una marca.	1	Verificar: 1. Revisar en el área su funcionamiento a través del equipo conectado a los contactos grado hospital. 2. Que el restablecimiento de la energía sea en un lapso de 10 segundos o menor.	1	Verificar bitácoras de pruebas para el restablecimiento de la energía eléctrica.	1	4. Planeación Social	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa 5.3 Hospital Seguro		
8	NOM-025-SSA3-2013, en su numeral 5.2.1.2, 5.2.1.2.1, 5.2.2. NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 4.14. NOM-045-SSA2-2005, en su numeral 10.6.1.2		Verificar: 1. Que exista control de acceso (filtro de acceso) a la unidad para visitantes, familiares y personal médico y paramédico. 2. Que cuente con puerta y pasillos. 3. Que exista lavabo con el cartel de la técnica para la higiene de manos. 4. Que cuente con material para la colocación de las barreras de protección, (bata, gorro y cubre boca ya sean desechables o reusables).	1	Verificar: 1. Que el área de acceso este señalizada e identificada. 2. Que se mantengan las condiciones de asepsia. 3. Que la puerta y los pasillos por los que transitan, tanto el personal como los pacientes, el mobiliario y equipo médico hospitalarios, tengan las dimensiones óptimas para cumplir con su función. 4. Que el personal y familiares ingresen a la unidad a través del filtro de acceso. 5. Que las barreras de protección estén buen estado y que se utilicen. 6. Evaluar técnica de higiene de manos 7. Que existan los insumos para la higiene de manos: jabón (líquido o gel) y toallas desechables 8. Que las instalaciones no tengan fugas hidrosanitarias. 9. Que el mobiliario se encuentren en buenas condiciones.	1	Verificar: 1. Bitácora de mantenimiento preventivo-correctivo de la estructura y mobiliario. 2. Bitácora de control de aseo y limpieza del área firmada por el jefe de turno o supervisor. 3. Bitácora del procedimiento de desinfección de alto nivel del área. 4. Registro de capacitación al personal de salud y familiares en los flujos de ingreso y egreso. 5. Registro y control del sistema de abasto de los insumos para la higiene de manos.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
9	NOM-025-SSA3-2013, en su numeral 5.3.1.6		Verificar: 1. Existencia de auxiliares de diagnóstico y tratamiento.	1	Verificar: 1. Que la atención de los servicios sea las 24 horas del día los 365 días del año.	1	Verificar: 1. Expediente clínico (resultados de laboratorio y gabinete integrados e interpretados, así como solicitud de hemoderivados).	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN												CAUSES-2N-2018		
JCSSA001401												HOSPITAL REGIONAL COCULA		
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS HG-HMI														
Normatividad aplicable		Concepto		Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
				Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental			Criterios y Subcriterios	
				El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:				
10			Verificar: 1. Que los cubículos o módulos para la atención de los pacientes, cuenten con el espacio suficiente para la ubicación de la cama y el equipo de monitoreo o soporte. 2. Que las paredes, pisos y techos de los cubículos o módulos, sean de material liso, resistente y lavable. 3. Que en cada cubículo existan al menos 16 contactos eléctricos grado médico. 4. Que en cada cubículo existan dos tomas fijas para el suministro de oxígeno medicinal, una toma fija de aire comprimido, así como al menos dos tomas fijas de aspiración controlada y canastilla con frasco empotrado en la pared.	1	Verificar: 1. Que el espacio sea suficiente para el desplazamiento del personal. 2. Que los contactos grado médico estén diferenciados con un color distintivo o una marca. 3. Que los cubículos estén ubicados preferentemente en torno de la central de enfermería. 4. Que las tomas fijas estén funcionando y sin fugas.	1	Verificar: 1. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo de la estructura. 2. Bitácora de abasto de insumos para el lavado y asepsia. 3. Bitácora del procedimiento de desinfección de alto nivel del área.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa				
			Verificar: 1. Que en cada cubículo o módulo exista el siguiente mobiliario: bote para basura municipal (bolsa de cualquier color, excepto rojo o amarillo), bote con bolsa roja para RFI, contenedor para punzocortantes y depósito para vidrio, cama de hospitalización tipo hidráulica, de múltiples posiciones, con cabecera desmontable o abatible, con barandales integrados y con ruedas (preferentemente con capacidad para pesar a los pacientes).	1	Verificar: 1. Que el mobiliario se encuentren en buenas condiciones de pintura, sin zonas de oxidación o deterioro. 2. Que el mobiliario funcione.	1	Verificar: 1. Inventario del mobiliario. 2. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo del mobiliario. 3. Registro del procedimiento del aseo, limpieza y desinfección de las camas cada vez que la ocupe un nuevo paciente, cuando se desocupe o en 48 horas si no se ha ocupado.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa				
			Verificar: 1. Que exista el siguiente equipo por cubículo o módulo: bombas de infusión continua, dispositivos para suministrar oxígeno con sistemas de humidificación, estetoscopio, lámpara de haz dirigible, monitor con capacidad para registro de: trazo electrocardiográfico de dos canales, presión arterial invasiva y no invasiva, temperatura y oximetría de pulso, termómetro con porta termómetro, ventilador mecánico de presión y de volumen.	1	Verificar: 1. Que el equipo se encuentren en buenas condiciones. 2. Que el equipo funcione. 3. Que el cambio del humidificador y equipos de apoyo respiratorio se realice máximo cada semana o en su caso al menos que exista contaminación documentada. 4. Que el equipo de infusión este rotulado con la fecha, hora y nombre de la persona que lo instaló.	1	Verificar: 1. Inventario del equipo. 2. bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo del equipo. 3. Registro del lavado y esterilización o de la desinfección de alto nivel de los circuitos para ventilación e inhaloterapia, las bolsas de reanimación respiratoria y sensores de oxígeno que no sean desechables. 4. Registro de la esterilización o desinfección de los humidificadores y equipos de apoyo respiratorio no invasivo. 5. Registro del cambio del humidificador y equipos de apoyo con la fecha y hora.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa				
	NOM-025-SSA3-2013, en su numeral 5.2.3, 5.2.4, 5.2.5, 5.2.6, 5.2.7, 5.2.8 y apéndice A. NOM-045-SSA2-2005, en su numeral 10.6.1.2, 10.6.3.1, 10.6.4.2, 10.6.4.4, 10.6.7.4, 10.6.7.6. NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 6.6.6.8.	Cubículos o módulos para la atención	Verificar: 1. Que exista el siguiente equipo y mobiliario por servicio: electrocardiógrafo móvil de 12 derivaciones, estuche de diagnóstico completo, lámpara de mano, monitor de transporte, negatoscopio u otros tipos de aparatos para valoración de estudios radiológicos y de imagenología, ventilador de transporte, dispositivo para movilizar al paciente que puede ser una grúa, camilla para traslado con barandales abatibles y dispositivos para la colocación del equipo necesario para soporte vital, esfigmomanómetro.	1	Verificar: 1. Que el equipo se encuentren en buenas condiciones. 2. Que el equipo funcione.	1	Verificar: 1. Inventario del equipo. 2. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo del equipo. 3. Registro del procedimiento del aseo, limpieza y desinfección de las camas cada vez que la ocupe un nuevo paciente, cuando se desocupe o en 48 horas si no se ha ocupado. 4. Registro del lavado y esterilización o de la desinfección de alto nivel de los circuitos para ventilación e inhaloterapia, las bolsas de reanimación respiratoria y sensores de oxígeno que no sean desechables. 5. Registro del recambio de los tanques de oxígeno. 6. Registro de la calibración del esfigmomanómetro.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa				
			Verificar: 1. Que se prevea la disponibilidad de al menos un cubículo o módulo de aislamiento para pacientes sépticos e infecto-contagiosos. 2. Que preferentemente cuente con inyección y extracción de aire independientes (deberán contar con ductos de extracción de aire). 3. Que cuenten con el espacio suficiente para la ubicación de la cama y el equipo de monitoreo o soporte. 4. Que las paredes, pisos y techos de los cubículos o módulos, sean de material liso, resistente y lavable. 5. Que en cada cubículo existan al menos 16 contactos eléctricos grado médico. 6. Que en cada cubículo existan dos tomas fijas para el suministro de oxígeno medicinal, una toma fija de aire comprimido, así como al menos dos tomas fijas de aspiración controlada y canastilla con frasco empotrado en la pared. 7. bote para basura municipal y lavabos con el cartel de la técnica para la higiene de manos.	1	Verificar: 1. Que el espacio sea suficiente para el desplazamiento del personal. 2. Que los contactos grado médico estén diferenciados con un color distintivo o una marca. 3. Que los cubículos estén ubicados preferentemente en torno de la central de enfermeras. 4. Que las tomas fijas estén funcionando y sin fugas. 5. Que existan los insumos para la higiene de manos: jabón (líquido o gel) y toallas desechables. 6. Que las instalaciones no tengan fugas hidrosanitarias. 7. Que el mobiliario se encuentre en buenas condiciones.	1	Verificar: 1. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo de la estructura y mobiliario. 2. Bitácora de control de aseo y limpieza del área firmada por el jefe de turno o supervisor. 3. Registro y control del sistema de abasto de los insumos para la higiene de manos. 4. Registro del control y mantenimiento del sistema de inyección y extracción.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa				

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN											CAUSES-ZN-2018	
JCSSA001401 HOSPITAL REGIONAL COCULA												
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS HG-HMI												
Normatividad aplicable	Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental			Evidencia Documental	
		El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:	
15	NOM-025-SSA3-2013, en su numeral 3.2, 5.2.9, 5.2.10. NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 6.6.1, 6.6.1.1, 6.6.1.1.1, 6.6.1.1.2, 6.6.1.1.4, apéndice G. NOM-045-SSA2-2005, en su numeral 10.6.6, 10.6.7	Central de Enfermeras	Verificar: 1. Que su ubicación tenga libre y rápido acceso a las áreas en donde se encuentren internados los pacientes. 2. Que cuente con un sistema de comunicación bidireccional y de alarma, conectada a cada cubículo o módulo. 3. Que el espacio físico esté libre de fuentes de contaminación. 4. Que se disponga de un espacio físico o mobiliario para guarda de medicamentos, soluciones y material de curación. 5. Que cuenten con el material y los medicamentos requeridos en el área.	1	Verificar: 1. Que las Áreas, dimensiones y circulaciones permitan el desarrollo de las funciones y actividades propias del personal de enfermería. 2. Que el sistema de comunicación bidireccional y de alarma funcione. 3. Que el espacio físico o mobiliario para guarda de medicamentos, soluciones y material de curación este en buenas condiciones, limpio y ordenado. 4. Que los medicamentos y el material se encuentren en buenas condiciones y con fecha de caducidad vigente.	1	Verificar: 1. Bitácora de mantenimiento de equipo. 2. Bitácora de control de aseo y limpieza del área firmada por el jefe de turno o supervisor. 3. Sistema de abasto de material y medicamentos. 4. Bitácora para el registro de órdenes verbales y telefónicas.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
16	ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/09/17. AESP 2A		Verificar: 1. Que exista el siguiente mobiliario: asiento, bote para basura tipo municipal (bolsa cualquier color, excepto rojo o amarillo), bote para RFB (bolsa roja), carro de curación, lavabo con cartel de la técnica de higiene de manos, mesa alta con tarja, mesa Mayo con charola, mesa Pasteur, mostrador escritorio, mueble para guarda de equipo e insumos, sistema porta expedientes. 2. Que exista el siguiente equipo: caja de Doayán, caja para desinfección de instrumentos, equipo de curaciones, esfigmomanómetro aneroides (o su equivalente tecnológico), estetoscopio, estuche de diagnóstico con oftalmoscopio, lebrillos, lámpara de haz dirigible, pinza de traslado, portavenoclasia rodable, termómetro, toruendo. 3. Que se cuente con pilas y focos de repuesto para el estuche de diagnóstico.	1	Verificar: 1. Que el mobiliario y equipo se encuentren en buenas condiciones. 2. Que el mobiliario y equipo funcionen. 3. Evaluar técnica de higiene de manos. 4. Que existan los insumos para la higiene de manos: jabón (gel o líquido) y toallas desechables. 5. Que el instrumental de curaciones este en buenas condiciones. 6. Que el empaque del instrumental esté rotulado con la fecha de esterilización.	1	Verificar: 1. Inventario del mobiliario y equipo. 2. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo del mobiliario y equipo. 3. Registro de la calibración del esfigmomanómetro. 4. Resguardo del instrumental. 5. Bitácora de uso de los desinfectantes. 6. Registro y control del sistema de abasto de los insumos para la higiene de manos.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
17	NOM-025-SSA3-2013, en su apéndice C. NOM-045-SSA2-2005, en su numeral 10.6.6, 10.6.6.4		Verificar: 1. Existencia del siguiente instrumental: equipo para aspiración de secreciones, con y sin circuitos cerrados, equipo para punción torácica, equipo para abordaje de acceso vascular central y periférico: catéter percutáneo y venoclasia, recipiente para desinfección de instrumentos.	1	Verificar: 1. Que el instrumental este en buenas condiciones. 2. Que el empaque del instrumental este rotulado con la fecha de esterilización. 3. Que los recipientes que contengan desinfectante permanezcan tapados y rotulados con el nombre del producto, la fecha de preparación y caducidad.	1	Verificar: 1. Resguardo del instrumental. 2. Bitácora de uso de los desinfectantes.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
18	NOM-045-SSA2-2005, en su numeral 10.6.3.4, 10.6.3.6, 10.6.3.7, 10.6.3.11, 10.6.3.12 ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/09/17. AESP 3E	Área de preparación de matrices de soluciones y medicamentos	Verificar: 1. Existencia de un espacio físico y cerrado. 2. Que cuente con acceso limitado. 3. Que cuenten con mesa de acero inoxidable, cubrebocas, jeringas, gasas y dispositivos seguros y adecuados para extraer e inyectar el medicamento.	1	Verificar: 1. Que el área este señalizada. 2. Que el personal se lave las manos y use cubrebocas. 3. Que los catéteres venosos centrales y periféricos estén rotulados con fecha, hora y nombre del médico o enfermera responsables de su instalación y de la curación o antisepsia del sitio de inserción del catéter. 4. Que el sitio de inserción de las cánulas intravasculares periféricas y de los catéteres vasculares este cubierto con gasa estéril o un apósito estéril semipermiable. 5. Que las ampolletas de vidrio o plástico se utilicen exclusivamente al momento de abrirse y se deseché el remanente. 6. Que la utilización de frascos ampula sea con técnica de asepsia y siguiendo las instrucciones de conservación y uso de los fabricantes. 7. Que el medicamento esté rotulado con el nombre completo del paciente y sus datos de identificación.	1	Verificar: 1. Registro y control de la clínica de catéteres. 2. Sistema de abasto del material para la preparación de medicamentos y del material de cuidado de catéter. 3. Registro de la preparación de medicamentos y medias de soluciones. 4. Manual de procedimientos de enfermería.	1	4. Planeación 7. Mejora de Procesos	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa 7.4 Gestión del riesgo en la atención		
19	NOM-045-SSA2-2005, en su numeral 10.6.3.13, 10.6.3.14, 10.6.3.15 ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/09/17. AESP 3F	Nutrición parenteral y enteral (propio o subrogado)	Verificar: 1. Que cuente con campana de flujo laminar horizontal. 2. Que exista espacio físico específico. 3. Que se cuente con los insumos requeridos para la nutrición parenteral y enteral. 4. En su caso de que el servicio sea subrogado se deberá cumplir con lo establecido en la NOM-249-SSA1-2010.	1	Verificar: 1. Que la preparación de la nutrición parenteral se realice con técnica de barrera máxima. 2. Que la campana de flujo laminar se encuentre en buen estado, funcional y limpia. 3. Que al realizar la conexión de las bolsas se conserve la técnica de barrera máxima y se evite la contaminación. 4. Que la infusión de la nutrición parenteral sea exclusivamente a través de un catéter venoso central. 5. Que la línea del catéter sea manipulada con técnica estéril sólo para el cambio de las bolsas o equipos dedicados a la nutrición parenteral. 6. Que la nutrición enteral se prepare en un área exclusiva por personal capacitado. 7. Que los insumos para la nutrición parenteral y enteral se encuentren en buenas condiciones y con fecha de caducidad vigente.	1	Verificar: 1. Inventario de equipo (en su caso). 2. Bitácora de mantenimiento preventivo-correctivo de la campana de flujo laminar. 3. Manual de la operación del equipo. 4. Registro del lavado y desinfección de alto nivel de la campana de flujo laminar. 5. Registro del lavado y esterilización o de la desinfección de alto nivel del espacio físico. 6. Nota médica del procedimiento y hoja de enfermería. 7. Registro y control de la clínica de catéteres. 8. Sistema de abasto de los insumos para la preparación de la nutrición parenteral y enteral (en su caso). 9. Manual de procedimientos de nutrición parenteral total y enteral. 10. Control de la solicitud del servicio y entrega-recepción de la nutrición parenteral y enteral por parte del proveedor. 11. Verificar que la solicitud de nutrición parenteral total cuente con: nombre completo y fecha de nacimiento del paciente; peso del paciente; número de expediente; servicio que solicita; fecha hora de solicitud, componentes de la mezcla, glucosa kilo minuto, concentración de la mezcla, calorías totales, kilocalorías, nombre y cédula profesional del médico solicitante.	1	4. Planeación 7. Mejora de Procesos	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa 7.4 Gestión del riesgo en la atención		
20	NOM-025-SSA3-2013, en su numeral 5.2.19	Almacén de equipo rodable	Verificar: 1. Existencia del área o espacio físico. 2. Que cuente con tomas de corriente suficiente para asegurar la recarga de los equipos.	1	Verificar: 1. Que el área este señalizada. 2. Que las tomas de corriente estén en buenas condiciones y funcionen. 3. Que el equipo cuente con los mmbres de limpieza y aseo.	1	Verificar: 1. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo de la estructura. 2. Resguardo e inventario de equipo.	1	4. Planeación 7. Mejora de Procesos	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa 7.4 Gestión del riesgo en la atención		
21	NOM-025-SSA3-2013, en su numeral 5.2.16. NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 6.6.6.10	Lavado de instrumental	Verificar: 1. Que exista el área de lavado para material e instrumental, con agua corriente, tarja y área de secado, material para el lavado y asepsia.	1	Verificar: 1. Que las instalaciones no tengan fugas hídricas. 2. Que el mobiliario se encuentre en buenas condiciones.	1	Verificar: 1. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo de la estructura. 2. Bitácora de abasto de insumos para el lavado y asepsia. 3. Bitácora del procedimiento de desinfección de alto nivel del área.	1	4. Planeación 7. Mejora de Procesos	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa 7.4 Gestión del riesgo en la atención		

acreditación de establecimientos y servicios de atención médica

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN												CAUSES-2N-2018	
JCSSA001401 HOSPITAL REGIONAL COCULLA													
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS HG-IMI													
Normatividad aplicable		Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
			Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental			Criterios y Subcriterios	
			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:				
22	NOM-025-SSA3-2013, en su numeral 5.3.1.5	Organización y funcionamiento	Verificar: 1. Existencia de los manuales correspondientes al servicio: bitácora de mantenimiento predictivo, preventivo y correctivo del equipo, código de biotica, guías diagnóstico-terapéuticas (de acuerdo con las patologías prevalentes), manuales de bioseguridad para el paciente, el personal y el servicio, manuales de funcionamiento de los equipos del servicio, manual de organización y funcionamiento, manuales de procedimientos técnico-médicos y administrativos, criterios de ingreso, selección y egreso.	1	Verificar: 1. Que los manuales sean de conocimiento y aplicación por parte del personal. 2. Que los manuales tengan los elementos requeridos. 3. Que estén actualizados. 4. Que estén autorizados por las autoridades correspondientes. 5. Que la fecha de elaboración este vigente.	1	Verificar: 1. Manual de organización. 2. Manual de procedimientos. 3. Manual de bioseguridad. 4. Bitácora de mantenimiento predictivo, preventivo y correctivo del equipo. 5. Código de biotica. 6. Guías diagnóstico-terapéuticas (de acuerdo con las patologías prevalentes). 7. Manuales de funcionamiento de los equipos del servicio. 8. Manuales de procedimientos técnico-médicos y administrativos. 9. Criterios de ingreso, egreso y exclusión.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
23	NOM-025-SSA3-2013, en su numeral 5.2.15	Áreas de trabajo administrativo para el personal médico y de enfermería	Verificar: 1. Que exista el espacio físico específico. 2. Que cuente con mobiliario.	1	Verificar: 1. Que el espacio sea suficiente. 2. Que el mobiliario este en buenas condiciones.	1	Verificar: 1. Inventario del mobiliario. 2. Bitácora de mantenimiento preventivo-correctivo del mobiliario.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
24	NOM-025-SSA3-2013, en su numeral 5.3.2.2	Expediente clínico	Verificar: 1. Existencia de casos.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en historia clínica, nota de ingreso, nota de evolución, nota de interconsulta, nota de referencia/traslado, nota de egreso (en su caso), hoja de enfermería, hoja de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, cartas de consentimiento informado para los distintos procedimientos, nota de defunción y certificado de defunción (en su caso). 3. Apego a las guías de práctica clínica correspondientes, así como a los manuales de procedimiento técnico-médicos u protocolos de atención médica.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Censo de ingreso y egreso de pacientes. 3. Diagnóstico de morbimortalidad. 3. Sistemas de Información. 4. Guías de práctica clínica. 5. Protocolos de atención médica. 6. Manuales de procedimientos técnico-médicos. 7. Manuales de procedimientos de enfermería.	1	3. Información, conocimiento, innovación y tecnología	3.2 análisis e interpretación de la información 3.3 protección de la información			
25			Verificar que se tenga acceso al procedimiento documentado para la identificación del paciente Acción Esencial 1 (A, B, C, D).	1	Verificar que: 1. El personal de salud identifica al paciente en el momento en que este solicita la atención y previo a la realización de procedimientos. 2. La identificación se hace con dos identificadores que siempre serán, por lo menos, el nombre completo del paciente y la fecha de nacimiento (día, mes y año). 3. El personal de salud comprueba el nombre completo del paciente y fecha de nacimiento. 4. En caso de que el paciente no esté consciente o en pacientes con cualquier tipo de discapacidad que impida la comunicación, los datos se validan con su familiar, antes de realizar cualquier procedimiento al paciente.	1	Verificar que: 1 se cuenta con elementos para la identificación (tarjeta de cabecera o pie de cama o brazalete o pulsera) 2. Verificar la identificación del paciente en soluciones intravenosas y dispositivos 3. Verificar en los registros del área (nota de primera vez y notas de atención subsiguiente, consentimiento, historial, hojas diarias) cuenten con los dos identificadores.	1	4. Planeación de Procesos 7. Mejora de	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa 7.4 Gestión del riesgo en la atención			
26	ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/09/17. AESP	Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente	Verificar que el área cuente con un procedimiento documentado para la comunicación efectiva Acción Esencial 2 (A, B, C, D, F, G) definido y aplicado al establecimiento.	1	Verificar que: 1. Se conoce y sigue el procedimiento establecido de Escuchar-Escribir-Leer-Confirmar-Transcribir, al emitir-recibir órdenes verbales y/o telefónicas. 2. Se conoce y aplica la Técnica SAER durante la transferencia, referencia, contra referencia y egreso.	1	Verificar: 1. Registros de supervisión de seguimiento, llenado de la bitácora específica de registro de órdenes verbales y/o telefónicas, llenado en expediente clínico.	1	4. Planeación 7. Mejora de Procesos	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa 7.4 Gestión del riesgo en la atención			
27			Verificar que el establecimiento cuente con un procedimiento documentado para la seguridad en el proceso de medicación Acción Esencial 3 (A, B, C, D, E, F, G, H, I) definido y aplicado al establecimiento.	1	Verificar que: 1. Se tenga acceso al procedimiento para la seguridad en el proceso de medicación. 2. El personal conozca lo relativo al procedimiento de seguridad en el proceso de medicación en las fases de: Prescripción, transcripción, dispensación, recepción y almacenamiento y administración de medicamentos 3. Que sepan la doble verificación en la preparación administración de medicamentos de alto riesgo 4. Notificación de eventos adversos relacionados con la medicación.	1	Verificar 1. La existencia de alertas visuales en medicamentos con aspecto o nombre parecido. 2. Que se cuente con la lista de medicamentos con aspecto y nombre parecido.	1	4. Planeación 7. Mejora de Procesos	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa 7.4 Gestión del riesgo en la atención			
28			Verificar que el área cuente con un procedimiento documentado para la seguridad en los procedimientos: Acción Esencial 4B definido y aplicado al establecimiento.	1	Verificar que se conozca y aplique el procedimiento que incluye: a. Aplicación del Tiempo Fuera para procedimientos fuera de quirófano. b. Que el personal cuente con la capacitación para su aplicación.	1	Verificar: 1.registros de supervisión de seguimiento 2. Constancias de capacitación o listas de asistencia.	1	4. Planeación 7. Mejora de Procesos	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa 7.4 Gestión del riesgo			
29			CARRO ROJO UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS : Verificar: 1. Que cuenten con el carro rojo para el manejo del paro cardiorespiratorio.	1	Verificar: 1. Que existan los insumos requeridos para el ABC de la reanimación cardiorespiratoria (Ver desglose). 2. Que la caducidad del material y medicamentos este vigente. 3. Que los insumos sean suficientes para la atención. 4. Que el personal conozca el manejo del monitor desfibrilador y las maniobras de reanimación cardiorespiratoria. 5. Que estén identificados los medicamentos de alto riesgo y electrolitos.	1	Verificar: 1. Bitácora de control del carro para el manejo del paro cardiorespiratorio firmada por el responsable de turno. 2. Registro histórico del abastecimiento oportuno y completo del contenido del carro para el manejo del paro cardiorespiratorio. 3. Registro de la prueba del trazo isoelectrico semanalmente. 4. Bitácora de mantenimiento del monitor-desfibrilador. 5. Protocolo de manejo de los medicamentos de alto riesgo y electrolitos.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
30			Monitor-Desfibrilador Marcapaso con paletas para adulto.	1	Gestión del Equipo y Tecnología Biomédica 2. Que el equipo médico se encuentre funcionando y en buenas condiciones.	1	Verificar: 1. Identificación del inventario del equipo médico 2. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo del equipo médico	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
31			Tanque de oxígeno con regulador y manómetro	1	Verificar existencia, que se encuentre lleno y con fecha de última recarga de oxígeno y fecha de vencimiento o caducidad.	1	Verificar existencia, que se encuentre lleno y con fecha de última recarga de oxígeno y fecha de vencimiento o caducidad.	1					
32			Tabla de reanimación (Por lo menos 50 x 60 x 1.0 cm).	1	Verificar existencia y que se encuentre en buenas condiciones.	1	Verificar existencia y que se encuentre en buenas condiciones.	1					
Insumos de Carro Rojo Unidad de Cuidados Intensivos Adultos													

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN										CAUSES-2N-2018	
JCSSA001401 HOSPITAL REGIONAL COCULA											
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS HG-HMI											
Normatividad aplicable	Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD
		Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental			
		El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			
Primer Cajón											
33		Agua inyectable.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1				4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
34		Adenosina solución inyectable 6 mg/2 ml.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1				
35		Adrenalina (epinefrina) solución inyectable 1 mg / 1 ml.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1				
36		Amiodarona solución inyectable 150 mg / 3 ml.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1				
37		Atropina solución inyectable 1 mg /1 ml.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1				
38		Bicarbonato de sodio solución inyectable al 7.5% (0.75 g).	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1				
39		Diazepam solución inyectable 10 mg / 2 ml. O Midazolam solución inyectable 5 mg / ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1				
40		Dobutamina solución inyectable 250 mg. *	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1				
41		Dopamina solución inyectable 200 mg / 5 ml. *	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4.- Planeación			
42		Esmolol solución inyectable 2.5 g / 10 ml *	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	7.- Mejora de procesos			
43		Vecuronio solución inyectable 4 mg/ml.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1				
44		Gluconato de Calcio solución inyectable al 10%.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1				
45		Glucosa solución inyectable al 50%	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1				
46		Hidrocortisona solución inyectable 100 mg.*	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1				
47		Metilprednisolona solución inyectable 40 mg. *	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1				
48		Nitroglicerina solución intravenosa 50 mg /10 ml *	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1				
49		Nitroprusiato de sodio solución inyectable 50 mg*	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1				
50		Sulfato de Magnesio solución inyectable 1g / 10 ml.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1				
51		Lidocaina solución inyectable al 2%.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1				
Segundo Cajón											
52		Parches para electrodo (adulto).	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1			4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.	
53		Catéter para vena periférica (17,18, 20, 22, 24 fr)	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1				
54		Clave de tres vías.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4.- Planeación			
55		Sonda de aspiración.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	7.- Mejora de procesos			
56		Jeringas de 5, 10, 20 ml.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1				
57		Agujas hipodérmicas.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1				
58		Equipo de venoclisis con microgotero.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1				
59		Equipo de venoclisis con normogotero.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1				
Tercer Cajón											
60		Cánulas endotraqueales: N° 2.5, 3.0, 3.5, 4.0, 4.5, 5.0, 6.5, 7.0, 7.5, 8.0, 8.5, 9.0, 9.5 mm.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1			4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.	
61		Aguja intraósea (14,16,18).	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1				
62		Guía metálica para cánulas endotraqueales (adulto).	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1				
63		Lidocaina con atomizador manual al 10%.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4.- Planeación			
64		Cánulas de Guedel: 3, 4, 5.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	7.- Mejora de procesos			
65		Mango de laringoscopia.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1				
66		Hojas rectas: 1, 2.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1				
67		Hojas curvas: 1, 2, 3, 4.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1				
68		Gaútes.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1				
Cuarto Cajón											
69		Bolsa autoinflable para reanimación adulto.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1			4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.	
70		Mascarilla laríngea 2.0,2.5,3.0,4.0).	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1				
71		Extensión para oxígeno.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4.- Planeación			
72		Puntas nasales.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	7.- Mejora de procesos			
73		Solución Hartmann inyectable 500 ml.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1				
74		Solución de citrato de sodio inyectable al 0.3% 500 ml.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1				
75		Solución glucosada inyectable al 5% 250 ml.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1				
76		Coloide solución inyectable 500 ml.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1				
CALIFICACIÓN UCIA HG, HMI			100.00%								



CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN										CAUSES-2N-2018	
JCS8A001401		HOSPITAL REGIONAL COCULA									
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS HG-HMI											
Normatividad aplicable	Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD
		Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental			
		El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			Criterios y Subcriterios

acreditación de establecimientos y servicios de atención médica

CABES-2N-2018

CECULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

JCSSA001401		HOSPITAL REGIONAL COCULA										
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS HG-HMI												
Normatividad aplicable	Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental			EN SALUD	
		El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			Criterios y Subcriterios	
1	NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 4.12, 5.1.10, 6.6.2.2.9. NOM-045-SSA2-2005, en su numeral 10.6.7.1, 10.6.7.2. NOM-025-SSA3-2013, en su numeral 5.2.12, 5.2.12.1. ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/09/17. AESP 6C	Condiciones generales	Verificar: 1. Existencia de señalización. 2. Que cuente con señalamiento de emergencia para protección civil. 3. Que el punto de reunión esté delimitado e identificado.	1	Verificar: 1. Que el área esté debidamente señalizada con rótulo de acceso restringido. 2. Que el sistema de control térmico ambiental y de ventilación, mantenga la temperatura ambiental en un rango estable entre 24 y 28°C y que la humedad se mantenga entre 30 y 60%. 3. Que se permita la circulación de aire cuando menos de seis veces y el recambio de dos volúmenes por hora. 4. Que la infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas se encuentren en buen estado.	1	Verificar: 1. Bitácora de control de aseo y limpieza del área firmada por el jefe de turno o supervisor. 2. Bitácora del mantenimiento preventivo-correctivo de la estructura e instalaciones. 3. Manual de procedimientos para determinar las características, la frecuencia del aseo y limpieza del área. 4. Registro del control térmico ambiental y humedad del aire. 5. Registro del recambio de filtros HEPA y del aire filtrado.	1	4. Planeación	1	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa
2	NOM-025-SSA3-2013, en su numeral 5.2.1.1		Verificar: 1. Ubicación del servicio.	1	Verificar: 1. Que la ubicación sea de fácil acceso desde las áreas de cirugía, tococirugía, urgencias y hospitalización.	1	No aplica	NA	4. Responsabilidad Social	1	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa
3	NOM-025-SSA3-2013, en su numeral 5.2.21. NOM-002-STPS-2010, en su numeral 7.17. NOM-030-SSA3-2013, en su numeral 6.4.1.1, 6.4.6, 6.8 Acuerdo CSG 60/06.03.17 por el que el Consejo de Salubridad General, declara la obligatoriedad de la implementación de las "Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente", en todos los establecimientos de atención médica del Sistema Nacional de Salud. Acción Esencial 5B		Verificar: 1. Que exista sala de espera con servicios de sanitarios. 2. Que los sanitarios para el personal y sanitarios para público y pacientes, cuenten con módulo de higiene de manos, cartel de la técnica de higiene de manos. 3. Que cuente con extintores.	1	Verificar: 1. Que el mobiliario se encuentre en buen estado. 2. Que se reserve como mínimo, un asiento para personas con muletas o bastones. 3. Que los extintores estén colocados de acuerdo a la NOM-002-STPS-2010 y la fecha de la carga este vigente. 4. Que los sanitarios sean independientes para hombres y mujeres. 5. Que tengan papel sanitario y bote de campana o de pedal para basura. 6. Que se disponga de un inodoro y lavabo para uso de personas con discapacidad. 7. Que no se presente fugas de agua o drenaje. 8. Que se encuentren limpios e higiénicos. 9. Que el módulo de higiene de manos cuente con jabón (líquido o gel) y toallas desechables. 10. Vigencia de recarga. 11. El conocimiento del personal acerca del uso de los extintores de acuerdo con la normativa e identifique las situaciones para su uso. 12. Instrucciones de seguridad aplicables en cada área y al alcance de los trabajadores 13. Que no se almacenen materiales o coloquen objetos que obstruyan e interfieran el acceso al equipo contra incendio.	1	Verificar: 1. Inventario de mobiliario. 2. Bitácora del mantenimiento preventivo y correctivo de la estructura y del mobiliario. 3. Registro y calendario de la recarga de los extintores. 4. Registro y control del sistema de abasto de los insumos para la higiene de manos. 5. Bitácora de limpieza firmada por turno y por supervisor o jefe del servicio. 6. Registro de la evaluación al personal en la técnica para la higiene de manos. 7. Instructivo de uso de extintores. 8. Registro mensual de verificación de funcionalidad de los extintores. 9. Registro de la capacitación del uso del manejo de extintores. 10. Manual de manejo de extintores.	1	4. Responsabilidad Social	1	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa
4	NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 4.12. NOM-025-SSA3-2013, en su numeral 5.2.20		Verificar: 1. Existencia de cuarto séptico. 2. Que cuente con tarja, mesa de trabajo y repisas de acero inoxidable para el aseo y almacenamiento de utensilios varios.	1	Verificar: 1. Que se utilice el cuarto séptico para el almacenamiento, limpieza y sanitización de los recipientes utilizados para recolectar las excretas de pacientes, así como para el acopio de ropa de cama y pacientes. 2. Que su ubicación este cerca al área.	1	Verificar: 1. Bitácora de control de aseo y limpieza del área firmada por el jefe de turno o supervisor.	1	4. Planeación	1	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa
5	NOM-087-ECOL-SSA1-2002, en su numeral 4 y 6		Verificar 1. Existencia de contenedores para el manejo del R.P.B.I.	1	Verificar: 1. Que la señalización de la circulación de los contenedores este colocada del área generadora hacia el almacén temporal. 2. Que los R.P.B.I. Estén identificados y separados en los contenedores correspondientes de acuerdo a sus características físicas y biológico infecciosas.	1	Verificar: 1. Bitácora de registro de la recolección del R.P.B.I. Con los datos específicos como fecha, peso, tipo de residuo, firma del responsable del área y firma del responsable de la recolección.	1	4. Planeación	1	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa
6	NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 6.6.6.8	Requisitos generales	Verificar: 1. Que existan lavabos para el área general y que cuente con el cartel de la técnica para la higiene de manos. 2. Bote para basura municipal.	1	Verificar: 1. Que existan los insumos para la higiene de manos: jabón (líquido o gel) y toallas desechables. 2. Que las instalaciones no tengan fugas hidrosanitarias. 3. Que el mobiliario se encuentre en buenas condiciones.	1	Verificar: 1. Bitácora de mantenimiento preventivo-correctivo de la estructura y mobiliario. 2. Bitácora de control de aseo y limpieza del área firmada por el jefe de turno o supervisor. 3. Registro y control del sistema de abasto de los insumos para la higiene de manos.	1	4. Planeación	1	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa
7	NOM-001-SEDE-2012, artículo 517, en su numeral 517-2, 517-30		Verificar: 1. Que el circuito eléctrico esté conectado a la planta de emergencia. 2. Que se cuente con contactos grado hospital con un color distintivo o una marca.	1	Verificar: 1. Revisar en el área su funcionamiento a través del equipo conectado a los contactos grado hospital. 2. Que el restablecimiento de la energía sea en un lapso de 10 segundos o menor.	1	No aplica.	NA	4. Planeación	1	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa
8	NOM-006-SSA3-2011, en su apéndice A		Verificar: 1. Existencia de carro para el manejo del paro cardiopulmonar.	1	Verificar: 1. Que se cuente con los insumos requeridos para el ABC de la reanimación cardiopulmonar. 2. Que la caducidad del material y medicamentos este vigente. 3. Que los insumos sean suficientes para la atención. 4. Que haya un carro para el manejo del paro cardiopulmonar en el área. 5. Que el personal conozca el manejo del monitor desfibrilador y las maniobras de reanimación cardio-respiratoria. 6. Que estén identificados los medicamentos de alto riesgo y electrolitos.	1	Verificar: 1. Bitácora de control del carro para el manejo del paro cardiopulmonar firmada por el responsable de turno. 2. Registro histórico del abastecimiento oportuno y completo del contenido del carro para para el manejo del paro cardiopulmonar. 3. Registro de la prueba del trazo isoelectrico semanalmente. 4. Bitácora de mantenimiento del monitor-desfibrilador. 5. Protocolo de manejo de los medicamentos de alto riesgo y electrolitos. 6. Registro del recambio de tanques de oxígeno.	1	4. Planeación	1	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa
9	NOM-025-SSA3-2013, en su numeral 5.2.1.2, 5.2.1.2.1, 5.2.2. NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 4.14. NOM-045-SSA2-2005, en su numeral 10.6.1.2		Verificar: 1. Que exista control de acceso (filtro de acceso) a la unidad para visitantes, familiares y personal médico y paramédico. 2. Que cuente con puerta y pasillos. 3. Lavabo de manos con el cartel de la técnica para la higiene de manos. 4. Bote de basura municipal. 5. Que cuente con material para la colocación de las barreras de protección, (bata, gorro y cubre boca ya sean desechables o reusables).	1	Verificar: 1. Que el área de acceso este señalizada e identificada. 2. Que se mantengan las condiciones de aseo. 3. Que la puerta y los pasillos por los que transitan, tanto el personal como los pacientes, el mobiliario y equipo médico hospitalarios, tengan las dimensiones óptimas para cumplir con su función. 4. Que el personal y familiares ingresen a la unidad a través del filtro de acceso. 5. Que las barreras de protección estén buen estado y que se utilicen. 6. Evaluar la técnica de higiene de manos. 7. Que existan los insumos para la higiene de manos: jabón(líquido o gel) y toallas desechables. 8. Que las instalaciones no tengan fugas hidrosanitarias. 9. Que el mobiliario se encuentre en buenas condiciones. 10. Que el personal conozca el proceso para la colocación de las barreras de seguridad.	1	Verificar: 1. Bitácora de mantenimiento preventivo-correctivo de la estructura y mobiliario. 2. Bitácora de control de aseo y limpieza del área firmada por el jefe de turno o supervisor. 3. Bitácora del procedimiento de desinfección de alto nivel del área. 4. Registro de capacitación al personal de salud y familiares en los flujos de ingreso y egreso. 5. Registro y control del sistema de abasto de los insumos para la higiene de manos. 6. Existencia de flujoograma que especifique el proceso para la colocación de las barreras de seguridad.	1	4. Planeación	1	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa
10	NOM-025-SSA3-2013, en su numeral 5.3.1.6		Verificar: 1. Existencia de auxiliares de diagnóstico y tratamiento.	1	Verificar: 1. Que la atención de los servicios sea las 24 horas del día los 365 días del año.	1	Verificar: 1. Expediente clínico (resultados de laboratorio y gabinete integrados e interpretados, así como solicitud de hemoderivados).	1	4. Responsabilidad Social	1	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa

CECULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

JCSA001401

HOSPITAL REGIONAL OCUCLA

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS HG-IMI		
Normatividad aplicable		
Concepto		
Criterios a evaluar ESTRUCTURA		
Evidencia Observacional		
El evaluador deberá:		
Puntaje		
11	Verificar: 1. Que los cubículos o módulos para la atención de los pacientes, cuenten con el espacio suficiente para la ubicación de la cama o cuna y el equipo de monitoreo o soporte. 2. Que las paredes, pisos y techos de los cubículos o módulos, sean de material liso, resistente y lavable. 3. Que en cada cubículo existan al menos 16 contactos eléctricos grado médico. 4. Que en cada cubículo existan dos tomas fijas para el suministro de oxígeno medicinal, una toma fija de aire comprimido, así como al menos dos tomas fijas de aspiración controlada y canastilla con frasco empotrado en la pared.	1
12	Verificar: 1. Que en cada cubículo o módulo exista el siguiente mobiliario: bote para basura municipal (bolsa de cualquier color, excepto roja o amarilla), bote con bolsa roja para RPRI, cama de hospitalización de múltiples posiciones, con cabecera desmontable o abatible, barandales abatibles y con ruedas (preferentemente con capacidad para pesar a los pacientes) en su caso, contenedor para punzocortantes y depósito para vidrio, cuna de calor radiante, con el equipo mínimo siguiente: barandales abatibles de material transparente, colchón de material anti alérgico y radiolúcido, charola para placas de rayos X, lámparas de iluminación, de luz fría, poste de venoclisis, riel lateral para montaje de accesorios, ruedas antiestáticas, sensor de temperatura reutilizable, sistema de aspiración y flujo de oxígeno integrado (en su caso), cuna hospitalaria con barandales abatibles y ruedas (en su caso).	1
13	NOM-025-SSA3-2013, en su numeral 5.2.3, 5.2.4, 5.2.5, 5.2.6, 5.2.7, 5.2.8 y apéndice B. NOM-045-SSA2-2005, en su numeral 10.6.1.2, 10.6.3.1, 10.6.4.2, 10.6.4.4, 10.6.7.4, 10.6.7.6. NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 6.6.6.8.	1
14	Verificar: 1. Que exista el siguiente equipo y mobiliario por servicio: báscula con estadímetro, báscula pediátrica (pasa bebé), electrocardiógrafo móvil con accesorios complementarios adaptables, para pacientes pediátricos, equipo de oxigenoterapia mezclador de gases para concentraciones del 21 al 100% de oxígeno, monitor de transporte, negatoscopio u otros tipos de aparatos para valoración de estudios radiológicos y de imagenología, ventilador de transporte, en su caso, puede ser utilizado el ventilador estacionario de presión y volumen, siempre y cuando tenga capacidad de autonomía, dispositivo para movilizar al paciente (grúa) con capacidad para pesar a menores de diferentes edades, camilla para traslado, con barandales abatibles y dispositivos para la colocación del equipo necesario para soporte vital, esfigmomanómetro con juego de brazaletes adecuados a la edad del paciente.	1
15	Verificar: 1. Que se prevea la disponibilidad de al menos un cubículo o módulo de aislamiento para pacientes sépticos e infecto-contagiosos. 2. Que preferentemente cuente con inyección y extracción de aire independientes (deberán contar con ductos de extracción de aire). 3. Que cuenten con el espacio suficiente para la ubicación de la cama y el equipo de monitoreo o soporte. 4. Que las paredes, pisos y techos de los cubículos o módulos, sean de material liso, resistente y lavable. 5. Que en cada cubículo existan al menos 16 contactos eléctricos grado médico. 6. Que en cada cubículo existan dos tomas fijas para el suministro de oxígeno medicinal, una toma fija de aire comprimido, así como al menos dos tomas fijas de aspiración controlada y canastilla con frasco empotrado en la pared. 7. Que cuente con lavabos con carteles de la técnica para la higiene de manos.	1
Criterios a evaluar PROCESO		
Evidencia Observacional		
El evaluador deberá:		
Puntaje		
1	Verificar: 1. Que el espacio sea suficiente para el desplazamiento del personal. 2. Que los contactos grado médico estén diferenciados con un color distintivo o una marca. 3. Que los cubículos estén ubicados preferentemente en torno de la central de enfermeras. 4. Que las tomas fijas estén funcionando y sin fugas.	1
1	Verificar: 1. Que el mobiliario se encuentren en buenas condiciones de pintura, sin zonas de oxidación o deterioro. 2. Que el mobiliario funcione.	1
1	Verificar: 1. Que el equipo se encuentren en buenas condiciones. 2. Que el equipo funcione. 3. Que el cambio del humidificador y equipos de apoyo respiratorio se realice máximo cada semana o en su caso al menos que exista contaminación documentada. 4. Que el equipo de infusión esté rotulado con la fecha, hora y nombre de la persona que lo instala.	1
Criterios a evaluar DOCUMENTAL		
Evidencia Documental		
El evaluador deberá:		
Puntaje		
1	Verificar: 1. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo de la estructura. 2. Bitácora de abasto de insumos para el lavado y asepsia. 3. Bitácora del procedimiento de desinfección de alto nivel del área.	1
1	Verificar: 1. Inventario del mobiliario. 2. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo del mobiliario. 3. Registro del procedimiento del aseo, limpieza y desinfección de las camas o cunas cada vez que la ocupe un nuevo paciente, cuando se desocupe o en 48 horas si no se ha ocupado.	1
1	Verificar: 1. Inventario del equipo. 2. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo del equipo. 3. Registro del lavado y esterilización o de la desinfección de alto nivel de los circuitos para ventilación e inhaloterapia, las bolsas de reanimación respiratoria y sensores de oxígeno que no sean desechables. 4. Registro de la esterilización o desinfección de los humidificadores y equipos de apoyo respiratorio no invasivo. 5. Registro del cambio del humidificador y equipos de apoyo con la fecha y hora.	1
1	Verificar: 1. Inventario del equipo. 2. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo del equipo. 3. Registro del procedimiento del aseo, limpieza y desinfección de las camas o cunas cada vez que la ocupe un nuevo paciente, cuando se desocupe o en 48 horas si no se ha ocupado. 4. Registro del lavado y esterilización o de la desinfección de alto nivel de los circuitos para ventilación e inhaloterapia, las bolsas de reanimación respiratoria y sensores de oxígeno que no sean desechables. 5. Registro del recambio de los tanques de oxígeno. 6. Registro de la calibración de las básculas y del esfigmomanómetro.	1
1	Verificar: 1. Que el espacio sea suficiente para el desplazamiento del personal. 2. Que los contactos grado médico estén diferenciados con un color distintivo o una marca. 3. Que los cubículos estén ubicados preferentemente en torno de la central de enfermeras. 4. Que las tomas fijas estén funcionando y sin fugas. 5. Que existan los insumos para la higiene de manos: jabón (líquido o gel) y toallas desechables. 6. Que las instalaciones no tengan fugas hidrosanitarias. 7. Que el mobiliario se encuentre en buenas condiciones.	1
1	Verificar: 1. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo de la estructura y mobiliario. 2. Bitácora de control de aseo y limpieza del área firmada por el jefe de turno o supervisor. 3. Registro y control del sistema de abasto de los insumos para la higiene de manos. 4. Registro del control y mantenimiento del sistema de inyección y extracción.	1
MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD		
Criterios y Subcriterios		
4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	
5. Responsabilidad Social	4.3 Planeación Operativa	
	5.3 Hospital Seguro	
4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	
5. Responsabilidad Social	4.3 Planeación Operativa	
	5.3 Hospital Seguro	
4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	
5. Responsabilidad Social	4.3 Planeación Operativa	
	5.3 Hospital Seguro	
4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	
5. Responsabilidad Social	4.3 Planeación Operativa	
	5.3 Hospital Seguro	
4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	
5. Responsabilidad Social	4.3 Planeación Operativa	
	5.3 Hospital Seguro	
4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	
5. Responsabilidad Social	4.3 Planeación Operativa	
	5.3 Hospital Seguro	
4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	
5. Responsabilidad Social	4.3 Planeación Operativa	
	5.3 Hospital Seguro	
4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	
5. Responsabilidad Social	4.3 Planeación Operativa	
	5.3 Hospital Seguro	
4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	
5. Responsabilidad Social	4.3 Planeación Operativa	
	5.3 Hospital Seguro	
4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	
5. Responsabilidad Social	4.3 Planeación Operativa	
	5.3 Hospital Seguro	
4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	
5. Responsabilidad Social	4.3 Planeación Operativa	
	5.3 Hospital Seguro	
4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	
5. Responsabilidad Social	4.3 Planeación Operativa	
	5.3 Hospital Seguro	
4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	
5. Responsabilidad Social	4.3 Planeación Operativa	
	5.3 Hospital Seguro	
4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	
5. Responsabilidad Social	4.3 Planeación Operativa	
	5.3 Hospital Seguro	
4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	
5. Responsabilidad Social	4.3 Planeación Operativa	
	5.3 Hospital Seguro	
4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	
5. Responsabilidad Social	4.3 Planeación Operativa	
	5.3 Hospital Seguro	
4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	
5. Responsabilidad Social	4.3 Planeación Operativa	
	5.3 Hospital Seguro	
4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	
5. Responsabilidad Social	4.3 Planeación Operativa	
	5.3 Hospital Seguro	
4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	
5. Responsabilidad Social	4.3 Planeación Operativa	
	5.3 Hospital Seguro	
4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	
5. Responsabilidad Social	4.3 Planeación Operativa	
	5.3 Hospital Seguro	
4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	
5. Responsabilidad Social	4.3 Planeación Operativa	
	5.3 Hospital Seguro	
4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	
5. Responsabilidad Social	4.3 Planeación Operativa	
	5.3 Hospital Seguro	
4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	
5. Responsabilidad Social	4.3 Planeación Operativa	
	5.3 Hospital Seguro	
4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	
5. Responsabilidad Social	4.3 Planeación Operativa	
	5.3 Hospital Seguro	
4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	
5. Responsabilidad Social	4.3 Planeación Operativa	
	5.3 Hospital Seguro	
4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	
5. Responsabilidad Social	4.3 Planeación Operativa	
	5.3 Hospital Seguro	
4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	
5. Responsabilidad Social	4.3 Planeación Operativa	
	5.3 Hospital Seguro	
4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	
5. Responsabilidad Social	4.3 Planeación Operativa	
	5.3 Hospital Seguro	
4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	
5. Responsabilidad Social	4.3 Planeación Operativa	
	5.3 Hospital Seguro	
4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	
5. Responsabilidad Social	4.3 Planeación Operativa	
	5.3 Hospital Seguro	
4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	
5. Responsabilidad Social	4.3 Planeación Operativa	
	5.3 Hospital Seguro	
4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	
5. Responsabilidad Social	4.3 Planeación Operativa	
	5.3 Hospital Seguro	
4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	
5. Responsabilidad Social	4.3 Planeación Operativa	
	5.3 Hospital Seguro	
4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	
5. Responsabilidad Social</		

acreditación de establecimientos y servicios de atención médica

CECULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

CARSES-2N-2018

JCSSA01401		HOSPITAL REGIONAL OCCULA		UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS HG-IRMI									
Normatividad aplicable		Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
			Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental			Criterios y Subcriterios	
			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:				
16	NOM-025-SSA3-2013, en su numeral 3.2, 5.2.9, 5.2.10. NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 6.6.1, 6.6.1.1, 6.6.1.1.1, 6.6.1.1.2, 6.6.1.1.4, apéndice G. NOM-045-SSA2-2005, en su numeral 10.6.6, 10.6.7	Central de Enfermeras	Verificar: 1. Que su ubicación tenga libre y rápido acceso a las áreas en donde se encuentren internados los pacientes. 2. Que cuente con un sistema de comunicación bidireccional y de alarma, conectada a cada cubículo o módulo. 3. Que el espacio físico esté libre de fuentes de contaminación. 4. Que se disponga de un espacio físico o mobiliario para guarda de medicamentos, soluciones y material de curación. 5. Que cuenten con el material y los medicamentos requeridos en el área.		1	Verificar: 1. Que las áreas, dimensiones y circulaciones permitan el desarrollo de las funciones y actividades propias del personal de enfermería. 2. Que el sistema de comunicación bidireccional y de alarma funcione. 3. Que el espacio físico o mobiliario para guarda de medicamentos, soluciones y material de curación este en buenas condiciones, limpio y ordenado. 4. Que los medicamentos y el material se encuentren en buenas condiciones y con fecha de caducidad vigente.		1	Verificar: 1. Bitácora de mantenimiento de equipo. 2. Bitácora de control de aseo y limpieza del área firmada por el jefe de turno o supervisor. 3. Sistema de abasto de material y medicamentos. 4. Bitácora específica para el registro de ordenes verbales y/o telefónicas		1	3. Información, conocimiento, innovación y tecnología	3.2 análisis e interpretación de la información 3.3 protección de la información
			Verificar: 1. Que exista el siguiente mobiliario: asiento, bote para basura tipo municipal (bolsa cualquier color, excepto rojo o amarillo), bote para P.P.R.T. (bolsa roja), carro de curación, lavabo con cartel de la técnica de higiene de manos, mesa alta con tarja, mesa Mayo con charola, mesa Pasteur, mostrador escritorio, mueble para guarda de equipo e insumos, sistema porta expedientes. 2. Que exista el siguiente equipo: caja de Dooyan, caja para desinfección de instrumentos, equipo de curaciones, esfigmomanómetro aneroides (o su equivalente tecnológico), estetoscopio, estuche de diagnóstico con oftalmoscopio, lebrillos, lámpara de haz dirigible, pinza de traslado, portavenocleisis rodable, termómetro, toruendo. 3. Que se cuente con pilas y focos de repuesto para el estuche de diagnóstico.		1	Verificar: 1. Que el mobiliario y equipo se encuentren en buenas condiciones. 2. Que el mobiliario y equipo funcionen. 3. Evaluar técnica de higiene de manos. 4. Que existan los insumos para la higiene de manos: jabón (líquido o gel). 5. Que el instrumental de curaciones este en buenas condiciones. 6. Que el empaque del instrumental esté rotulado con la fecha de esterilización.		1	Verificar: 1. Inventario del mobiliario y equipo. 2. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo del mobiliario y equipo. 3. Registro de la calibración del esfigmomanómetro. 4. Resguardo del instrumental. 5. Bitácora de uso de los desinfectantes. 6. Registro y control del sistema de abasto de los insumos para la higiene de manos.		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa 7.4 Gestión del riesgo en la atención
18	NOM-025-SSA3-2013, en su apéndice C. NOM-045-SSA2-2005, en su numeral 10.6.6, 10.6.6.4	Área de preparación de recetas de soluciones y medicamentos	Verificar: 1. Existencia del siguiente instrumental: equipo para aspiración de secreciones, con y sin circuitos cerrados, equipo para punción torácica, equipo para abordaje de acceso vascular central y periférico: catéter percutáneo y venocleisis, recipiente para desinfección de instrumentos.		1	Verificar: 1. Que el instrumental este en buenas condiciones. 2. Que el empaque del instrumental este rotulado con la fecha de esterilización. 3. Que los recipientes que contengan desinfectante permanezcan tapados y rotulados con el nombre del producto, la fecha de preparación y caducidad.		1	Verificar: 1. Resguardo del instrumental. 2. Bitácora de uso de los desinfectantes.		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa 7.4 Gestión del riesgo en la atención
			Verificar: 1. Existencia de un espacio físico y cerrado. 2. Que cuente con acceso limitado. 3. Que cuenten con mesa de acero inoxidable, cubrebocas, jeringa, gasas y dispositivos seguros y adecuados para extraer e inyectar el medicamento.		1	Verificar: 1. Que el área este señalizada. 2. Que el personal se lave las manos y use cubrebocas. 3. Que los catéteres venosos centrales y periféricos estén rotulados con fecha, hora y nombre del médico o enfermera responsables de su instalación y de la curación o antisepsia del sitio de inserción del catéter. 4. Que el sitio de inserción de las cánulas intravasculares periféricas y de los catéteres vasculares este cubierto con gasa estéril o un apósito estéril semipermeable. 5. Que las ampollitas de vidrio o plástico se utilicen exclusivamente al momento de abrirse y se deseché el remanente. 6. Que la utilización de frascos ampula sea con técnica de asepsia y siguiendo las instrucciones de conservación y uso de los fabricantes. 7. Que el medicamento esté rotulado con el nombre completo del paciente y sus datos de identificación.		1	Verificar: 1. Registro y control de la clínica de catéteres. 2. Sistema de abasto del material para la preparación de medicamentos y del material de cuidado de catéter. 3. Registro de la preparación de medicamentos y mezclas de soluciones. 4. Manual de procedimientos de enfermería.		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa 7.4 Gestión del riesgo en la atención
20	NOM-045-SSA2-2005, en su numeral 10.6.3.13, 10.6.3.14, 10.6.3.15 Acuerdo CS 60/06.03.17 por el que el Consejo de Salubridad General, declara la obligatoriedad de la implementación de las "Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente", en todos los establecimientos de atención médica del Sistema Nacional de Salud. Acción Esencial 3F	Nutrición parenteral y enteral (propio o subrogado)	Verificar: 1. Que cuente con campana de flujo laminar horizontal. 2. Que exista espacio físico específico. 3. Que se cuente con los insumos requeridos para la nutrición parenteral y enteral. 4. En su caso de que el servicio sea subrogado se deberá cumplir con lo establecido en la NOM-249-SSA1-2010.		1	Verificar: 1. Que la preparación de la nutrición parenteral se realice con técnica de barrera máxima. 2. Que la campana de flujo laminar se encuentre en buen estado, funcional y limpia. 3. Que al realizar la conexión de las bolsas se conserve la técnica de barrera máxima y se evite la contaminación. 4. Que la infusión de la nutrición parenteral sea exclusivamente a través de un catéter venoso central. 5. Que la línea del catéter sea manipulada con técnica estéril sólo para el cambio de las bolsas o equipos dedicados a la nutrición parenteral. 6. Que la nutrición enteral se prepare en un área exclusiva por personal capacitado. 7. Que los insumos para la nutrición parenteral y enteral se encuentren en buenas condiciones y con fecha de caducidad vigente.		1	Verificar: 1. Inventario de equipo (en su caso). 2. Bitácora de mantenimiento preventivo-correctivo de la campana de flujo laminar. 3. Manual de la operación del equipo. 4. Registro del lavado y desinfección de alto nivel de la campana de flujo laminar. 5. Registro del lavado y esterilización o de la desinfección de alto nivel del espacio físico. 6. Nota médica del procedimiento y hoja de enfermería. 7. Registro y control de la clínica de catéteres. 8. Sistema de abasto de los insumos para la preparación de la nutrición parenteral y enteral (en su caso). 9. Manual de procedimientos de enfermería para nutrición parenteral y enteral. 10. Control de la solicitud del servicio y entrega-recepción de la nutrición parenteral y enteral por parte del proveedor.		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa 7.4 Gestión del riesgo en la atención
			Verificar: 1. Existencia del área o espacio físico. 2. Que cuente con tomas de corriente suficiente para asegurar la recarga de los equipos.		1	Verificar: 1. Que el área este señalizada. 2. Que las tomas de corriente estén en buenas condiciones y funcionen. 3. Que el equipo cuente con los mimbres de limpieza y aseo.		1	Verificar: 1. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo de la estructura. 2. Resguardo e inventario de equipo.		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
22	NOM-025-SSA3-2013, en su numeral 5.2.16. NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 6.6.6.10	Lavado de instrumental	Verificar: 1. Que exista el área de lavado para material e instrumental, con agua corriente, tarja y área de secado, material para el lavado y asepsia.		1	Verificar: 1. Que las instalaciones no tengan fugas hídrosanitarias. 2. Que el mobiliario se encuentre en buenas condiciones.		1	Verificar: 1. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo de la estructura. 2. Bitácora de abasto de insumos para el lavado y asepsia. 3. Bitácora del procedimiento de desinfección de alto nivel del área.		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
			Verificar: 1. Existencia de los manuales correspondientes al servicio: bitácora de mantenimiento predictivo, preventivo y correctivo del equipo, código de bioética, guías diagnóstico-terapéuticas (de acuerdo con las patologías prevalentes), manuales de bioseguridad para el paciente, el personal y el servicio, manuales de funcionamiento de los equipos del servicio, manual de organización y funcionamiento, manuales de procedimientos técnico-médicos y administrativos, criterios de ingreso, selección y egreso.		1	Verificar: 1. Que los manuales sean de conocimiento y aplicación por parte del personal. 2. Que los manuales tengan los elementos requeridos. 3. Que estén actualizados. 4. Que estén autorizados por las autoridades correspondientes. 5. Que la fecha de elaboración este vigente.		1	Verificar: 1. Manual de organización. 2. Manual de procedimientos. 3. Manual de bioseguridad. 4. Bitácora de mantenimiento predictivo, preventivo y correctivo del equipo. 5. Código de bioética. 6. Guías diagnóstico-terapéuticas (de acuerdo con las patologías prevalentes). 7. Manuales de funcionamiento de los equipos del servicio. 8. Manuales de procedimientos técnico-médicos y administrativos. 9. Criterios de ingreso, egreso y exclusión.		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa

JCSA001401		HOSPITAL REGIONAL COCUILA											
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS HG-IRMI													
Normatividad aplicable		Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
			Evidencia Observacional	El evaluador deberá:		Evidencia Observacional	El evaluador deberá:		Evidencia Documental	El evaluador deberá:		Criterios y Subcriterios	
24	NOM-025-SSA3-2013, en su numeral 5.2.15	Áreas de Trabajo Administrativo para el Personal Médico y de Enfermería	Verificar: 1. Que exista el espacio físico específico. 2. Que cuente con mobiliario.	1	Verificar: 1. Que el espacio sea suficiente. 2. Que el mobiliario este en buenas condiciones.	1	Verificar: 1. Inventario del mobiliario. 2. Bitácora de mantenimiento preventivo-correctivo del mobiliario.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
25	NOM-025-SSA3-2013, en su numeral 5.3.2.2	Expediente clínico	Verificar: 1. Existencia de casos.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en historia clínica, nota de ingreso, nota de evolución, nota de interconsulta, nota de referencia/traslado, nota de egreso (en su caso), hoja de enfermería, hoja de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, cartas de consentimiento informado para los distintos procedimientos, nota de defunción y certificado de defunción (en su caso). 3. Apego a las guías de práctica clínica correspondientes, así como a los manuales de procedimiento técnico-médicos o protocolos de atención médica.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Censo de ingreso y egreso de pacientes. 3. Diagnóstico de morbimortalidad. 3. Sistemas de información. 4. Guías de práctica clínica. 5. Protocolos de atención médica. 6. Manuales de procedimientos técnico-médicos. 7. Manuales de procedimientos de enfermería.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
26			Verificar que se tenga acceso al procedimiento documentado para la identificación del paciente Acción Esencial 1 (A, B, C, D).	1	Verificar que: 1. El personal de salud identifica al paciente en el momento en que este solicita la atención y previo a la realización de procedimientos 2. La identificación se hace con dos identificadores que siempre serán, por lo menos, el nombre completo del paciente y la fecha de nacimiento (día, mes y año), 3. El personal de salud comprueba el nombre completo del paciente y fecha de nacimiento 4. En caso de que el paciente no esté consciente o en pacientes con cualquier tipo de discapacidad que impida la comunicación, los datos se validan con su familiar, antes de realizar cualquier procedimiento al paciente.	1	Verificar: 1. Que se cuenta con elementos para la identificación (tarjeta de cabecera o pie de cama o brazalete o pulsera) 2. La identificación del paciente en soluciones intravenosas y dispositivos 3. Que en los registros del área (nota de primera vez y notas de atención subsecuente, consentimientos informados, hojas diarias) cuenten con los dos identificadores.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
27	ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/09/17. AESP	Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente	Verificar que el área cuente con un procedimiento documentado para la comunicación efectiva Acción Esencial 2 (A, B, C, D, F, G) definido y aplicado al Establecimiento	1	Verificar que: 1. Se conoce y sigue el procedimiento establecido de Escuchar-Escribir-Leer-Confirmar-Transcribir, al emitir-recibir órdenes verbales y/o telefónicas, 2. Se conoce y aplica la Técnica SHER durante la transferencia, referencia, contra referencia y egreso.	1	Verificar: 1. Registros de supervisión de seguimiento, llenado de la bitácora específica de registro de órdenes verbales y/o telefónicas, llenado en expediente clínico.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
28			Verificar que el establecimiento cuente con un procedimiento documentado para la seguridad en el proceso de medicación Acción Esencial 3 (A, B, C, D, E, F, G, H, I) definido y aplicado al Establecimiento	1	Verificar que: 1. Se tenga acceso al procedimiento para la seguridad en el proceso de medicación 2. El personal conozca lo relativo al procedimiento de seguridad en el proceso de medicación sabiendo: a. Prescripción, transcripción, dispensación, recepción, almacenamiento y administración de medicamentos 3. Que sepan la doble verificación en la preparación y administración de medicamentos de alto riesgo 4. Notificación de eventos adversos relacionados con la medicación.	1	Verificar 1. La existencia de alertas visuales en medicamentos con aspecto o nombre parecido, 2. Que se cuente con la lista de medicamentos con aspecto y nombre parecido.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
29			Verificar que el área cuente con un procedimiento documentado para la seguridad en los procedimientos: Acción Esencial 4B definido y aplicado al establecimiento	1	Verificar que: 1. Se conozca y aplique el procedimiento que incluye: a. Aplicación del Tiempo Fuera para procedimientos fuera de quirófano. 2. Que personal cuente con la capacitación para su aplicación.	1	Verificar: 1. Registros de supervisión de seguimiento 2. Constancias de capacitación o listas de asistencia.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
30			CARRO ROJO UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS : Verificar: 1. Que cuenten con el carro rojo para el manejo del paro cardiopulmonar.	1	Verificar: 1. Que existan los insumos requeridos para el ABC de la reanimación cardiopulmonar. (Ver desglose) 2. Que la caducidad del material y medicamentos este vigente. 3. Que los insumos sean suficientes para la atención. 4. Que el personal conozca el manejo del monitor desfibrilador y las maniobras de reanimación cardiopulmonar. 5. Que estén identificados los medicamentos de alto riesgo y electrolitos.	1	Verificar: 1. Bitácora de control del carro para el manejo del paro cardiopulmonar firmada por el responsable de turno. 2. Registro histórico del abastecimiento oportuno y completo del contenido del carro para para el manejo del paro cardiopulmonar. 3. Registro de la prueba del trazo isoelectrico semanalmente. 4. Bitácora de mantenimiento del monitor-desfibrilador. 5. Protocolo de manejo de los medicamentos de alto riesgo y electrolitos.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
31					Equipo Médico y elementos complementarios								
32			Monitor-Desfibrilador Marcapaso con paletas para adulto y pediátricas.	1	Verificar: 1. Existencia de un Programa para la Gestión del Equipo y Tecnología Biomédica 2. Que el equipo médico se encuentre funcionando y en buenas condiciones.	1	Verificar: 1. Identificación del inventario del equipo médico 2. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo del equipo médico.	1	4.- Planeación	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación.			
33			Tanque de oxígeno con regulador y manómetro	1	Verificar existencia, que se encuentre lleno y con fecha de última recarga de oxígeno y fecha de vencimiento o caducidad	1	Verificar existencia, que se encuentre lleno y con fecha de última recarga de oxígeno y fecha de vencimiento o caducidad.	1	7.- Mejora de procesos	7.2 Administración de procesos de			
34			Tabla de reanimación (Por lo menos 50 x 60 x 1.0 cm).	1	en el turno correspondiente, portando uniforme y gafete, desarrollando las actividades correspondientes a su formación y	1	Verificar existencia y que se encuentre en buenas condiciones.	1					
35					Insumos de Carro Rojo Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos								
36					Primer Cajón								
37			Agua inyectable.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1					
38			Adenosina solución inyectable 6 mg/2 ml.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1					
39			Adrenalina (epinefrina) solución inyectable 1 mg / 1 ml.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1					
40			Amiodarona solución inyectable 150 mg / 3 ml.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1					
41			Atropina solución inyectable 1 mg / 1 ml.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1					
42			Bicarbonato de sodio solución inyectable al 7.5% (0.75 g).	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1					
43			Diazepam solución inyectable 10 mg / 2 ml. O Midazolam solución inyectable 5 mg / ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1					
44			Dobutamina solución inyectable 250 mg. *	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1					
45			Dopamina solución inyectable 200 mg / 5 ml. *	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4.- Planeación	4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación			
46			Esmolol solución inyectable 2.5 g / 10 ml. *	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	7.- Mejora de procesos	7.2 Administración			
47			Vecuronio solución inyectable 4 mg/ml.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1					

JCSSA001401		HOSPITAL REGIONAL COCULA										
		UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS HG-HMI										
Normatividad aplicable	Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental			Criterios y Subcriterios	
		El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:				
45	Carro rojo	Gluconato de Calcio solución inyectable al 10%.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	Se procesos de apoyo integral.				
46		Glucosa solución inyectable al 50% (adultos y pediátria)	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1					
47		Hidrocortisona solución inyectable 100 mg.*	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1					
48		Metilprednisolona solución inyectable 40 mg. *	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1					
49		Nitroglicerina solución intravenosa 50 mg /10 ml *	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1					
50		Nitroprusiato de sodio solución inyectable 50 mg*	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1					
51		Sulfato de Magnesio solución inyectable 1g / 10 ml.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1					
52		Lidocaina solución inyectable al 2%.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1					

CEDELA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

JCSSA001401		HOSPITAL REGIONAL COCUILA										
		UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS HG-HMI										
Normatividad aplicable	Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental			EN SALUD	
		El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			Criterios y Subcriterios	
		Segundo Cajón										
53		Parches para electrodo (adulto, pediátricos).	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1				4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.	
54		Catéter venoso central (4-7 fr)	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1					
55		Llave de tres vías.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1					
56		Sonda de aspiración.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1					
57		Jeringas de 5, 10, 20 ml.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1					
58		Agujas hipodérmicas.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1					
59		Equipo de venoclisis con microgotero.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1					
60		Equipo de venoclisis con normogotero.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1					
Tercer Cajón												
61		Cánulas endotraqueales: N° 2.5, 3.0, 3.5, 4.0, 4.5, 5.0, 6.5 mm.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1				4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.	
62		Aguja intraósea (14,16,18).	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1					
63		Guía metálica para cánulas endotraqueales (adulto y pediátrico).	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1					
64		Lidocaina con atomizador manual al 10%.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1					
65		Cánulas de Guedel: 3, 4, 5.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1					
66		Mango de laringoscopio.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1					
67		Hojas rectas: 0,1, 2.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1					
68		Hojas curvas: 1, 2, 3, 4.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1					
69		Guantes.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1					
Cuarto Cajón												
70		Bolsa autoinflable para reanimación pediátrica y adulto.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1				4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.	
71		Mascarilla laríngea 2.0,2.5,3.0,4.0).	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1					
72		Extensión para oxígeno.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1					
73		Puntas nasales.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1					
74		Solución Hartmann inyectable 500 ml.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1					
75		Solución de cloruro de sodio inyectable al 0.9% 500 ml.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1					
76		Solución glucosada inyectable al 5% 250 ml.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1					
77		Coloide solución inyectable 500 ml.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1					
UTIP HG, HP		100.00%		77			77			75		

JCSSA001401		HOSPITAL REGIONAL COCULA		UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES HG- IMI - HP								
Normatividad aplicable	Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental			Criterios y Subcriterios	
		El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:				
1	NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 4.12, 5.1.10, 6.6.2.2.9. NOM-045-SSA2-2005, en su numeral 10.6.7.1, 10.6.7.2. NOM-025-SSA3-2013, en su numeral 5.2.12, 5.2.12.1, 6.3.1.9 ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/09/17. AESP 6C.	Condiciones Generales	Verificar: 1. Existencia de señalización. 2. Que cuente con señalamiento de emergencia para protección civil. 3. Que el punto de reunión esté delimitado e identificado.	1	Verificar: 1. Que el área esté debidamente señalizada con rótulo de acceso restringido. 2. Que el sistema de control térmico ambiental y de ventilación, mantenga la temperatura ambiental en un rango estable entre 24 y 28°C y que la humedad se mantenga entre 30 y 60%. 3. Que se permita la circulación de aire cuando menos de seis veces y el recambio de dos volúmenes por hora. 4. Que la infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas se encuentren en buen estado. 5. Que los ruidos ambientales excedan de 45 decibeles de manera continua (los ruidos transitorios no deben exceder de 65 decibeles).	1	Verificar: 1. Bitácora de control de aseo y limpieza del área firmada por el jefe de turno o supervisor. 2. Bitácora del mantenimiento preventivo-correctivo de la estructura e instalaciones. 3. Manual de procedimientos para determinar las características, la frecuencia del aseo y limpieza del área. 4. Registro del control térmico ambiental, humedad del aire y del nivel de decibeles. 5. Registro del recambio de filtros HEPA y del aire filtrado.	1	4. Planeación 5. Responsabilidad Social	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa 5.3 Hospital Seguro		
2	NOM-025-SSA3-2013, en su numeral 5.2.1.1		Verificar: 1. Ubicación del servicio.	1	Verificar: 1. Que la ubicación sea de fácil acceso desde las áreas de cirugía, toxicología, urgencias y hospitalización.	1	No aplica	NA	4. Planeación 5. Responsabilidad Social	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa 5.3 Hospital Seguro		
3	NOM-025-SSA3-2013, en su numeral 5.2.21. NOM-002-STPS-2010, en su numeral 7.17. NOM-030-SSA3-2013, en su numeral 6.4.1.1, 6.4.6, 6.8 Acuerdo CSG 60/06.03.17 por el que el Consejo de Salubridad General, declara la obligatoriedad de la implementación de las "Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente", en todos los establecimientos de atención médica del Sistema Nacional de Salud. Acción Esencial 5B.		Verificar: 1. Que exista sala de espera con servicios de sanitarios. 2. Que los sanitarios para el personal y sanitarios para público y familiares, cuenten con módulo de higiene de manos con el cartel de la técnica de higiene de manos. 3. Que cuente con extintores.	1	Verificar: 1. Que el mobiliario se encuentre en buen estado. 2. Que se reserve como mínimo, un asiento para personas con muletas o bastones. 3. Que los extintores estén colocados de acuerdo a la NOM-002-STPS-2010 y la fecha de la carga este vigente. 4. Que los sanitarios sean independientes para hombres y mujeres. 5. Que tengan papel sanitario y bote de campana o de pedal para basura. 6. Que se disponga de un inodoro y lavabo para uso de personas con discapacidad. 7. Que no se presente fugas de agua o drenaje. 8. Que se encuentren limpios e higiénicos. 9. Abasto e insumos para la higiene de manos: jabón (líquido o gel) y toallas desechables.	1	Verificar: 1. Inventario de mobiliario. 2. Bitácora del mantenimiento preventivo y correctivo de la estructura y del mobiliario. 3. Registro y calendario de la recarga de los extintores. 4. Registro y control del sistema de abasto de los insumos para la higiene de manos. 5. Bitácora de limpieza firmada por turno y por supervisor o jefe del servicio. 6. Registro de la evaluación al personal en la técnica para la higiene de manos.	1	4. Planeación 5. Responsabilidad Social	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa 5.3 Hospital Seguro		
4	NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 4.12. NOM-025-SSA3-2013, en su numeral 5.2.20.		Verificar: 1. Existencia de cuarto séptico. 2. Que cuente con tarja, mesa de trabajo y repisas de acero inoxidable para el aseo y almacenamiento de utensilios varios.	1	Verificar: 1. Que se utilice el cuarto séptico para el almacenamiento, limpieza y sanitización de los recipientes utilizados para recolectar las excretas de pacientes, así como para el acopio de ropa de cama y pacientes. 2. Que su ubicación este cerca al área. 3. Infraestructura e instalaciones hidrosanitarias en buenas condiciones.	1	Verificar bitácora de control de aseo y limpieza del área firmada por el jefe de turno o supervisor.	1	4. Planeación 5. Responsabilidad Social	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa 5.3 Hospital Seguro		
5	NOM-087-ECOL-SSA1-2002, en su numeral 4 y 6.	Requisitos Generales	Verificar: 1. Existencia de contenedores para el manejo del R.P.B.I.	1	Verificar: 1. Que la señalización de la circulación de los contenedores este colocada del área generadora hacia el almacén temporal. 2. Que los R.P.B.I. estén identificados y separados en los contenedores correspondientes de acuerdo a sus características físicas y biológicas infecciosas.	1	Verificar bitácora de registro de la recolección del R.P.B.I. con los datos específicos como fecha, peso, tipo de residuo, firma del responsable del área y firma del responsable de la recolección.	1	4. Planeación 5. Responsabilidad Social	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa 5.3 Hospital Seguro		
6	NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 6.6.6.8.		Verificar: 1. Que existan lavabos para el área general y que cuente con el cartel de la técnica para la higiene de manos. 2. Que cuente con bote de basura municipal.	1	Verificar: 1. Que existan los insumos para la higiene de manos: jabón (líquido o gel) y toallas desechables. 2. Que las instalaciones no tengan fugas hidrosanitarias. 3. Que el mobiliario se encuentre en buenas condiciones.	1	Verificar: 1. Bitácora de mantenimiento preventivo-correctivo de la estructura y mobiliario. 2. Bitácora de control de aseo y limpieza del área firmada por el jefe de turno o supervisor. 3. Registro y control del sistema de abasto de los insumos para la higiene de manos.	1	4. Planeación 5. Responsabilidad Social	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa 5.3 Hospital Seguro		
7	NOM-001-SEDE-2012, artículo 517, en su numeral 517-2, 517-30.		Verificar: 1. Que el circuito eléctrico esté conectado a la planta de emergencia. 2. Que se cuente con contactos grado hospital con un color distintivo o una marca.	1	Verificar: 1. Revisar en el área su funcionamiento a través del equipo conectado a los contactos grado hospital. 2. Que el restablecimiento de la energía sea en un lapso de 10 segundos o menor.	1	No aplica.	NA	4. Planeación 5. Responsabilidad Social	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa 5.3 Hospital Seguro		

JCSA001401		HOSPITAL REGIONAL COCULA		UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES HG- RMI - HP						
Normatividad aplicable		Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA	Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO	Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL	Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
			Evidencia Observacional		Evidencia Observacional		Evidencia Documental		Criterios y Subcriterios	
			El evaluador deberá:		El evaluador deberá:		El evaluador deberá:			
8	NOM-025-SSA3-2013, en su numeral 5.2.1.2, 5.2.1.2.1, 5.2.2. NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 4.14. NOM-045-SSA2-2005, en su numeral 10.6.1.2.		Verificar: 1. Que exista control de acceso (filtro de acceso) a la unidad para visitantes, familiares y personal médico y paramédico. 2. Que cuente con puerta y pasillos. 3. Lavabo con el cartel de la técnica para la higiene de manos. 4. Que cuente con material para la colocación de las barreras de protección, (bata, gorro y cubre boca ya sean desechables o reusables).	1	Verificar: 1. Que el área de acceso este señalizada e identificada. 2. Que se mantengan las condiciones de asepsia. 3. Que la puerta y los pasillos por los que transitan, tanto el personal como los pacientes, el mobiliario y equipo médico hospitalarios, tengan las dimensiones óptimas para cumplir con su función. 4. Que el personal y familiares ingresen a la unidad a través del filtro de acceso. 5. Que las barreras de protección estén buen estado y que se utilicen. 6. evaluar la técnica de higiene de manos. 7. Que existan los insumos para la higiene de manos: jabón (líquido o gel) y toallas desechables 8. Que las instalaciones no tengan fugas hidrosanitarias. 9. Que el mobiliario se encuentre en buenas condiciones.	1	Verificar: 1. Bitácora de mantenimiento preventivo-correctivo de la estructura y mobiliario. 2. Bitácora de control de aseo y limpieza del área firmada por el jefe de turno o supervisor. 3. Bitácora del procedimiento de desinfección de alto nivel del área. 4. Registro de capacitación al personal de salud y familiares en los flujos de ingreso y egreso. 5. Registro y control del sistema de abasto de los insumos para la higiene de manos.	1	4. Planeación 5. Responsabilidad Social	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa 5.3 Hospital Seguro
9	NOM-025-SSA3-2013, en su numeral 5.3.1.6.		Verificar: 1. Existencia de auxiliares de diagnóstico y tratamiento.	1	Verificar: 1. Que la atención de los servicios sea las 24 horas del día los 365 días del año.	1	Verificar expediente clínico (resultados de laboratorio y gabinete integrados e interpretados, así como solicitud de hemoderivados).	1	4. Planeación 5. Responsabilidad Social	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa 5.3 Hospital Seguro
10			Verificar: 1. Que los cubículos o módulos para la atención de los pacientes, cuenten con el espacio suficiente para la ubicación de la cuna o incubadora y el equipo de monitoreo o soporte. 2. Que las paredes, pisos y techos de los cubículos o módulos, sean de material liso, resistente y lavable. 3. Que en cada cubículo existan al menos 16 contactos eléctricos grado médico. 4. Que en cada cubículo existan dos tomas fijas para el suministro de oxígeno medicinal, una toma fija de aire comprimido, así como al menos dos tomas fijas de aspiración controlada y canastilla con frasco empotrado en la pared. 5. Que el área para la extracción de leche tenga dimensiones mínimas de 6 m². 6. Que las ventanas permitan la entrada de luz natural, con una distancia mínima de separación entre la ventana y las cunas de 0.6 m (las ventanas deben contar con una cubierta de material anti reflejante que minimice la pérdida o ganancia de calor). 7. Que se cuente con controles para cada módulo que permitan regular la intensidad y apagado inmediato de luz ambiental.	1	Verificar: 1. Que el espacio sea suficiente para el desplazamiento del personal y equipo (2.4 m). 2. Que los contactos grado médico estén diferenciados con un color distintivo o una marca. 3. Que los cubículos estén ubicados preferentemente en torno de la central de enfermeras. 4. Que los reguladores de la luz ambiental funcionen. 5. Que las tomas fijas estén funcionando y sin fugas. 6. Que el espacio entre incubadoras debe ser al menos de 2 m. 7. Que exista un espacio específico para la extracción de leche con cortinas o mamparas.	1	Verificar bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo de la estructura y de los reguladores de luz ambiental.	1	4. Planeación 5. Responsabilidad Social	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa 5.3 Hospital Seguro
11			Verificar que en cada cubículo o módulo exista el siguiente mobiliario: bote para basura municipal (bolsa de cualquier color, excepto rojo o amarillo), bote con bolsa roja para R.P.B.I., contenedor para puncocortantes y depósito para vidrio, cuna de calor radiante con fototerapia para terapia intensiva neonatal con el equipo mínimo siguiente: barandales abatibles de material transparente, colchón de material anti alérgico y radiolúcido, charola para placas de rayos X, lámparas de iluminación, de luz fría, poste de venoclisis, rial lateral para montaje de accesorios, ruedas antiestáticas, sensor de temperatura reutilizable, sistema de aspiración y flujómetro de oxígeno integrado.	1	Verificar: 1. Que el mobiliario se encuentren en buenas condiciones de pintura, sin zonas de oxidación o deterioro. 2. Que el mobiliario funcione. 3. R.P.B.I.	1	Verificar: 1. Inventario del mobiliario. 2. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo del mobiliario. 3. Registro del procedimiento del aseo, limpieza y desinfección de las cunas de calor radiante, cada vez que la ocupe un nuevo paciente, cuando se desocupe o en 48 horas si no se ha ocupado.	1	4. Planeación 5. Responsabilidad Social	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa 5.3 Hospital Seguro
12	NOM-025-SSA3-2013, en su numeral 5.2.3, 5.2.4, 5.2.5, 5.2.6, 5.2.7, 5.2.8, 6.3.1.5, 6.3.1.6, 6.3.1.7, 6.3.1.8 y apéndice C. NOM-045-SSA2-2005, en su numeral 10.6.1.2, 10.6.3.1, 10.6.4.2, 10.6.4.4, 10.6.7.4, 10.6.7.6, 10.6.7.7.	Cubículos o Módulos para la Atención	Verificar que exista el siguiente equipo por cubículo o módulo: dispositivos para suministrar oxígeno con sistemas de humidificación, control de proporción de oxígeno (con mezclador de gases oxígeno/aire), temperatura y nebulización, bolsa para reanimación autoinflable entre 250 y 500 ml con reservorio de oxígeno, bombas de micro infusión continua pediátricas, bombas de micro infusión de jeringa para programar la velocidad de infusión al menos de 0.1 ml por hora, equipo mezclador de gases para concentraciones del 21 al 100% de oxígeno, estetoscopio neonatal, monitor de signos vitales, con accesorios para paciente neonato, con registro de frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno, temperatura, tensión arterial no invasiva, tensión arterial invasiva y trazo electrocardiográfico, termómetro con porta termómetro, ventilador pediátrico/neonatal, limitado por presión convencional y que cuente con modo de alta frecuencia oscilatoria (con humidificador, nebulizador, sensor de flujo y de temperatura del aire inspirado que llega a las vías aéreas del neonato).	1	Verificar: 1. Que el equipo se encuentren en buenas condiciones. 2. Que el equipo funcione. 3. Que el cambio del humidificador y equipos de apoyo respiratorio se realice máximo cada semana o en su caso al menos que exista contaminación documentada. 4. Que el equipo de infusión este rotulado con la fecha, hora y nombre de la persona que lo instaló.	1	Verificar: 1. Inventario del equipo. 2. bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo del equipo. 3. Registro del lavado y esterilización o de la desinfección de alto nivel de los circuitos para ventilación e inhaloterapia, las bolsas de reanimación respiratoria y sensores de oxígeno que no sean desechables. 4. Registro de la esterilización o desinfección de los humidificadores y equipos de apoyo respiratorio no invasivo. 5. Registro del cambio del humidificador y equipos de apoyo con la fecha y hora.	1	4. Planeación 5. Responsabilidad Social	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa 5.3 Hospital Seguro

JCSSA001401		HOSPITAL REGIONAL COCULA		UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES HG- IMI - HF					
Normatividad aplicable	Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Criterios a evaluar PROCESO		Criterios a evaluar DOCUMENTAL		MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional		Evidencia Observacional		Evidencia Documental		Puntaje	Criterios y Subcriterios
		El evaluador deberá:		El evaluador deberá:		El evaluador deberá:			
13	NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 6.6.6.8.9.	Verificar que exista el siguiente equipo por servicio: báscula pesabebés con capacidad de registro de 1 g a 10 Kg, electrocardiógrafo móvil con capacidad para desplegar 12 derivaciones simultáneas, con accesorios complementarios adaptables para el neonato, estuche de diagnóstico completo, lámpara de haz dirigible, lámpara de mano, negatoscopio u otros tipos de aparatos para valoración de estudios radiológicos y de imagenología, incubadora de traslado que proporcione ambiente controlado de humedad, temperatura y oxigenación, así como el mínimo trauma con el movimiento, además del equipo mínimo siguiente: cubierta transparente con visibilidad total en los 360°, con capote de doble pared para evitar pérdida de temperatura radiante, monitor de transporte, con despliegue digital de temperatura del aire de la cámara, temperatura del paciente, medición de saturación de oxígeno y frecuencia cardíaca, portillos (cinco o más) para tener acceso al paciente, sistema para circulación de aire, regulador de la temperatura de aire de 23 a 38°C sin sobrepasar los 39°C, soporte para dos tanques de oxígeno con una capacidad de 415 L como mínimo, ventilador de transporte neonatal electrónico controlado por presión; mezclador de gases para proveer fracción inspirada de oxígeno del 21 al 100%, respaldo de batería de 5 horas como mínimo.	1	Verificar: 1. Que el equipo se encuentren en buenas condiciones. 2. Que el equipo funcione. 3. Que la batería de la incubadora de traslado este con carga.	1	Verificar: 1. Inventario del equipo. 2. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo del equipo. 3. Registro del procedimiento del aseo y limpieza de las incubadoras cada vez que la ocupe un nuevo paciente, cuando se desocupe o en 48 horas si no se ha ocupado. 4. Registro de la calibración de la báscula pesabebés. 5. Registro del lavado y esterilización o de la desinfección de alto nivel de los circuitos para ventilación e inhaloterapia, las bolsas de reanimación respiratoria y sensores de oxígeno que no sean desechables. 6. Registro del recambio de los tanques de oxígeno.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
14		Verificar: 1. Que se prevea la disponibilidad de al menos un cubículo o módulo de aislamiento para pacientes sépticos e infecto-contagiosos. 2. Que preferentemente cuente con inyección y extracción de aire independientes (deberán contar con ductos de extracción de aire). 3. Que cuenten con el espacio suficiente para la ubicación de la cuna o incubadora y el equipo de monitoreo o soporte. 4. Que las paredes, pisos y techos de los cubículos o módulos, sean de material liso, resistente y lavable. 5. Que en cada cubículo existan al menos 16 contactos eléctricos grado médico. 6. Que en cada cubículo existan dos tomas fijas para el suministro de oxígeno medicinal, una toma fija de aire comprimido, así como al menos dos tomas fijas de aspiración controlada y canastilla con frasco empotrado en la pared. 7. Que el área tenga dimensiones mínimas de 6 m². 8. Que las ventanas permitan la entrada de luz natural, con una distancia mínima de separación entre la ventana y las cunas de 0.6 m (las ventanas deben contar con una cubierta de material anti reflejante que minimice la pérdida o ganancia de calor). 9. Que se cuente con controles para cada módulo que permitan regular la intensidad y apagado inmediato de luz ambiental. 10. Que cuente con lavabos e insumos con el cartel de la técnica para la higiene de manos. 11. Bote para basura municipal.	1	Verificar: 1. Que el espacio sea suficiente para el desplazamiento del personal. 2. Que los contactos grado médico estén diferenciados con un color distintivo o una marca. 3. Que los cubículos estén ubicados preferentemente en torno de la central de enfermeras. 4. Que los reguladores de la luz ambiental funcionen. 5. Que las tomas fijas estén funcionando y sin fugas. 6. Que existan los insumos para la higiene de manos: jabón (líquido o gel) y toallas desechables. 7. Que las instalaciones no tengan fugas hidrosanitarias. 8. Que el mobiliario se encuentre en buenas condiciones.	1	Verificar: 1. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo de la estructura, de los reguladores de luz ambiental y mobiliario. 2. Bitácora de control de aseo y limpieza del área firmada por el jefe de turno o supervisor. 3. Registro y control del sistema de abasto de los insumos para la higiene de manos. 4. Registro del control y mantenimiento del sistema de inyección y extracción.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
15		Verificar: 1. Que su ubicación tenga libre y rápido acceso a las áreas en donde se encuentren internados los pacientes. 2. Que cuente con un sistema de comunicación bidireccional y de alarma, conectada a cada cubículo o módulo. 3. Que el espacio físico esté libre de fuentes de contaminación. 4. Que se disponga de un espacio físico o mobiliario para guarda de medicamentos, soluciones y material de curación. 5. Que cuenten con el material y los medicamentos requeridos en el área.	1	Verificar: 1. Que las áreas, dimensiones y circulaciones permitan el desarrollo de las funciones y actividades propias del personal de enfermería. 2. Que el sistema de comunicación bidireccional y de alarma funcione. 3. Que el espacio físico o mobiliario para guarda de medicamentos, soluciones y material de curación este en buenas condiciones, limpio y ordenado. 4. Que los medicamentos y el material se encuentren en buenas condiciones y con fecha de caducidad vigente.	1	Verificar: 1. Bitácora de mantenimiento de equipo. 2. Bitácora de control de aseo y limpieza del área firmada por el jefe de turno o supervisor. 3. Sistema de abasto de material y medicamentos. 4. Bitácora específica para el registro de órdenes verbales y/o telefónicas.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
16	NOM-025-SSA3-2013, en su numeral 3.2, 5.2.9, 5.2.10. NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 6.6.1, 6.6.1.1, 6.6.1.1.1, 6.6.1.1.2, 6.6.1.1.4, apéndice G. NOM-045-SSA2-2005, en su numeral 10.6.6, 10.6.7 ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/09/17. AESP 2A.	Verificar: 1. Que exista el siguiente mobiliario: asiento, bote para basura tipo municipal (bolsa cualquier color, excepto rojo o amarillo), bote para R.P.B.I. (bolsa roja), carro de curación, lavabo con cartel de la técnica de higiene de manos, mesa alta con tarja, mesa Mayo con charola, mesa Pasteur, mostrador escritorio, mueble para guarda de equipo e insumos, sistema porta expedientes. 2. Que exista el siguiente equipo: caja de Doayan, caja para desinfección de instrumentos, equipo de curaciones, esfigmomanómetro aneróide (o su equivalente tecnológico), en su caso con brazalete pediátrico, estetoscopio, en su caso con cápsula tamaño pediátrico, estuche de diagnóstico con oftalmoscopio, lebrillos, lámpara de haz dirigible, pinza de traslado, portavenoclisis rodable, termómetro, torúndero. 3. Que se cuente con pilas y focos de repuesto para el estuche de diagnóstico.	1	Verificar: 1. Que el mobiliario y equipo se encuentren en buenas condiciones. 2. Que el mobiliario y equipo funcionen. 3. evaluar la técnica de higiene de manos. 4. Que existan los insumos para la higiene de manos: jabón (líquido o gel) y toallas desechables. 5. Que el instrumental de curaciones este en buenas condiciones. 6. Que el empaque del instrumental esté rotulado con la fecha de esterilización. 3. Infraestructura e instalaciones hidrosanitarias en buenas condiciones.	1	Verificar: 1. Inventario del mobiliario y equipo. 2. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo del mobiliario y equipo. 3. Registro de la calibración del esfigmomanómetro. 4. Resguardo del instrumental. 5. Bitácora de uso de los desinfectantes. 6. Registro y control del sistema de abasto de los insumos para la higiene de manos.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
17	NOM-025-SSA3-2013, en su apéndice C. NOM-045-SSA2-2005, en su numeral 10.6.6, 10.6.6.4	Verificar: 1. Existencia del siguiente instrumental: equipo para aspiración de secreciones, con y sin circuitos cerrados, equipo para punción torácica, equipo para abordaje de acceso vascular central y periférico: onfaloclistas, catéter percutáneo y venoclisis, recipiente para desinfección de instrumentos.	1	Verificar: 1. Que el instrumental este en buenas condiciones. 2. Que el empaque del instrumental este rotulado con la fecha de esterilización. 3. Que los recipientes que contengan desinfectante permanezcan tapados y rotulados con el nombre del producto, la fecha de preparación y caducidad.	1	Verificar: 1. Resguardo del instrumental. 2. Bitácora de uso de los desinfectantes.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa

JCSSA001401		HOSPITAL REGIONAL COCULA											
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES HG- RMI - HF													
Normatividad aplicable		Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA			Criterios a evaluar PROCESO			Criterios a evaluar DOCUMENTAL			MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
			Evidencia Observacional		Puntaje	Evidencia Observacional		Puntaje	Evidencia Documental		Puntaje		
			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:				
18	NOM-045-SSA2-2005, en su numeral 10.6.3.4, 10.6.3.6, 10.6.3.7, 10.6.3.11, 10.6.3.12 ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/09/17. AESP 3E.	Área de preparación de Mezclas de Soluciones y Medicamentos	Verificar: 1. Existencia de un espacio físico y cerrado. 2. Que cuente con acceso limitado. 3. Que cuenten con mesa de acero inoxidable, cubrebocas, jeringas, gasas y dispositivos seguros y adecuados para extraer e inyectar el medicamento.	1	Verificar: 1. Que el área este señalizada. 2. Que el personal se lave las manos y use cubrebocas. 3. Que los catéteres venosos centrales y periféricos estén rotulados con fecha, hora y nombre del médico o enfermera responsables de su instalación y de la curación o antisepsia del sitio de inserción del catéter. 4. Que el sitio de inserción de las cánulas intravasculares periféricas y de los catéteres vasculares este cubierto con gasa estéril o un apósito estéril semipermeable. 5. Que las ampollitas de vidrio o plástico se utilicen exclusivamente al momento de abrirse y se desechen el remanente. 6. Que la utilización de frascos ampulla sea con técnica de asepsia y siguiendo las instrucciones de conservación y uso de los fabricantes. 7. Que el medicamento esté rotulado con el nombre completo del paciente y sus datos de identificación.	1	Verificar: 1. Registro y control de la clínica de catéteres. 2. Sistema de abasto del material para la preparación de medicamentos y del material de cuidado de catéter. 3. Registro de la preparación de medicamentos y mezclas de soluciones. 4. Manual de procedimientos de enfermería.	1	4.1 Planeación	4.3 Planeación Operativa			
19	NOM-045-SSA2-2005, en su numeral 10.6.3.13,10.6.3.14, 10.6.3.15.	Nutrición Parenteral y Enteral (propio o subrogado)	Verificar: 1. Que cuente con campana de flujo laminar horizontal. 2. Que exista espacio físico específico. 3. Que se cuente con los insumos requeridos para la nutrición parenteral y enteral. 4. En su caso de que el servicio sea subrogado se deberá cumplir con lo establecido en la NOM-249-SSA1-2010.	1	Verificar: 1. Que la preparación de la nutrición parenteral se realice con técnica de barrera máxima. 2. Que la campana de flujo laminar se encuentre en buen estado, funcional y limpia. 3. Que al realizar la conexión de las bolsas se conserve la técnica de barrera máxima y se evite la contaminación. 4. Que la infusión de la nutrición parenteral sea exclusivamente a través de un catéter venoso central. 5. Que la línea del catéter sea manipulada con técnica estéril sólo para el cambio de las bolsas o equipos dedicados a la nutrición parenteral. 6. Que la nutrición enteral se prepare en un área exclusiva por personal capacitado. 7. Que los insumos para la nutrición parenteral y enteral se encuentren en buenas condiciones y con fecha de caducidad vigente.	1	Verificar: 1. Inventario de equipo (en su caso). 2. Bitácora de mantenimiento preventivo-correctivo de la campana de flujo laminar. 3. Manual de la operación del equipo. 4. Registro del lavado y desinfección de alto nivel de la campana de flujo laminar. 5. Registro del lavado y esterilización o de la desinfección de alto nivel del espacio físico. 6. Nota médica del procedimiento y hoja de enfermería. 7. Registro y control de la clínica de catéteres. 8. Sistema de abasto de los insumos para la preparación de la nutrición parenteral y enteral (en su caso). 9. Manual de procedimientos de enfermería para nutrición parenteral y enteral. 10. Control de la solicitud del servicio y entrega-recepción de la nutrición parenteral y enteral por parte del proveedor.	1	4.1 Planeación	4.3 Planeación Operativa			
20	NOM-025-SSA3-2013, en su numeral 5.2.19.	Almacén de Equipo Rodable	Verificar: 1. Existencia del área o espacio físico. 2. Que cuente con tomas de corriente suficiente para asegurar la recarga de los equipos.	1	Verificar: 1. Que el área esté señalizada. 2. Que las tomas de corriente estén en buenas condiciones y funcionen. 3. Que el equipo cuente con los mimbres de limpieza y aseo.	1	Verificar: 1. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo de la estructura. 2. Resguardo e inventario de equipo.	1	4.1 Planeación	4.3 Planeación Operativa			
21	NOM-025-SSA3-2013, en su numeral 5.2.16. NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 6.6.6.10.	Lavado de Instrumental	Verificar que exista el área de lavado para material e instrumental, con agua corriente, tarja y área de secado, material para el lavado y asepsia.	1	Verificar: 1. Que las instalaciones no tengan fugas hidrosanitarias. 2. Que el mobiliario se encuentre en buenas condiciones.	1	Verificar: 1. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo de la estructura. 2. Bitácora de abasto de insumos para el lavado y asepsia. 3. Bitácora del procedimiento de desinfección de alto nivel del área.	1	4.1 Planeación	4.3 Planeación Operativa			
22	NOM-025-SSA3-2013, en su numeral 5.3.1.5.	Organización y funcionamiento	Verificar existencia de los manuales correspondientes al servicio: bitácora de mantenimiento predictivo, preventivo y correctivo del equipo, código de bioética, guías diagnóstico-terapéuticas (de acuerdo con las patologías prevalentes), manuales de bioseguridad para el paciente, el personal y el servicio, manuales de funcionamiento de los equipos del servicio, manual de organización y funcionamiento, manuales de procedimientos técnico-médicos y administrativos, criterios de ingreso, selección y egreso.	1	Verificar: 1. Que los manuales sean de conocimiento y aplicación por parte del personal. 2. Que los manuales tengan los elementos requeridos. 3. Que estén actualizados. 4. Que estén autorizados por las autoridades correspondientes. 5. Que la fecha de elaboración este vigente.	1	Verificar: 1. Manual de organización. 2. Manual de procedimientos. 3. Manual de bioseguridad. 4. Bitácora de mantenimiento predictivo, preventivo y correctivo del equipo. 5. Código de bioética. 6. Guías diagnóstico-terapéuticas (de acuerdo con las patologías prevalentes). 7. Manuales de funcionamiento de los equipos del servicio. 8. Manuales de procedimientos técnico-médicos y administrativos. 9. Criterios de ingreso, egreso y exclusión.	1	4.1 Planeación	4.3 Planeación Operativa			
23	NOM-025-SSA3-2013, en su numeral 5.2.15.	Áreas de Trabajo Administrativo para el Personal Médico y de Enfermería	Verificar: 1. Que exista el espacio físico específico. 2. Que cuente con mobiliario.	1	Verificar: 1. Que el espacio sea suficiente. 2. Que el mobiliario esté en buenas condiciones.	1	Verificar: 1. Inventario del mobiliario. 2. Bitácora de mantenimiento preventivo-correctivo del mobiliario.	1	4.1 Planeación	4.3 Planeación Operativa			

JCSSA001401		HOSPITAL REGIONAL COCULA												
		UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES HG- IMI HF												
Normatividad aplicable		Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA				Criterios a evaluar PROCESO				Criterios a evaluar DOCUMENTAL			
			Evidencia Observacional		Puntaje	Evidencia Observacional		Puntaje	Evidencia Documental		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD		
			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			Criterios y Subcriterios		
24	NOM-025-SSA3-2013, en su numeral 5.3.2.2.2	Expediente Clínico	Verificar: 1. Existencia de casos.		1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en historia clínica, nota de ingreso, nota de evolución, nota de interconsulta, nota de referencia/traslado, nota de egreso (en su caso), hoja de enfermería, hoja de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, cartas de consentimiento informado para los distintos procedimientos, nota de defunción y certificado de defunción (en su caso). 3. Apego a las guías de práctica clínica correspondientes, así como a los manuales de procedimiento técnico-médicos u protocolos de atención médica.		1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Censo de ingreso y egreso de pacientes. 3. Diagnóstico de morbilidad/mortalidad. 4. Sistemas de información. 5. Guías de práctica clínica. 6. Protocolos de atención médica. 7. Manuales de procedimientos técnico-médicos. 8. Manuales de procedimientos de enfermería.		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
Cuidados Intermedios														
25	NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 4.12, 5.1.10, 6.6.2.2.9. NOM-045-SSA2-2005, en su numeral 10.6.7.1, 10.6.7.2. NOM-025-SSA3-2013, en su numeral 5.2.12, 5.2.12.1, 6.3.1.9.	Condiciones Generales	Verificar: 1. Que exista señalización. 2. Que se encuentre limpia y mantenga la asepsia correspondiente. 3. Que cuente con iluminación, ventilación, control térmico ambiental y humedad del aire. 4. Que cuente con filtros de aire de alta eficiencia. 5. Que cuente con infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas.		1	Verificar: 1. Que el área esté debidamente señalizada con rótulo de acceso restringido. 2. Que el sistema de control térmico ambiental y de ventilación, mantenga la temperatura ambiental en un rango estable entre 24 y 28°C y que la humedad se mantenga entre 30 y 60%. 3. Que se permita la circulación de aire cuando menos de seis veces y el recambio de dos volúmenes por hora. 4. Que la infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas se encuentren en buen estado. 5. Que los ruidos ambientales excedan de 45 decibeles de manera continua (los ruidos transitorios no deben exceder de 65 decibeles).		1	Verificar: 1. Bitácora de control de aseo y limpieza del área firmada por el jefe de turno o supervisor. 2. Bitácora del mantenimiento preventivo-correctivo de la estructura e instalaciones. 3. Manual de procedimientos para determinar las características, la frecuencia del aseo y limpieza del área. 4. Registro del control térmico ambiental, humedad del aire y del nivel de decibeles. 5. Registro del recambio de filtros HEPA y del aire filtrado.		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa 5.3 Hospital Seguro	
26	NOM-025-SSA3-2013, en su numeral 5.2.1.1. Modelos de recursos para la planeación de unidades médicas de la SSA 2010. Manual de Organización de la Dirección Médica del INPER.		Verificar Ubicación del servicio.		1	Verificar que la ubicación sea de fácil acceso desde las áreas de UCIN, quirófano, toxicología, urgencias y hospitalización.		1	No aplica		NA	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa 5.3 Hospital Seguro	
27	NOM-025-SSA3-2013, en su numeral 5.2.21. NOM-002-STPS-2010, en su numeral 7.17. NOM-030-SSA3-2013, en su numeral 6.4.1.1, 6.4.6, 6.8		Verificar: 1. Que exista sala de espera (puede ser compartida con UCIN) con servicios de sanitarios. 2. Que los sanitarios para el personal y sanitarios para público, cuenten con módulo de higiene de manos, cartel de la técnica de higiene de manos. 3. Que cuente con extintores.		1	Verificar: 1. Que el mobiliario se encuentre en buen estado. 2. Que se reserve como mínimo, un asiento para personas con muletas o bastones. 3. Que los extintores estén colocados de acuerdo a la NOM-002-STPS-2010 y la fecha de la carga este vigente. 4. Que los sanitarios sean independientes para hombres y mujeres. 5. Que tengan papel sanitario y bote de campana o de pedal para basura. 6. Que se disponga de un inodoro y lavabo para uso de personas con discapacidad. 7. Que no se presente fugas de agua o drenaje. 8. Que se encuentren limpios e higiénicos. 9. Que el módulo de higiene de manos cuente con jabón (líquido o gel), toallas desechables. 10. Vigencia de recarga. 11. El conocimiento en el personal del uso de los extintores de acuerdo con la normativa e identifique las situaciones para su uso. 12. Instrucciones de seguridad aplicables en cada área y al alcance de los trabajadores 13. Que no se almacenen materiales o coloquen objetos que obstruyan e interfieran el acceso al equipo contra incendio.		1	Verificar: 1. Inventario de mobiliario. 2. Bitácora del mantenimiento preventivo y correctivo de la estructura y del mobiliario. 3. Registro y calendario de la recarga de los extintores. 4. Registro y control del sistema de abasto de los insumos para la higiene de manos. 5. Bitácora de limpieza firmada por turno y por supervisor o jefe del servicio. 6. Registro de la evaluación al personal en la técnica para la higiene de manos. 7. Instructivo de uso de extintores. 8. Registro mensual de verificación de funcionalidad de los extintores. 9. Registro de la capacitación del uso del manejo de extintores. 10. Manual de manejo de extintores.		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa 5.3 Hospital Seguro	
28	NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 4.12. NOM-025-SSA3-2013, en su numeral 5.2.20		Verificar: 1. Existencia de cuarto séptico. 2. Que cuente con tarja, mesa de trabajo y repisas de acero inoxidable para el aseo y almacenamiento de utensilios varios.		1	Verificar: 1. Que se utilice el cuarto séptico para el almacenamiento, limpieza y sanitización de los recipientes utilizados para recolectar las excretas de pacientes, así como para el acopio de ropa de cama y pacientes. 2. Que su ubicación este cerca al área. 3. Que las instalaciones no tengan fugas hidrosanitarias		1	Verificar bitácora de control de aseo y limpieza del área firmada por el jefe de turno o supervisor.		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa 5.3 Hospital Seguro	
29	NOM-087-ECOL-SSA1-2002, en su numeral 4 y 6	Requisitos Generales	Verificar existencia de contenedores para el manejo del R.P.B.I.		1	Verificar: 1. Que la señalización de la circulación de los contenedores este colocada del área generadora hacia el almacén temporal. 2. Que los R.P.B.I. Estén identificados y separados en los contenedores correspondientes de acuerdo a sus características físicas y biológicas infecciosas.		1	Verificar bitácora de registro de la recolección del R.P.B.I. Con los datos específicos como fecha, peso, tipo de residuo, firma del responsable del área y firma del responsable de la recolección.		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
30	NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 6.6.6.8		Verificar: 1. Que existan lavabos para el área general y que cuente con el cartel de la técnica para la higiene de manos. 2. Existencia de bote de basura municipal.		1	Verificar: 1. Que existan los insumos para la higiene de manos: jabón (líquido o gel) y toallas desechables. 2. Que las instalaciones no tengan fugas hidrosanitarias. 3. Que el mobiliario se encuentre en buenas condiciones.		1	Verificar: 1. Bitácora de mantenimiento preventivo-correctivo de la estructura y mobiliario. 2. Bitácora de control de aseo y limpieza del área firmada por el jefe de turno o supervisor. 3. Registro y control del sistema de abasto de los insumos para la higiene de manos.		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
31	NOM-001-SEDE-2012, artículo 517, en su numeral 517-2, 517-30		Verificar: 1. Que el circuito eléctrico esté conectado a la planta de emergencia. 2. Que se cuente con contactos grado hospital con un color distintivo o una marca.		1	Verificar: 1. Revisar en el área su funcionamiento a través del equipo conectado a los contactos grado hospital. 2. Que el restablecimiento de la energía sea en un lapso de 10 segundos.		1	No aplica		NA	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN										CAUSAS-2N-2018			
JCSSA001401										HOSPITAL REGIONAL COCULA			
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES HG- IMI - HP													
Normatividad aplicable		Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
			Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental			Criterios y Subcriterios	
			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:				
32	NOM-025-SSA3-2013, en su numeral 5.2.1.2, 5.2.1.2.1, 5.2.2. NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 4.14. NOM-045-SSA2-2005, en su numeral 10.6.1.2		Verificar: 1. Que exista control de acceso (filtro de acceso) a la unidad para visitantes, familiares y personal médico y paramédico. 2. Que cuente con puerta y pasillos. 3.Lavabo de manos con el cartel de la técnica para la higiene de manos. 4. Existencia de bote para basura municipal. 5. Que cuente con material para la colocación de las barreras de protección, (bata, gorro y cubre boca ya sean desechables o reusables).	1	Verificar: 1. Que el área de acceso este señalizada e identificada. 2. Que se mantengan las condiciones de asepsia. 3. Que la puerta y los pasillos por los que transitan, tanto el personal como los pacientes, el mobiliario y equipo médico hospitalarios, tengan las dimensiones óptimas para cumplir con su función. 4. Que el personal y familiares ingresen a la unidad a través del filtro de acceso. 5. Que las barreras de protección estén buen estado y que se utilicen. 6. Evaluar la técnica de higiene de manos. 7. Que existan los insumos para la higiene de manos: jabón (líquido o gel) 8. Que las instalaciones no tengan fugas hidrosanitarias. 9. Que el mobiliario se encuentre en buenas condiciones.	1	Verificar: 1. Bitácora de mantenimiento preventivo-correctivo de la estructura y mobiliario. 2. Bitácora de control de aseo y limpieza del área firmada por el jefe de turno o supervisor. 3. Bitácora del procedimiento de desinfección de alto nivel del área. 4. Registro de capacitación al personal de salud y familiares en los flujos de ingreso y egreso. 5. Registro y control del sistema de abasto de los insumos para la higiene de manos.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
33	NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 6.6.8.1.1 y apéndice normativo P.2.1		Verificar: 1. Existencia de baño de artesa. 2. Que la ubicación este distante de los cubículos de atención y señalización. 3. Que a tarja sea de acero inoxidable, doble con cubierta o plataforma. 4. Que cuente con dispensadores de agua caliente y con dispositivo de regulación.	1	Verificar: 1. Que el personal se encuentre en su área de trabajo en el turno correspondiente, portando uniforme y gafete, desarrollando las actividades correspondientes a su formación y perfil. 2. Que corresponda el registro de entrada y salida con el horario en Plantilla de personal. 3. Cumplir con las capacitaciones de los Programas establecidos y las específicas de acuerdo a su competencia	1	Verificar: 1. Bitácora de mantenimiento preventivo-correctivo del mobiliario y estructura.2. Bitácora de limpieza y desinfección.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
34	NOM-025-SSA3-2013, en su numeral 5.3.1.7	Auxiliares de Diagnóstico	Verificar existencia de auxiliares de diagnóstico y tratamiento.	1	Verificar que la atención de los servicios sea las 24 horas del día los 365 días del año.	1	Verificar expediente clínico (resultados de laboratorio y gabinete integrados e interpretados, así como solicitud de hemoderivados).	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
35			pacientes, cuenten con el espacio suficiente para la ubicación de la cuna o incubadora y el equipo de monitoreo o soporte. 2. Que las paredes, pisos y techos de los cubículos o módulos, sean de material liso, resistente y lavable. 3. Que en cada cubículo existan al menos 16 contactos eléctricos grado médico. 4. Que en cada cubículo existan dos tomas fijas para el suministro de oxígeno medicinal, una toma fija de aire comprimido, así como al menos dos tomas fijas de aspiración controlada y canastilla con frasco empotrado en la pared. 5. Que las ventanas permitan la entrada de luz natural, con una distancia mínima de separación entre la ventana y las cunas de 0.6 m (las ventanas deben contar con una cubierta de material anti reflejante que minimice la pérdida o ganancia de calor). 6. Que se cuente con controles para cada módulo que permitan regular la intensidad y apagado inmediato de luz ambiental.	1	Verificar: 1. Que el espacio sea suficiente para el desplazamiento del personal y equipo (2.4 m). 2. Que los contactos grado médico estén diferenciados con un color distintivo o una marca. 3. Que los cubículos estén ubicados preferentemente en torno de la central de enfermeras. 4. Que los reguladores de la luz ambiental funcionen. 5. Que las tomas fijas estén funcionando y sin fugas. 6. Que el espacio entre incubadoras debe ser al menos de 2 m. 7. Que exista un espacio específico para la extracción de leche con cortinas o mamparas. (puede ser el mismo que exista para la UCIN.	1	Verificar bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo de la estructura y de los reguladores de luz ambiental.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
36			Verificar que en cada cubículo o módulo exista el siguiente mobiliario: bote para basura municipal (bolsa de cualquier color, excepto rojo o amarillo), bote con bolsa roja para R.P.B.I., contenedor para punzocortantes y depósito para vidrio, cuna de calor radiante con fototerapia con el equipo mínimo siguiente: barandales abatibles de material transparente, colchón de material anti alérgico y radiolúcido, charola para placas de rayos X, lámparas de iluminación, de luz fría, poste de venoclisis, riel lateral para montaje de accesorios, ruedas antiestáticas, sensor de temperatura reutilizable, sistema de aspiración y flujómetro de oxígeno integrado o incubadora que proporcione ambiente controlado de humedad, temperatura y oxigenación, así como el mínimo trauma con el movimiento, además del equipo mínimo siguiente: cubierta transparente con visibilidad total en los 360, con capacete de doble pared para evitar pérdida de temperatura radiante, portillos (cinco o más) para tener acceso al paciente, sistema para circulación de aire, regulador de la temperatura de aire de 23 a 38°C sin sobrepasar los 39°C.	1	Verificar: 1. Que el mobiliario se encuentren en buenas condiciones de pintura, sin zonas de oxidación o deterioro. 2. Que el mobiliario funcione.	1	Verificar: 1. Inventario del mobiliario. 2. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo del mobiliario. 3. Registro del procedimiento del aseo, limpieza y desinfección de las cunas de calor radiante, cada vez que la ocupe un nuevo paciente, cuando se desocupe o en 48 horas si no se ha ocupado.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
37	NOM-025-SSA3-2013, en su numeral 5.2.3, 5.2.4, 5.2.5, 5.2.6, 5.2.7, 5.2.8, 6.3.1.5, 6.3.1.6, 6.3.1.7, 6.3.1.8 y apéndice C. NOM-045-SSA2-2005, en su numeral 10.6.1.2, 10.6.3.1, 10.6.4.2,	Cubículos o Módulos para la Atención	Verificar que exista el siguiente equipo por cubículo o módulo: dispositivos para suministrar oxígeno con sistemas de humidificación, control de proporción de oxígeno (con mezclador de gases oxígeno/aire), temperatura y nebulización, bolsa para reanimación autoinflable entre 250 y 500 ml con reservorio de oxígeno, bombas de micro infusión continua pediátricas, bombas de micro infusión de jeringas para programar la velocidad de infusión al menos de 0.1 ml por hora, equipo mezclador de gases para concentraciones del 21 al 100% de oxígeno, estetoscopio neonatal, monitor de signos vitales, con accesorios para paciente neonato, con registro de frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno, temperatura, tensión arterial no invasiva y trazo electrocardiográfico, termómetro con porta termómetro.	1	Verificar: 1. Que el equipo se encuentren en buenas condiciones. 2. Que el equipo funcione. 3. Que el cambio del humidificador y equipos de apoyo respiratorio se realice máximo cada semana o en su caso al menos que exista contaminación documentada. 4. Que el equipo de infusión este rotulado con la fecha, hora y nombre de la persona que lo instaló.	1	Verificar: 1. Inventario del equipo. 2. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo del equipo. 3. Registro del lavado y esterilización o de la desinfección de alto nivel de los circuitos para inhaloterapia, las bolsas de reanimación respiratoria y sensores de oxígeno que no sean desechables. 4. Registro de la esterilización o desinfección de los humidificadores y equipos de apoyo respiratorio no invasivo. 5. Registro del cambio del humidificador y equipos de apoyo con la fecha y hora.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN										CAUSAS-2N-2018						
JCSSA001401										HOSPITAL REGIONAL COCULA						
										UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES HG- RMI - HF						
Normatividad aplicable	Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA			Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO			Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL			Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD		
		Evidencia Observacional				Evidencia Observacional				Evidencia Documental				Criterios y Subcriterios		
		El evaluador deberá:				El evaluador deberá:				El evaluador deberá:						
38	10.6.4.4, 10.6.7.4, 10.6.7.6, 10.6.7.7. NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 6.6.6.8.	Verificar que exista el siguiente equipo por servicio: báscula pesabebés con capacidad de registro de 1 g a 10 Kg, electrocardiógrafo móvil con capacidad para desplegar 12 derivaciones simultáneas, con accesorios complementarios adaptables para el neonato, estuche de diagnóstico completo, lámpara de haz dirigible, lámpara de mano, negatoscopio u otros tipos de aparatos para valoración de estudios radiológicos y de imagenología, incubadora de traslado que proporcione ambiente controlado de humedad, temperatura y oxigenación, así como el mínimo trauma con el movimiento, además del equipo mínimo siguiente: cubierta transparente con visibilidad total en los 360°, con capote de doble pared para evitar pérdida de temperatura radiante, monitor de transporte, con despliegue digital de temperatura del aire de la cámara, temperatura del paciente, medición de saturación de oxígeno y frecuencia cardíaca, portillos (cinco o más) para tener acceso al paciente, sistema para circulación de aire, regulador de la temperatura de aire de 23 a 38°C sin sobrepasar los 39°C, soporte para dos tanques de oxígeno con una capacidad de 415 l como mínimo, ventilador de transporte neonatal electrónico controlado por presión: mezclador de gases para proveer fracción inspirada de oxígeno del 21 al 100%, respaldo de batería de 5 horas como mínimo.			1	Verificar: 1. Que el equipo se encuentren en buenas condiciones. 2. Que el equipo funcione. 3. Que la batería de la incubadora de traslado este con carga.			1	Verificar: 1. Inventario del equipo. 2. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo del equipo. 3. Registro del procedimiento del aseo y limpieza de las incubadoras cada vez que la ocupe un nuevo paciente, cuando se desocupe o en 48 horas si no se ha ocupado. 4. Registro de la calibración de la báscula pesabebés. 5. Registro del lavado y esterilización o de la desinfección de alto nivel de los circuitos para ventilación e inhaloterapia, las bolsas de reanimación respiratoria y sensores de oxígeno que no sean desechables. 6. Registro del recambio de los tanques de oxígeno.			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
39		Verificar: 1. Que se prevea la disponibilidad de al menos un cubículo o módulo de aislamiento para pacientes sépticos e infecto-contagiosos. 2. Que preferentemente cuente con inyección y extracción de aire independientes (deberán contar con ductos de extracción de aire). 3. Que cuenten con el espacio suficiente para la ubicación de la cuna o incubadora y el equipo de monitoreo o soporte. 4. Que las paredes, pisos y techos de los cubículos o módulos, sean de material liso, resistente y lavable. 5. Que en cada cubículo existan al menos 16 contactos eléctricos grado médico. 6. Que en cada cubículo existan dos tomas fijas para el suministro de oxígeno medicinal, una toma fija de aire comprimido, así como al menos dos tomas fijas de aspiración controlada y canastilla con frasco empotrado en la pared. 7. Que las ventanas permitan la entrada de luz natural, con una distancia mínima de separación entre la ventana y las cunas de 0.6 m (las ventanas deben contar con una cubierta de material anti reflejante que minimice la pérdida o ganancia de calor). 8. Que se cuente con controles para cada módulo que permitan regular la intensidad y apagado inmediato de luz ambiental. 9. Que cuente con lavabos con el cartel de la técnica para la higiene de manos.10. Existencia de bote de basura municipal.			1	Verificar: 1. Que el espacio sea suficiente para el desplazamiento del personal. 2. Que los contactos grado médico estén diferenciados con un color distintivo o una marca. 3. Que los cubículos estén ubicados preferentemente en torno de la central de enfermeras. 4. Que los reguladores de la luz ambiental funcionen. 5. Que las tomas fijas estén funcionando y sin fugas. 6. Que existan los insumos para la higiene de manos: jabón (líquido o gel) y toallas desechables. 7. Que las instalaciones no tengan fugas hidrosanitarias. 8. Que el mobiliario se encuentre en buenas condiciones.			1	Verificar: 1. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo de la estructura, de los reguladores de luz ambiental y mobiliario. 2. Bitácora de control de aseo y limpieza del área firmada por el jefe de turno o supervisor. 3. Registro y control del sistema de abasto de los insumos para la higiene de manos. 4. Registro del control y mantenimiento del sistema de inyección y extracción.			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
40		Verificar: 1. Que su ubicación tenga libre y rápido acceso a las áreas en donde se encuentren internados los pacientes. 2. Que cuente con un sistema de comunicación bidireccional y de alarma, conectada a cada cubículo o módulo. 3. Que el espacio físico esté libre de fuentes de contaminación. 4. Que se disponga de un espacio físico o mobiliario para guarda de medicamentos, soluciones y material de curación. 5. Que cuenten con el material y los medicamentos requeridos en el área.			1	Verificar: 1. Que las áreas, dimensiones y circulaciones permitan el desarrollo de las funciones y actividades propias del personal de enfermería. 2. Que el sistema de comunicación bidireccional y de alarma funcione. 3. Que el espacio físico o mobiliario para guarda de medicamentos, soluciones y material de curación este en buenas condiciones, limpio y ordenado. 4. Que los medicamentos y el material se encuentren en buenas condiciones y con fecha de caducidad vigente.			1	Verificar: 1. Bitácora de mantenimiento de equipo. 2. Bitácora de control de aseo y limpieza del área firmada por el jefe de turno o supervisor. 3. Sistema de abasto de material y medicamentos.			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
41	NOM-025-SSA3-2013, en su numeral 3.2, 5.2.9, 5.2.10. NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 6.6.1, 6.6.1.1, 6.6.1.1.1, 6.6.1.1.2, 6.6.1.1.4, apéndice G. NOM-045-SSA2-2005, en su numeral 10.6.6, 10.6.7	Central de Enfermeras	Verificar: 1. Que exista el siguiente mobiliario: asiento, bote para basura tipo municipal (bolsa cualquier color, excepto rojo o amarillo), bote para R.P.B.I. (bolsa roja), carro de curación, lavabo con cartel de la técnica de higiene de manos, mesa alta con tarja, mesa Mayo con charola, mesa Pasteur, mostrador escritorio, mueble para guarda de equipo e insumos, sistema porta expedientes. 2. Que exista el siguiente equipo: caja de Doanay, caja para desinfección de instrumentos, equipo de curaciones, esfigmomanómetro aneroides (o su equivalente tecnológico), en su caso con brazalete neonatal, estetoscopio, en su caso con capsula tamaño pediátrico, estuche de diagnóstico con oftalmoscopio, lebrillos, lámpara de haz dirigible, pinza de traslado, portavenoclisis rodable, termómetro, toruendero. 3. Que se cuente con pilas y focos de repuesto para el estuche de diagnóstico.			1	Verificar: 1. Que el mobiliario y equipo se encuentren en buenas condiciones. 2. Que el mobiliario y equipo funcionen. 3. Evaluar la técnica de higiene de manos. 4. Que existan los insumos para la higiene de manos: jabón (líquido o gel) y toallas desechables. 5. Que el instrumental de curaciones este en buenas condiciones. 6. Que el empaque del instrumental esté rotulado con la fecha de esterilización.			1	Verificar: 1. Inventario del mobiliario y equipo. 2. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo del mobiliario y equipo. 3. Registro de la calibración del esfigmomanómetro. 4. Resguardo del instrumental. 5. Bitácora de uso de los desinfectantes. 6. Registro y control del sistema de abasto de los insumos para la higiene de manos.			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
42	NOM-025-SSA3-2013, en su apéndice C. NOM-045-SSA2-2005, en su numeral 10.6.6, 10.6.6.4		Verificar existencia del siguiente instrumental: equipo para aspiración de secreciones, con y sin circuitos cerrados, equipo para punción torácica, equipo para abordaje de acceso vascular central y periférico: enfaleclisis, catéter percutáneo y venoclisis, recipiente para desinfección de instrumentos.			1	Verificar: 1. Que el instrumental este en buenas condiciones. 2. Que el empaque del instrumental este rotulado con la fecha de esterilización. 3. Que los recipientes que contengan desinfectante permanezcan tapados y rotulados con el nombre del producto, la fecha de preparación y caducidad.			1	Verificar: 1. Resguardo del instrumental. 2. Bitácora de uso de los desinfectantes.			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

JCSSA001401		HOSPITAL REGIONAL COCULA		UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES HG- IMI - HP								
Normatividad aplicable	Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental			Criterios y Subcriterios	
		El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:				
43	NOM-045-SSA2-2005, en su numeral 10.6.3.4, 10.6.3.6, 10.6.3.7, 10.6.3.11, 10.6.3.12	Área de Preparación de Mezclas de Soluciones y Medicamentos	Verificar: 1. Existencia de un espacio físico y cerrado. 2. Que cuente con acceso limitado. 3. Que cuenten con mesa de acero inoxidable, cubrebocas, jeringas, gasas y dispositivos seguros y adecuados para extraer e inyectar el medicamento.	1	Verificar: 1. Que el área este señalizada. 2. Que el personal se lave las manos y use cubrebocas. 3. Que los catéteres venosos centrales y periféricos estén rotulados con fecha, hora y nombre del médico o enfermera responsables de su instalación y de la curación o antisepsia del sitio de inserción del catéter. 4. Que el sitio de inserción de las cánulas intravasculares periféricas y de los catéteres vasculares este cubierto con gasa estéril o un apósito estéril semipermeable. 5. Que las ampollas de vidrio o plástico se utilicen exclusivamente al momento de abrirse y se desechen el remanente. 6. Que la utilización de frascos ampulla sea con técnica de asepsia y siguiendo las instrucciones de conservación y uso de los fabricantes.	1	Verificar: 1. Registro y control de la clínica de catéteres. 2. Sistema de abasto del material para la preparación de medicamentos y del material de cuidado de catéter. 3. Registro de la preparación de medicamentos y mezclas de soluciones. 4. Manual de procedimientos de enfermería.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
44	NOM-045-SSA2-2005, en su numeral 10.6.3.13, 10.6.3.14, 10.6.3.15	Nutrición Enteral y Parenteral	Verificar: 1. Que exista espacio físico específico. 2. Que se cuente con los insumos requeridos para la nutrición parenteral y enteral. 3. En su caso de que el servicio sea subrogado, este deberá cumplir con lo establecido en la NOM-249-SSA1-2010.	1	Verificar: 1. Que la preparación de la nutrición enteral se realice por personal capacitado en el área específica. 2. Que los insumos para la nutrición enteral se encuentren en buenas condiciones y con fecha de caducidad vigente.	1	Verificar: 1. Registro y control de la clínica de catéteres. 7. Sistema de abasto de los insumos para la preparación de la nutrición parenteral y enteral (en su caso). 8. Manual de procedimientos de enfermería para nutrición parenteral y enteral. 9. Control de la solicitud del servicio y entrega-recepción de la nutrición parenteral y enteral por parte del proveedor.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
45	NOM-025-SSA3-2013, en su numeral 5.2.19	Almacén de Equipo Rodable	Verificar: 1. Existencia del área o espacio físico. 2. Que cuente con tomas de corriente suficiente para asegurar la recarga de los equipos.	1	Verificar: 1. Que el área este señalizada. 2. Que las tomas de corriente estén en buenas condiciones y funcionen. 3. Que el equipo cuente con los mimbres de limpieza y aseo.	1	Verificar: 1. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo de la estructura. 2. Resguardo e inventario de equipo.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
46	NOM-025-SSA3-2013, en su numeral 5.2.16. NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 6.6.6.10	Lavado de Instrumental	Verificar que exista el área de lavado para material e instrumental, con agua corriente, tarja y área de secado, material para el lavado y asepsia.	1	Verificar: 1. Que las instalaciones no tengan fugas hidrosanitarias. 2. Que el mobiliario se encuentre en buenas condiciones.	1	Verificar: 1. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo de la estructura. 2. Bitácora de abasto de insumos para el lavado y asepsia. 3. Bitácora del procedimiento de desinfección de alto nivel del área.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
47	NOM-025-SSA3-2013, en su numeral 5.3.1.5	Organización y Funcionamiento	Verificar existencia de los manuales correspondientes al servicio: bitácora de mantenimiento predictivo, preventivo y correctivo del equipo, código de biotética, guías diagnóstico-terapéuticas (de acuerdo con las patologías prevalentes), manuales de bioseguridad para el paciente, el personal y el servicio, manuales de funcionamiento de los equipos del servicio, manual de organización y funcionamiento, manuales de procedimientos técnico-médicos y administrativos, criterios de ingreso, selección y egreso.	1	Verificar: 1. Que los manuales sean de conocimiento y aplicación por parte del personal. 2. Que los manuales tengan los elementos requeridos. 3. Que estén actualizados. 4. Que estén autorizados por las autoridades correspondientes. 5. Que la fecha de elaboración este vigente.	1	Verificar: 1. Manual de organización. 2. Manual de procedimientos. 3. Manual de bioseguridad. 4. Bitácora de mantenimiento predictivo, preventivo y correctivo del equipo. 5. Código de biotética. 6. Guías diagnóstico-terapéuticas (de acuerdo con las patologías prevalentes). 7. Manuales de funcionamiento de los equipos del servicio. 8. Manuales de procedimientos técnico-médicos y administrativos. 9. Criterios de ingreso, egreso y exclusión.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
48	NOM-025-SSA3-2013, en su numeral 5.2.15	Áreas de trabajo administrativo para el Personal médico y de Enfermería	Verificar: 1. Que exista el espacio físico específico. 2. Que cuente con mobiliario.	1	Verificar: 1. Que el espacio sea suficiente. 2. Que el mobiliario este en buenas condiciones.	1	Verificar: 1. Inventario del mobiliario. 2. Bitácora de mantenimiento preventivo-correctivo del mobiliario.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
49	NOM-025-SSA3-2013, en su numeral 5.3.2.2	Expediente Clínico	Verificar existencia de casos.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en historia clínica, nota de ingreso, nota de evolución, nota de interconsulta, nota de referencia/traslado, nota de egreso (en su caso), hoja de enfermería, hoja de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, cartas de consentimiento informado para los distintos procedimientos, nota de defunción y certificado de defunción (en su caso). 3. Apego a las guías de práctica clínica correspondientes, así como a los manuales de procedimiento técnico-médicos u protocolos de atención médica.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Censo de ingreso y egreso de pacientes. 3. Diagnóstico de morbimortalidad. 3. Sistemas de información. 4. Guías de práctica clínica. 5. Protocolos de atención médica. 6. Manuales de procedimientos técnico-médicos. 7. Manuales de procedimientos de enfermería.	1	3. Información, conocimiento, innovación y tecnología	3.2 análisis e interpretación de la información 3.3 protección de la información		
Crecimiento y Desarrollo												
50	NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 4.12, 5.1.10, 6.6.2.2.9. NOM-045-SSA2-2005, en su numeral 10.6.7.1, 10.6.7.2. NOM-025-SSA3-2013, en su numeral 5.2.12, 5.2.12.1, 6.3.1.9.	Condiciones Generales	Verificar: 1. Que exista señalización. 2. Que se encuentre limpia y mantenga la asepsia correspondiente. 3. Que cuente con iluminación, ventilación, control térmico ambiental y humedad del aire. 4. Que cuente con filtros de aire de alta eficiencia. 5. Que cuente con infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas.	1	Verificar: 1. Que el área esté debidamente señalizada con rotulo de acceso restringido. 2. Que el sistema de control térmico ambiental y de ventilación, mantenga la temperatura ambiental en un rango estable entre 24 y 28°C y que la humedad se mantenga entre 30 y 60%. 3. Que se permita la circulación de aire cuando menos de seis veces y el recambio de dos volúmenes por hora. 4. Que la infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas se encuentren en buen estado. 5. Que los ruidos ambientales excedan de 45 decibeles de manera continua (los ruidos transitorios no deben exceder de 65 decibeles).	1	Verificar: 1. Bitácora de control de aseo y limpieza del área firmada por el jefe de turno o supervisor. 2. Bitácora del mantenimiento preventivo-correctivo de la estructura e instalaciones. 3. Manual de procedimientos para determinar las características, la frecuencia del aseo y limpieza del área. 4. Registro del control térmico ambiental, humedad del aire y del nivel de decibeles. 5. Registro del recambio de filtros HEPA y del aire filtrado.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		

JCSSA001401		HOSPITAL REGIONAL COCULA		UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES HG- IMI - HP	
Normatividad aplicable	Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Criterios a evaluar PROCESO	
		Evidencia Observacional		Evidencia Observacional	
		El evaluador deberá:		El evaluador deberá:	
Puntaje	Puntaje	Puntaje	Puntaje	Puntaje	Puntaje
Evidencia Documental		Evidencia Documental		Evidencia Documental	
El evaluador deberá:		El evaluador deberá:		El evaluador deberá:	
MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD		MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD		MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
Criterios y Subcriterios		Criterios y Subcriterios		Criterios y Subcriterios	
51	NOM-025-SSA3-2013, en su numeral 5.2.1.1.1. Modelos de recursos para la planeación de unidades médicas de la SSA 2010. Manual de Organización de la Dirección Médica del INPER.	Verificar ubicación del servicio.	1	Verificar que la ubicación sea de fácil acceso desde las áreas de UCIN, tococirugía, urgencias y hospitalización.	1
52	NOM-025-SSA3-2013, en su numeral 5.2.21. NOM-002-STPS-2010, en su numeral 7.17. NOM-030-SSA3-2013, en su numeral 6.4.1.1, 6.4.6, 6.8	Verificar: 1. Que exista sala de espera (puede ser compartida con UCIN) con servicios de sanitarios. 2. Que los sanitarios para el personal y sanitarios para público, cuenten con módulo de higiene de manos, cartel de la técnica de higiene de manos. 3. Que cuente con extintores.	1	Verificar: 1. Que el mobiliario se encuentre en buen estado. 2. Que se reserve como mínimo, un asiento para personas con muletas o bastones. 3. Que los extintores estén colocados de acuerdo a la NOM-002-STPS-2010 y la fecha de la carga este vigente. 4. Que los sanitarios sean independientes para hombres y mujeres. 5. Que tengan papel sanitario y bote de campana o de pedal para basura. 6. Que se disponga de un inodoro y lavabo para uso de personas con discapacidad. 7. Que no se presente fugas de agua o drenaje. 8. Que se encuentren limpios e higiénicos. 9. Que el módulo de higiene de manos cuente con jabón (líquido o gel) y toallas desechables.	1
53	NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 4.12. NOM-025-SSA3-2013, en su numeral 5.2.20	Verificar: 1. Existencia de cuarto séptico. 2. Que cuente con tarja, mesa de trabajo y repisas de acero inoxidable para el aseo y almacenamiento de utensilios varios.	1	Verificar: 1. Que se utilice el cuarto séptico para el almacenamiento, limpieza y sanitización de los recipientes utilizados para recolectar las excretas de pacientes, así como para el acopio de ropa de cama y pacientes. 2. Que su ubicación este cerca al área. 3. Infraestructura e instalaciones hidrosanitarias en buenas condiciones.	1
54	NOM-087-ECOL-SSA1-2002, en su numeral 4 y 6	Verificar existencia de contenedores para el manejo del R.P.B.I.	1	Verificar: 1. Que la señalización de la circulación de los contenedores este colocada del área generadora hacia el almacén temporal. 2. Que los R.P.B.I. Estén identificados y separados en los contenedores correspondientes de acuerdo a sus características físicas y biológicas infecciosas.	1
55	NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 6.6.6.8	Verificar: 1. Que existan lavabos para el área general y que cuente con cartel de la técnica para la higiene de manos. 2. Existencia de bote para basura municipal.	1	Verificar: 1. Que existan los insumos para la higiene de manos: jabón (líquido o gel) y toallas desechables. Que las instalaciones no tengan fugas hidrosanitarias. 3. Que el mobiliario se encuentre en buenas condiciones.	1
56	NOM-001-SEDE-2012, artículo 517, en su numeral 517-2, 517-30	Verificar: 1. Que el circuito eléctrico esté conectado a la planta de emergencia. 2. Que se cuente con contactos grado hospital con un color distintivo o una marca.	1	Verificar: 1. Revisar en el área su funcionamiento a través del equipo conectado a los contactos grado hospital. 2. Que el restablecimiento de la energía sea en un lapso de 10 segundos.	1
57	NOM-025-SSA3-2013, en su numeral 5.2.1.2, 5.2.1.2.1, 5.2.2. NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 4.14. NOM-045-SSA2-2005, en su numeral 10.6.1.2	Verificar: 1. Que exista control de acceso (filtro de acceso) a la unidad para visitantes, familiares y personal médico y paramédico. 2. Que cuente con puerta y pasillos. 3. Que se encuentre ubicado el lavabo de manos con el cartel de la técnica para la higiene de manos. 4. Existencia de bote de basura municipal. 5. Que cuente con material para la colocación de las barreras de protección, (bata, gorro y cubre boca ya sean desechables o reusables).	1	Verificar: 1. Que el área de acceso este señalizada e identificada. 2. Que se mantengan las condiciones de asepsia. 3. Que la puerta y los pasillos por los que transitan, tanto el personal como los pacientes, el mobiliario y equipo médico hospitalarios, tengan las dimensiones óptimas para cumplir con su función. 4. Que el personal y familiares ingresen a la unidad a través del filtro de acceso. 5. Que las barreras de protección estén buen estado y que se utilicen. 6. evaluar la técnica de higiene de manos. 7. Que existan los insumos para la higiene de manos: jabón (gel o líquido) y toallas desechables. 8. Que las instalaciones no tengan fugas hidrosanitarias. 9. Que el mobiliario se encuentre en buenas condiciones.	1
58	NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 6.6.8.1.1 y apéndice normativo P.2.1	Verificar: 1. Existencia de baño de artesa. 2. Que la ubicación este distante de los cubículos de atención y señalización. 3. Que a tarja sea de acero inoxidable, doble con cubierta o plataforma. 4. Que cuente con dispensadores de agua caliente y con dispositivo de regulación.	1	Verificar: 1. Buen estado de la tarja y limpieza 2. Líneas de agua y drenaje sin fugas. 3. Espacios para guarda de toallas y jabón.	1
59	NOM-025-SSA3-2013, en su numeral 5.3.1.6	Verificar existencia de auxiliares de diagnóstico y tratamiento.	1	Verificar que la atención de los servicios sea las 24 horas del día los 365 días del año.	1

JCSSA001401		HOSPITAL REGIONAL COCULA		UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES HG- IMI - HP						
Normatividad aplicable		Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Criterios a evaluar PROCESO		Criterios a evaluar DOCUMENTAL		MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
			Evidencia Observacional	Puntaje	Evidencia Observacional	Puntaje	Evidencia Documental	Puntaje		
			El evaluador deberá:		El evaluador deberá:		El evaluador deberá:			
60			Verificar: 1. Que los cubículos o módulos para la atención de los pacientes, cuenten con el espacio suficiente para la ubicación de la incubadora o bacinete y el equipo de monitoreo. 2. Que las paredes, pisos y techos del área o los cubículos en su caso, sean de material liso, resistente y lavable. 3. Que en cada cubículo existan los contactos eléctricos grado médico necesarios. 4. Que en cada cubículo existan una toma fija para el suministro de oxígeno medicinal, una toma fija de aire comprimido, así como al menos una toma fija de aspiración controlada y canastilla con frasco empotrado en la pared. 5. Que las ventanas permitan la entrada de luz natural, con una distancia mínima de separación entre la ventana y las incubadoras y bacinetes de 0.6 m (las ventanas deben contar con una cubierta de material anti reflejante que minimice la pérdida o ganancia de calor). 6. Que se cuente con control general para cada módulo en su caso, que permita regular la intensidad y apagado inmediato de luz ambiental.	1	Verificar: 1. Que el espacio sea suficiente para el desplazamiento del personal y equipo (2.4 m). 2. Que los contactos grado médico estén diferenciados con un color distintivo o una marca. 3. Que los cubículos estén ubicados preferentemente en torno de la central de enfermeras. 4. Que los reguladores de la luz ambiental funcionen. 5. Que las tomas fijas estén funcionando y sin fugas. 6. Que el espacio entre incubadoras debe ser al menos de 2 m. 7. Que exista un espacio específico para la extracción de leche con cortinas o mamparas.(puede ser el mismo que exista para la UCIN.	1	Verificar bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo de la estructura y de los reguladores de luz ambiental.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
61			Verificar que en cada cubículo o módulo exista el siguiente mobiliario: bacinete, bote para basura municipal (bolsa de cualquier color, excepto rojo o amarillo), bote con bolsa roja para R.P.B.I., contenedor para punzocortantes y depósito para vidrio	1	Verificar: 1. Que el mobiliario se encuentren en buenas condiciones de pintura, sin zonas de oxidación o deterioro. 2. Que el mobiliario se encuentre completo.	1	Verificar: 1. Inventario del mobiliario. 2. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo del mobiliario. 3. Registro del procedimiento del aseo, limpieza y desinfección de los bacinetes cada vez que la ocupe un nuevo paciente, cuando se desocupe o en 48 horas si no se ha ocupado.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
62	NOM-025-SSA3-2013, en su numeral 5.2.3, 5.2.4, 5.2.5, 5.2.6, 5.2.7, 5.2.8, 6.3.1.5, 6.3.1.6, 6.3.1.7, 6.3.1.8 y apéndice C. NOM-045-SSA2-2005, en su numeral 10.6.1.2, 10.6.3.1, 10.6.4.2, 10.6.4.4, 10.6.7.4, 10.6.7.6, 10.6.7.7. NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 6.6.6.8.	Cubículos o Módulos para la Atención	Verificar que exista el siguiente equipo por cubículo o módulo: incubadora que proporcione ambiente controlado de humedad, temperatura y oxigenación, así como el mínimo trauma con el movimiento, además del equipo mínimo siguiente: cubierta transparente con visibilidad total en los 360°, con capote de doble pared para evitar pérdida de temperatura radiante, portillos (cinco o más) para tener acceso al paciente, sistema para circulación de aire, regulador de la temperatura de aire de 23 a 38°C sin sobrepasar los 39°C, dispositivos para suministrar oxígeno con sistemas de humidificación, control de proporción de oxígeno (con mezclador de gases oxígeno/aire), temperatura y nebulización, mezclador de gases para concentraciones del 21 al 100% de oxígeno; estetoscopio neonatal, monitor de signos vitales, con accesorios para paciente neonato, con registro de frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno, temperatura, termómetro con porta termómetro, bomba de micro infusión en su caso.	1	Verificar: 1. Que el equipo se encuentren en buenas condiciones. 2. Que el equipo funcione. 3. Que el cambio del humidificador y equipos de apoyo respiratorio se realice máximo cada semana o cuando exista contaminación documentada en su caso. 4. Que el equipo de infusión este rotulado con la fecha, hora y nombre de la persona que lo instaló.	1	Verificar: 1. Inventario del equipo. 2. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo del equipo. 3. Registro del lavado y esterilización o de la desinfección de alto nivel de los circuitos para inhaloterapia y sensores de oxígeno que no sean desechables. 4. Registro de la esterilización o desinfección de los humidificadores y equipos de apoyo respiratorio no invasivo. 5. Registro del cambio del humidificador y equipos de apoyo con la fecha y hora.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
63			Verificar: 1. Que exista el siguiente equipo por servicio: báscula pesabebés con capacidad de registro de 1 g a 10 Kg, electrocardiógrafo móvil con capacidad para desplegar 12 derivaciones simultáneas, con accesorios complementarios adaptables para el neonato (en área o disponible), estuche de diagnóstico completo, lámpara de mano, negatoscopio u otros tipos de aparatos para valoración de estudios radiológicos y de imagenología.	1	Verificar: 1. Que el equipo se encuentren en buenas condiciones. 2. Que el equipo funcione. 3. Que la batería de la incubadora de traslado este con carga.	1	Verificar: 1. Inventario del equipo. 2. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo del equipo. 3. Registro del procedimiento del aseo y limpieza de las incubadoras cada vez que la ocupe un nuevo paciente, cuando se desocupe o en 48 horas si no se ha ocupado. 4. Registro de la calibración de la báscula pesabebés. 5. Registro del lavado y esterilización o de la desinfección de alto nivel de los circuitos para ventilación e inhaloterapia, las bolsas de reanimación respiratoria y sensores de oxígeno que no sean desechables. 6. Registro del recambio de los tanques de oxígeno.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
64	NOM-025-SSA3-2013, en su numeral 3.2, 5.2.9, 5.2.10. NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 6.6.1, 6.6.1.1, 6.6.1.1.1		Verificar: 1. Que su ubicación tenga libre y rápido acceso a las áreas en donde se encuentren internados los pacientes. 2. Que el espacio físico esté libre de fuentes de contaminación. 3. Que se disponga de un espacio físico o mobiliario para guarda de medicamentos, soluciones y material de curación. 4. Que cuenten con el material y los medicamentos requeridos en el área.	1	Verificar: 1. Que las áreas, dimensiones y circulaciones permitan el desarrollo de las funciones y actividades propias del personal de enfermería. 2. Que el espacio físico o mobiliario para guarda de medicamentos, soluciones y material de curación este en buenas condiciones, limpio y ordenado. 3. Que los medicamentos y el material se encuentren en buenas condiciones y con fecha de caducidad vigente.	1	Verificar: 1. Bitácora de mantenimiento de equipo. 2. Bitácora de control de aseo y limpieza del área firmada por el jefe de turno o supervisor. 3. Sistema de abasto de material y medicamentos.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN													CAUSES-2N-2018		
JCSSA001401															
HOSPITAL REGIONAL COCULA															
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES HG- IMI - HP															
Normatividad aplicable	Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA			Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO			Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL			Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional				Evidencia Observacional				Evidencia Documental				Modelo de Gestión de Calidad en Salud	
		El evaluador deberá:				El evaluador deberá:				El evaluador deberá:				Criterios y Subcriterios	
65	NOM-045-SSA2-2005, en su numeral 10.6.6, 10.6.7	Central de Enfermeras	Verificar: 1. Que exista el siguiente mobiliario: asiento, bote para basura tipo municipal (bolsa cualquier color, excepto rojo o amarillo), bote para R.P.B.I. (bolsa roja), carro de curación, lavabo con cartel de la técnica de higiene de manos, mesa alta con tarja, mesa Mayo con charola, mesa Pasteur, mostrador escritorio, mueble para guarda de equipo e insumos, sistema porta expedientes. 2. Que exista el siguiente equipo: caja de Goyan, caja para desinfección de instrumentos, equipo de curaciones, esfigmomanómetro aneroides (o su equivalente tecnológico), en su caso con brazalete pediátrico, estetoscopio, en su caso con cápsula tamaño pediátrico, estuche de diagnóstico con oftalmoscopio, lebrillos, lámpara de haz dirigible, pinza de traslado, portavenoclisis rodable, termómetro, toruñero. 3. Que se cuente con pilas y focos de repuesto para el estuche de diagnóstico.	1	Verificar: 1. Que el mobiliario y equipo se encuentren en buenas condiciones. 2. Que el mobiliario y equipo funcionen. 3. Evaluar la técnica de higiene de manos. 4. Que existan los insumos para la higiene de manos: jabón (líquido o gel) y toallas desechables. 5. Que el instrumental de curaciones esté en buenas condiciones. 6. Que el empaque del instrumental esté rotulado con la fecha de esterilización.	1	Verificar: 1. Inventario del mobiliario y equipo. 2. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo del mobiliario y equipo. 3. Registro de la calibración del esfigmomanómetro. 4. Resguardo del instrumental. 5. Bitácora de uso de los desinfectantes. 6. Registro y control del sistema de abasto de los insumos para la higiene de manos.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	7.4 Gestión del riesgo en la atención			
66	NOM-025-SSA3-2013, en su apéndice C. NOM-045-SSA2-2005, en su numeral 10.6.6, 10.6.6.4		Verificar existencia de los siguiente: equipo para aspiración de secreciones, venoclisis y recipiente para desinfección de instrumentos.	1	Verificar: 1. Que los equipos estén en buenas condiciones. 2. Que el empaque de los equipos esté rotulado con la fecha de esterilización. 3. Que los recipientes que contengan desinfectante permanezcan tapados y rotulados con el nombre del producto, la fecha de preparación y caducidad.	1	Verificar: 1. Resguardo de los equipos. 2. Bitácora de uso de los desinfectantes.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa				
67	NOM-045-SSA2-2005, en su numeral 10.6.3.15	Nutrición Enteral	Verificar: 1. Que cuente con campana de flujo laminar horizontal. 2. Que exista espacio físico específico. 3. Que se cuente con los insumos requeridos para la nutrición enteral.	1	Verificar: 1. Que la campana de flujo laminar se encuentre en buen estado, funcional y limpia. 2. Que la preparación de la nutrición enteral se realice por personal capacitado en el área específica. 3. Que los insumos para la nutrición enteral se encuentren en buenas condiciones y con fecha de caducidad vigente.	1	Verificar: 1. Inventario de equipo (en el caso de exista banco de leche). 2. Bitácora de mantenimiento preventivo-correctivo de la campana de flujo laminar. 3. Manual de la operación del equipo. 4. Registro del lavado y desinfección de alto nivel de la campana de flujo laminar. 5. Registro del lavado y esterilización o de la desinfección de alto nivel del espacio físico. 6. Sistema de abasto de los insumos para la preparación de la nutrición enteral. 7. Manual de procedimientos de enfermería para nutrición enteral. 8. Control de la solicitud del servicio y entrega-recepción de la nutrición enteral.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa				
68	NOM-025-SSA3-2013, en su numeral 5.2.19	Almacén de Equipo Rodable	Verificar: 1. Existencia del área o espacio físico. 2. Que cuente con tomas de corriente suficiente para asegurar la recarga de los equipos.	1	Verificar: 1. Que el área esté señalizada. 2. Que las tomas de corriente estén en buenas condiciones y funcionen. 3. Que el equipo cuente con los mambres de limpieza y asao.	1	Verificar: 1. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo de la estructura. 2. Resguardo e inventario de equipo.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa				
69	NOM-025-SSA3-2013, en su numeral 5.2.16. NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 6.6.6.10	Lavado de Instrumental	Verificar que exista el área de lavado para material y equipos e instrumental, con agua corriente, tarja y área de secado, material para el lavado y asepsia.	1	Verificar: 1. Que las instalaciones no tengan fugas hidrosanitarias. 2. Que el mobiliario se encuentre en buenas condiciones.	1	Verificar: 1. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo de la estructura. 2. Bitácora de abasto de insumos para el lavado y asepsia. 3. Bitácora del procedimiento de desinfección de alto nivel del área.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa				
70	NOM-025-SSA3-2013, en su numeral 5.3.1.5	Organización y Funcionamiento	Verificar: 1. Existencia de los manuales correspondientes al servicio: bitácora de mantenimiento predictivo, preventivo y correctivo del equipo, código de bioética, guías diagnóstico-terapéuticas (de acuerdo con las patologías prevalentes), manuales de bioseguridad para el paciente, el personal y el servicio, manuales de funcionamiento de los equipos del servicio, manual de organización y funcionamiento, manuales de procedimientos técnico-médicos y administrativos, criterios de ingreso, selección y egreso.	1	Verificar: 1. Que los manuales sean de conocimiento y aplicación por parte del personal. 2. Que los manuales tengan los elementos requeridos. 3. Que estén actualizados. 4. Que estén autorizados por las autoridades correspondientes. 5. Que la fecha de elaboración esté vigente.	1	Verificar: 1. Manual de organización. 2. Manual de procedimientos. 3. Manual de Bioseguridad. 4. Bitácora de mantenimiento predictivo, preventivo y correctivo del equipo. 5. Código de bioética. 6. Guías diagnóstico-terapéuticas (de acuerdo con las patologías prevalentes). 7. Manuales de funcionamiento de los equipos del servicio. 8. Manuales de procedimientos técnico-médicos y administrativos. 9. Criterios de ingreso, egreso y exclusión.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa				
71	NOM-025-SSA3-2013, en su numeral 5.2.15	Áreas de Trabajo Administrativo para el Personal médico y de Enfermería	Verificar: 1. Que exista el espacio físico específico. 2. Que cuente con mobiliario.	1	Verificar: 1. Que el espacio sea suficiente. 2. Que el mobiliario esté en buenas condiciones.	1	Verificar: 1. Inventario del mobiliario. 2. Bitácora de mantenimiento preventivo-correctivo del mobiliario.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa				
72	NOM-025-SSA3-2013, en su numeral 5.3.2.2.2	Expediente Clínico	Verificar existencia de casos.	1	Verificar: 1. Proceso de atención de la patología. 2. Registros en historia clínica, nota de ingreso, nota de evolución, nota de interconsulta, nota de referencia/traslado, nota de egreso (en su caso), hoja de enfermería, hoja de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, cartas de consentimiento informado para los distintos procedimientos, nota de defunción y certificado de defunción (en su caso). 3. Apoyo a las guías de práctica clínica correspondientes, así como a los manuales de procedimiento técnico-médicos o protocolos de atención médica.	1	Verificar: 1. Expediente clínico. 2. Censo de ingreso y egreso de pacientes. 3. Diagnóstico de morbi-mortalidad. 3. Sistemas de información. 4. Guías de práctica clínica. 5. Protocolos de atención médica. 6. Manuales de procedimientos técnico-médicos. 7. Manuales de procedimientos de enfermería.	1	3. Información	3.2 análisis e interpretación de la información	3.3 protección de la información				

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN										CAUSES-2N-2018			
JC88A001401		HOSPITAL REGIONAL COCULA											
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES HG- RMI - HP													
Normatividad aplicable		Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
			Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental			Criterios y Subcriterios	
			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:				
73			Verificar que se tenga acceso al procedimiento documentado para la identificación del paciente Acción Esencial 1 (A, B, C, D).	1	Verificar que: 1. El personal de salud identifica al paciente en el momento en que este solicita la atención y previo a la realización de procedimientos 2. La identificación se hace con dos identificadores que siempre serán, por lo menos, el nombre completo del paciente y la fecha de nacimiento (día, mes y año), 3. El personal de salud comprueba el nombre completo del paciente y fecha de nacimiento 4. En caso de que el paciente no esté conciente o en pacientes con cualquier tipo de discapacidad que impida la comunicación, los datos se validan con su familiar, antes de realizar cualquier procedimiento al paciente	1	Verificar: 1. Se cuenta con elementos para la identificación (tarjeta de cabecera o pie de cama o brazalete o pulsera) 2. Verificar la identificación del paciente en soluciones intravenosas y dispositivos 3. Verificar en los registros del Área (nota de primera vez y notas de atención subsecuente, consentimientos informados, hojas diarias) cuenten con los dos identificadores.	1	4. Planeación de Procesos	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa 7.4 Gestión del riesgo en la atención			
74	ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/09/17. AESP	Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente	Verificar que el Área cuente con un procedimiento documentado para la comunicación efectiva Acción Esencial 2 (A, B, C, D, F, G) definido y aplicado al establecimiento	1	Verificar que: 1. Se conoce y sigue el procedimiento establecido de Escuchar-Escribir-Leer-Confirmar-Transcribir, al emitir-recibir órdenes verbales y/o telefónicas, 2. Se conoce y aplica la Técnica SBAR durante la transferencia, referencia, contra referencia y egreso.	1	Verificar: 1. Registros de supervisión de seguimiento, llenado de la bitácora específica de registro de órdenes verbales y/o telefónicas, llenado en expediente clínico.	1	4. Planeación de Procesos	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa 7.4 Gestión del riesgo en la atención			
75			Verificar que el establecimiento cuente con un procedimiento documentado para la seguridad en el proceso de medicación Acción Esencial 3 (A, B, C, D, E, F, G, H, I) definido y aplicado al establecimiento.	1	Verificar que: 1. Se tenga acceso al procedimiento para la seguridad en el proceso de medicación 2. El personal conozca lo relativo al procedimiento de seguridad en el proceso de medicación sabiendo: a. Prescripción, transcripción, dispensación, recepción, almacenamiento y administración de medicamentos 3. Que sepan la doble verificación en la preparación y administración de medicamentos de alto riesgo 4. Notificación de eventos adversos relacionados con la medicación. .	1	Verificar 1. La existencia de alertas visuales en medicamentos con aspecto o nombre parecido, 2. Que se cuente con la lista de medicamentos con aspecto y nombre parecido	1	4. Planeación de Procesos	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa 7.4 Gestión del riesgo en la atención			
76			Verificar que el Área cuente con un procedimiento documentado para la seguridad en los procedimientos: Acción Esencial 4B definido y aplicado al establecimiento.	1	Verificar que: 1. Se conozca y aplique el procedimiento que incluye: a. Aplicación del tiempo Fuera para procedimientos fuera de quirófano.2. Que personal cuente con la capacitación para su aplicación.	1	Verificar: 1. Registros de supervisión de seguimiento 2. Constancias de capacitación o listas de asistencia.	1	4. Planeación de Procesos	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa 7.4 Gestión del riesgo en la atención			
77			CARRO ROJO UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES : Verificar que cuenten con el CARRO ROJO para el manejo del paro cardiorrespiratorio.	1	Verificar: 1. Que existan los insumos requeridos para el ABC de la reanimación cardiorrespiratoria. (Ver desglose) 2. Que la caducidad del material y medicamentos este vigente. 3. Que los insumos sean suficientes para la atención. 4. Que el personal conozca el manejo del monitor desfibrilador y las maniobras de reanimación cardiorrespiratoria. 5. Que estén identificados los medicamos de alto riesgo y electrolitos.	1	Verificar: 1. Bitácora de control del carro para el manejo del paro cardiorrespiratorio firmada por el responsable de turno. 2. Registro histórico del abastecimiento oportuno y completo del contenido del carro para para el manejo del paro cardiorrespiratorio. 3. Registro de la prueba del trazo isoelectrico semanalmente. 4. Bitácora de mantenimiento del monitor-desfibrilador. 5. Protocolo de manejo de los medicamentos de alto riesgo y electroliticos.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
78			Monitor-Desfibrilador Marcapaso con paletas para adulto y pediátricas.	1	Verificar: 1. Existencia de un Programa para la Gestión del Equipo y Tecnología Biomédica 2. Que el equipo médico se encuentre funcionando y en buenas condiciones.	1	Verificar: 1. Identificación del inventario del equipo médico 2. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo del equipo médico	1	4.- Planeación	4.1 Planeación estratégica. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
79			Tanque de oxigeno con regulador y manómetro	1	Verificar existencia, que se encuentre lleno y con fecha de última recarga de oxigeno y fecha de vencimiento o caducidad	1	Verificar existencia, que se encuentre lleno y con fecha de última recarga de oxígeno y fecha de vencimiento o caducidad	1	de procesos				
80			Tabla de reanimación (Por lo menos 50 x 60 x 1.0 cm).	1	Verificar existencia y que se encuentre en buenas condiciones	1	Verificar existencia y que se encuentre en buenas condiciones	1					
			Insumos de Carro Rojo										
			Primer Cajón										
81			Agua inyectable.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1					
82			Adenosina solución inyectable 6 mg/2 ml.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1					
83			Adrenalina (epinefrina) solución inyectable 1 mg / 1 ml.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1					
84			Amiodarona solución inyectable 150 mg / 3 ml.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1					

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

CAUSES-2N-2018

JCSSA001401		HOSPITAL REGIONAL COCULA													
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES HG- RMI - HP															
Normatividad aplicable	Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA				Criterios a evaluar PROCESO				Criterios a evaluar DOCUMENTAL				MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional		Puntaje	Evidencia Observacional		Puntaje	Evidencia Documental		Puntaje					
		El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			Criterios y Subcriterios				
85	Guía de equipamiento para carros rojos de CENETEC 2016	CARRO ROJO	Atropina solución inyectable 1 mg /1 ml.		1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.		1	Verificar sistema de abasto.		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
86			Bicarbonato de sodio solución inyectable al 7.5% (0.75 g).		1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.		1	Verificar sistema de abasto.		1				
87			Diazepam solución inyectable 10 mg / 2 ml. O Midazolam solución inyectable 5 mg / ml		1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.		1	Verificar sistema de abasto.		1				
88			Vecuronio solución inyectable 4 mg/ml.		1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.		1	Verificar sistema de abasto.		1				
89			Gluconato de Calcio solución inyectable al 10%.		1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.		1	Verificar sistema de abasto.		1				
90			Glucosa solución inyectable al 50% (adultos y pediatría) 10% (neonatalogía).		1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.		1	Verificar sistema de abasto.		1				
91			Sulfato de Magnesio solución inyectable 1g / 10 ml.		1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.		1	Verificar sistema de abasto.		1				
92			Lidocaina solución inyectable al 2%.		1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.		1	Verificar sistema de abasto.		1				
Segundo Cajón															
93			Parches para electrodo neonatales		1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.		1	Verificar sistema de abasto.		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
94			Catéter para vena periférica (18, 20, 22, 24 fr)		1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.		1	Verificar sistema de abasto.		1				
95			Llave de tres vias.		1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.		1	Verificar sistema de abasto.		1				
96			Sonda de aspiración.		1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.		1	Verificar sistema de abasto.		1				
97			Jeringas de 5, 10, 20 ml.		1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.		1	Verificar sistema de abasto.		1				
98			Agujas hipodérmicas.		1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.		1	Verificar sistema de abasto.		1				
99			Equipo de venoclisis con microgotero.		1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.		1	Verificar sistema de abasto.		1				
100			Equipo de venoclisis con normogotero.		1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.		1	Verificar sistema de abasto.		1				
Tercer Cajón															
101			Cánulas endotraqueales: N° 1.0, 1.5, 2.0 y 2.5 mm		1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.		1	Verificar sistema de abasto.		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
102			Catéter umbilical.		1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.		1	Verificar sistema de abasto.		1				
103	Aguja intraósea (14,).		1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.		1	Verificar sistema de abasto.		1						
104	Mango de laringoscopio.		1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.		1	Verificar sistema de abasto.		1						
105	Hojas rectas: 0, 1, 2.		1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.		1	Verificar sistema de abasto.		1						
106	Guantes.		1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.		1	Verificar sistema de abasto.		1						
Cuarto Cajón															
107	Bolsa autoinflable para reanimación neonatal		1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.		1	Verificar sistema de abasto.		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa				
108	Mascarillas: neonatales (premature, término), 2, 3.		1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.		1	Verificar sistema de abasto.		1						
109	Extensión para oxígeno.		1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.		1	Verificar sistema de abasto.		1						
110	Solución Hartmann inyectable 500 ml.		1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.		1	Verificar sistema de abasto.		1						
111	Solución de cloruro de sodio inyectable al 0.9% 500 ml.		1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.		1	Verificar sistema de abasto.		1						
112	Solución glucosada inyectable al 5% 250 ml.		1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.		1	Verificar sistema de abasto.		1						
					112						106				

CALIFICACIÓN UCIN HG, RMI, HP

100.00%

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN									
JCSSA001401 HOSPITAL REGIONAL COCULA									
LABORATORIO Y BANCO DE SANGRE HG- NMI - NP									
Normatividad aplicable	Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Criterios a evaluar PROCESO		Criterios a evaluar DOCUMENTAL		MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		El evaluador deberá:		El evaluador deberá:		El evaluador deberá:		Criterios y Subcriterios	
1	NORMA Oficial Mexicana NOM-007-SSA3-2011, Para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos. Numerales 4; 4.1; y 4.3; 4.3.1; 4.3.2; 5.1.6; 5.1.7; 5.1.8; 5.1.9.	Autorizaciones Sanitarias	Verificar: 1. Existencia de señalización. 2. Que cuente con señalamiento de emergencia para protección civil. 3. Que el punto de reunión esté delimitado e identificado.	1	Verificar que la Licencia Sanitaria se encuentre colocada en lugar visible al público.	0	Verificar que cuente con documento oficial.	1	4. Planeación de Procesos 4.3 Planeación Operativa 7.4 Gestión del riesgo en la atención
2			Verificar que se cuente con aviso de Responsable Sanitario.	1	Verificar que el documento cuente con las características requeridas, exhibido en lugar visible del servicio y que esté vigente y actualizado.	0	Verificar que cuente con documento oficial.	1	4. Planeación de Procesos 4.3 Planeación Operativa 7.4 Gestión del riesgo en la atención
3	NORMA Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada. Numerales 6. 5.1.1.1, 5.1.1.10, 6.5.1.1.1.3 6.6.2.2.9. NOM-025-STPS-2008. Condiciones de iluminación en los centros de trabajo.	Condiciones Generales	Verificar: 1. Que las áreas se encuentren limpias y mantenga la asepsia correspondiente. 2. Que cuente con iluminación y ventilación adecuadas. 3. Que cuente con infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas en buen estado.	1	Verificar: 1. Que los espacios estén provistos de iluminación suficiente, ya sea natural o artificial, adecuada a la naturaleza del trabajo, así como de ventilación adecuada para la renovación continua del aire y para evitar el calor excesivo, la condensación del vapor y el polvo. Además deberá contar sistemas de iluminación de emergencia. 2. Que la infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas se encuentre en buen estado de mantenimiento.	1	Verificar: 1. Bitácora de control de aseo y limpieza del área firmada por el jefe de turno o supervisor. 2. Bitácora del mantenimiento preventivo-correctivo de la estructura e instalaciones. 3. Manual de procedimientos para determinar las características, la frecuencia del aseo y limpieza del área.	1	4. Planeación de Procesos 4.3 Planeación Operativa 7.4 Gestión del riesgo en la atención
4	NOM-001-SEDE-2012, Instalaciones eléctricas artículo 517 Numerales 517-2, 517-30.		Verificar: 1. Que el circuito eléctrico esté conectado a la planta de emergencia. 2. Que se cuente con contactos grado hospital con un color distintivo o una marca.	1	Verificar: 1. Revisar en el área su funcionamiento a través del equipo conectado a los contactos grado hospital. 2. Que el restablecimiento de la energía sea en un lapso de 10 segundos o menor.	1	No aplica.	NA	4. Planeación de Procesos 4.3 Planeación Operativa 7.4 Gestión del riesgo en la atención
5	NORMA Oficial Mexicana NOM-007-SSA3-2011, Para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos. Numeral 5.2.8.		Verificar: 1. Existencia de sanitarios, accesorios e insumos para higiene. 2. Lavabo con el cartel de la técnica de higiene de manos. 3. Verificar calidad del agua.	1	Verificar: 1. Que el área se encuentra limpia 2. Evaluar la técnica de higiene de manos. 3. Abasto e insumos para la higiene de manos: jabón (líquido o gel) y toallas desechables.	1	Verificar: 1. Bitácora de limpieza firmada con firmas correspondientes. 2. Registro y calendario de controles de calidad del agua. 3. Bitácora para el registro de indicaciones verbales y telefónicas.	1	4. Planeación de Procesos 4.3 Planeación Operativa 7.4 Gestión del riesgo en la atención
6	NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada. Numeral 5.1.10; NOM-007-SSA3-2011. Para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos. Numeral 8 8.1.		Verificar la señalización con el rótulo de identificación del servicio y acceso restringido.	1	Verificar: 1. Que la señalización sea clara en un lugar visible que le permita al usuario identificar el área y no acceder al servicio por su seguridad. 2. Que el índice de superficie libre por trabajador, no sea menor de dos metros cuadrados.	1	No aplica.	NA	4. Planeación de Procesos 4.3 Planeación Operativa 7.4 Gestión del riesgo en la atención
7	NORMA Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada. Numeral 5. 5.1; 5.1.6; 6.5; 6.5.1; 6.5.1.1.3.		Verificar ausencia o presencia de fugas de agua, aire, gases.	1	Verificar: 1. Tener identificadas las tuberías externas o visibles para agua, aire, gases y electricidad, con los colores que establece la NOM-026-STPS-2008. 2. Que las instalaciones de abastecimiento de agua potable estén adecuadas para los tipos de aparatos, materiales y reactivos que se utilizan, así como que en sistema de drenaje, cumpla con lo establecido en la NOM-001-SEMARAT-1996.	1	Verificar: 1. Registro de fugas. 2. Mantenimiento de instalaciones mediante bitácora.	1	4. Planeación de Procesos 4.3 Planeación Operativa 7.4 Gestión del riesgo en la atención
8	NORMA Oficial Mexicana NOM-002-STPS-2010, Condiciones de seguridad-Prevención y protección contra incendios en los centros de trabajo. Numeral 7, 7.2, 7.3, 7.15. y 7.17.	Condiciones de Prevención y Protección contra Incendios	Verificar existencia de los extintores en áreas estratégicas de acuerdo a lo normado.	1	Verificar: 1. Vigencia de recarga. 2. El conocimiento en el personal del uso de los extintores de acuerdo con la normativa e identifique las situaciones para su uso. 3. Instrucciones de seguridad aplicables en cada área y al alcance de los trabajadores. 4. Que no se almacenen materiales o coloquen objetos que obstruyan e interfieran el acceso al equipo contra incendio.	1	Verificar: 1. Instructivo de uso de extintores. 2. Registro mensual de verificación de funcionalidad de los extintores. 3. Registro de la capacitación del uso del manejo de extintores. 4. Manual de manejo de extintores.	0	4. Planeación de Procesos 5. Responsabilidad Social 5.1 Promoción de la cultura de calidad 7.4 Gestión del riesgo en la atención
9	Numerales 5; 5.2; 5.2.6, 8; de la NOM 007-SSA3-2011, Para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos. NOM-005-STPS-1998. 10.3; 10.3.1; 10.3.2.	Almacén	Verificar existencia de un almacén para guarda de sustancias, materiales y reactivos.	1	Verificar: 1. Que las áreas destinadas para este fin estén aisladas de cualquier fuente de calor o ignición. 2. Que los recipientes fijos donde se almacenen estas sustancias deben contar con dispositivos de relevo de presión y arrestador de flama. 3. Que el personal conozca y aplique normatividad sobre el almacenaje.	1	Verificar el manual de procedimientos en el que se incluya el área de almacén de sustancias de acuerdo con la NOM-005-STPS-1998.	0	4. Planeación de Procesos 5. Responsabilidad Social 5.1 Promoción de la cultura de calidad 7.4 Gestión del riesgo en la atención

JCSSA001401		HOSPITAL REGIONAL COCULA		LABORATORIO Y BANCO DE SANGRE HG- RMI - HP									
Normatividad aplicable		Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			Criterios y Subcriterios	
10	NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, Protección Ambiental - Salud Ambiental - Residuos Peligrosos Biológico infecciosos Clasificación y Especificaciones de Manejo. Numerales 6; 6.7.	Control de los Residuos Peligrosos Biológicos-Infecciosos (R.P.B.I.)	Verificar: 1. Existencia de contenedores para el manejo del R.P.B.I. 2. Que el área cuente con señalización y circulación de contenedores.	1 Verificar: 1. Que la señalización de la circulación de los contenedores este colocada desde el área generadora hacia el almacén temporal. 2. Que los R.P.B.I. estén identificados y separados en los contenedores correspondientes de acuerdo a sus características físicas y Biológicas infecciosas. 3. Constar que el personal adscrito al área que tenga contacto con los residuos peligrosos, cuenten con el conocimiento adecuado para la clasificación, separación y manejo de los R.P.B.I.	1	Verificar bitácora de registro de la recolección del R.P.B.I. con los datos específicos como fecha, peso, tipo de residuo, firma del responsable del área y firma del responsable de la recolección.	1	4. Planeación 5. Responsabilidad Social 7. Mejora de Procesos	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa 5.1 Promoción de la cultura de calidad 7.4 Gestión del riesgo en la atención				
11	NOM 016-SSA3-2012. Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada. Numerales 6; 6.5; 6.5.1.1.4; 5.5.	Infraestructura	Verificar: 1. Sala de espera. 2. Recepción para solicitudes de estudios y entrega de resultados, registro de pacientes para toma de muestra.	1 Verificar: 1. Que la sala de espera cuente con limpieza y mobiliario en buen estado físico y de funcionamiento. 2. Que se estén registrando todas las solicitudes. 3. La entrega de resultados sea en formato oficial del establecimiento y firmado por el responsable del servicio. 4. Que el registro de pacientes para la toma de muestra.	1	Verificar: 1. Bitácora de control de aseo y limpieza del área firmada por el jefe de turno o supervisor. 2. Registro de solicitudes de estudios y de resultados.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa				
12	NORMA Oficial Mexicana NOM-007-SSA3-2011, Para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos. Apéndice normativo A5.	Toma de Muestras	Verificar existencia: 1. Asiento con respaldo para el paciente; Contenedor rígido para puncocortantes. 2. Cubeta, cesto o soporte para la bolsa de residuos peligrosos biológico-infecciosos. 3. Repisa descansa brazo o mesa con cojín. 4. Toruero con tapa.	1 Verificar: 1. Que el área se encuentre limpia. 2. Que las áreas tengan privacidad, comodidad y seguridad para el paciente.	1	Verificar bitácora de limpieza firmada con firmas correspondientes.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa				
13	NORMA Oficial Mexicana NOM-007-SSA3-2011, Para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos. Apéndice normativo A4.	Toma de Muestras Ginecológicas	Verificar que el área específica para prueba de muestras bacteriológicas y ginecológicas, que cuente con: vestidor, ropa, banqueta de altura; espejo Graves, varias medidas, lámpara con haz direccional; mesa de exploración ginecológica, mesa Pasteur o su equivalente.	NA Verificar: 1. Que el área se encuentre limpia. 2. Que las áreas tengan privacidad para el paciente.	NA	Verificar bitácora de limpieza firmada con firmas correspondientes.	NA	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa				
14	NORMA Oficial Mexicana NOM-007-SSA3-2011, Para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos. Apéndice normativo A6.	Área de lavado de Material, Esterilización o Sanitización	Verificar autoclave, canastilla para transportar material, de acuerdo con el tipo de material de que se trate, cubeta, cesto o soporte para la bolsa de residuos peligrosos biológico-infecciosos, mueble para guarda de materiales, equipo o instrumentos esterilizados, mesa de trabajo, repisas, tarja.	1 Verificar que el área se encuentre limpia.	1	Verificar bitácora de limpieza firmada con firmas correspondientes.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa				
15	NORMA Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales. Numeral 0.6.7.2; NORMA Oficial Mexicana NOM-007-SSA3-2011, Para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos. Numeral 6.5.1.4.	Equipo para Contingencias	Verificar que cuente con dispositivos para el lavado de manos y cara, en particular para los ojos en situaciones de emergencia.	1 Verificar que las instalaciones hidrosanitarias funcionen.	1	Verificar bitácora de limpieza firmada con firmas correspondientes.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa				

JCSSA001401		HOSPITAL REGIONAL COCUILA		LABORATORIO Y BANCO DE SANGRE HG- RMI - HP									
Normatividad aplicable		Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			Criterios y Subcriterios	
16	NOM 007-SSA3-2011, Para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos. Numerales 5.4 Recursos materiales y tecnológicos, 5.5 al 5.5.3.7 De la organización y 5.2.4 Apéndice normativo A.1.	Área de Hematología, Coagulación, Serología e Inmunología y Química Sanguínea	Verificar: 1. Que cuente con el siguiente mobiliario: 1. Banco o silla apropiados para el técnico y actividad que ejecute. 2. Cubeta, cesto o soporte para la bolsa de residuos peligrosos biológico-infecciosos. 3. Mueble para guarda de materiales, equipo o instrumentos esterilizados. 4. Mesa de trabajo con o sin respaldo. 5. Equipo básico o su equivalente tecnológico. 6. Agitador eléctrico rotatorio de uso múltiple de velocidad fija. 7. Gradillas. 8. Refrigerador con termómetro para control de la temperatura. 9. Equipo para biometría hemática y coagulación o su equivalente tecnológico. 10. Agitador de pipetas de Toma. 11. Cámara de Neubauer de cristal, con dos compartimentos de 0.1 milímetro de profundidad. Con cubreobjetos de 20x26x0.4 milímetros de grosor uniforme especial para dicha cámara. 12. Centrifuga de mesa, cabezal intercambiable, tacómetro, reloj hasta 60 minutos, con regulador de velocidad hasta 4900 revoluciones por minuto. 13. Centrifuga de mesa para micro hematocrito, para tubos capilares en posición horizontal con reloj y freno. Velocidad de 11,500 a 15,000 revoluciones por minuto. 14. Coagulómetro. 15. Contador de células. 16. Lector de micro hematocrito. 17. Microscopio binocular con enfoque macro y micrométrico, platina con movimientos en cruz, iluminación en la base, revolver para 4 objetivos, filtro despulpido y transformador variable. 18. Pipeta de vidrio, de Toma o similar, para diluir glóbulos blancos. 19. Pipeta de vidrio, de Toma o similar, para diluir glóbulos rojos. 20. Pipeta salli. 21. Equipo para química sanguínea, serología e inmunología o su equivalente tecnológico. 22. Baño de agua sin circulación forzada con termostato. 23. Espectrofotómetro con ancho de banda para la longitud de onda de 325 a 825 nanómetros, ancho de ventana de 20 nanómetros. 24. Gradilla para tubos de ensaye. 25. Marcador de intervalos de tiempo provisto de alarma. 26. Pipetas de volumen variable. 27. Pipetas volumétricas.	1	Verificar: 1. Que el laboratorio cuente con los recursos materiales y tecnología, de acuerdo con el tipo de estudios de áreas específicas para las distintas secciones. 2. Que se realicen los estudios de laboratorio requeridos. 3. Verificar que se grafique por turno la temperatura. 4. Análisis estadístico y cumplimiento de las leyes de Westgard aplicadas al análisis de la distribución de datos obtenidos.	1	Verificar: 1. Bitácora y programa de mantenimiento preventivo y correctivo. 2. Programa y registro de calibración. 3. Bitácora de análisis estadístico y cumplimiento de las leyes de Westgard aplicadas al análisis de la distribución de datos obtenidos, en formato estandarizado para todas las áreas del laboratorio 4. Bitácora de control de calidad interno efectuado para las coloraciones de Gram y reticulocitos, incluyendo la fecha de filtrado de los reactivos correspondientes.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
			Verificar que cuente con equipos automatizados.	1	Verificar: 1. Que en caso de utilizar equipos automatizados para realizar estudios de laboratorio, se deberán adaptar los espacios y áreas de trabajo, de acuerdo con los requerimientos de luz, humedad, ventilación y temperatura que indique el fabricante. 2. Que se realice mantenimiento preventivo programado y correctivo en su caso.	1	Verificar: 1. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo. 2. Registro de la calibración del equipo.	1	4. Planeación 5. Responsabilidad Social 7. Mejora de Procesos	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa 5.1 Promoción de la cultura de calidad 7.4 Gestión del riesgo en la atención			
18	NOM 007-SSA3-2011, Para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos. Numeral 5., 5.2., 5.2.4, 5.4.1, 5.5.4, 5.5 al 5.5.3.7; 5.1.13 y Apéndice Normativo A.3.	Área de Parasitología	Verificar que exista un área de parasitología que cuente con: mesa de trabajo, equipo o su equivalente tecnológico, asa de alambre, centrifuga, mechero de metal inoxidable con quemador de alta temperatura provisto con regulador de llama, soporte y rejilla.	NA	Verificar que el equipo funcione y se encuentre en buenas condiciones.	NA	Verificar bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo de mobiliario.	NA	4. Planeación 5. Responsabilidad Social 7. Mejora de Procesos	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa 5.1 Promoción de la cultura de calidad 7.4 Gestión del riesgo en la atención			
19	NOM 007-SSA3-2011, Para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos. Numeral 5., 5.2, 5.2.1.		Verificar existencia del área de registro.	1	Verificar limpieza y buenas condiciones del área.	1	Verificar bitácora de control de aseo y limpieza del área firmada por el jefe de turno o supervisor.	1	4. Planeación 5. Responsabilidad Social 7. Mejora de Procesos	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa 5.1 Promoción de la cultura de calidad 7.4 Gestión del riesgo en la atención			

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN										
JCSSA001401 HOSPITAL REGIONAL COCUILA										
LABORATORIO Y BANCO DE SANGRE HG- RMI - HP										
Normatividad aplicable		Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA	Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO	Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL	Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
			El evaluador deberá:		El evaluador deberá:		El evaluador deberá:		Criterios y Subcriterios	
20	NCM 007-SSA3-2011, Para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos. Numerales 5.2., 5.2.2, 5.4. , 5.4.1, 5.4.2., Apéndice normativo A.5. ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/09/17. AESP 1E 2E.	Recepción y Toma de Muestras Sanguíneas	Verificar: 1. Que el área cuente con: asiento con respaldo para el paciente, repisa descansa brazo o mesa con cojín, toruero con tapa). 2. Que las jeringas, agujas y lancetas utilizadas para la toma de muestras sanguíneas, sean desechables.	1	Verificar: 1. Limpieza y buenas condiciones del área. 2. Verificar que los datos de la etiqueta coinciden con los datos de las solicitudes	1	Verificar: 1. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo de mobiliario. 2. Que la solicitud cuente con los datos de identificación del paciente (nombre completo y fecha de nacimiento), fecha y hora y de estudio, identificación del solicitante, estudio solicitado y diagnóstico probable.	1	4. Planeación 5. Responsabilidad Social 7. Mejora de Procesos	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa 5.1 Promoción de la cultura de calidad 7.4 Gestión del riesgo en la atención
21	NCM 007-SSA3-2011, Para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos. Numerales 5.2, 5.2.2, 5.2.5, 4, 5.4.1, 5.4, 5.5, 5.5.10. Apéndice normativo A.6.	Área de lavado de Material, Esterilización o Sanitización	Verificar que el área específica cuente con: canastilla para transportar material, de acuerdo con el tipo de material de que se trate, mesa de trabajo, repisas, tarja.	1	Verificar limpieza y buenas condiciones del área.	1	Verificar bitácora de control de aseo y limpieza del área firmada por el jefe de turno o supervisor.	1	4. Planeación 5. Responsabilidad Social 7. Mejora de Procesos	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa 5.1 Promoción de la cultura de calidad 7.4 Gestión del riesgo en la atención
22	NCM 007-SSA3-2011, Para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos. Numeral 5.	Manuales	Verificar que se cuente con manuales del servicio actualizados con el presente año lectivo.	1	Verificar que los documentos y manuales se conozcan por el personal operativo.	1	Verificar: 1. Manual de organización. 2. Manual de procedimientos administrativos. 3. Manual de todos los métodos analíticos utilizados en el laboratorio clínico de que se trate, en idioma español. 4. Bitácora de mantenimiento y calibración de equipo. 5. Manual para la toma, identificación, manejo, conservación y transporte de muestras. 6. Manual de manejo de equipo en idioma español. 7. Manual de seguridad e higiene ocupacional y en su caso, de seguridad radiológica. 8. Manual de procedimientos para el manejo de desechos peligrosos. 9. Programa de mantenimiento preventivo y calibración de instrumentos de medición y del equipo utilizado en el establecimiento. 10. Programa de desinfección y desinfección del establecimiento, así como la bitácora correspondiente.	1	3. Información, conocimiento, innovación y tecnología	3.4 Información en salud de referencia
23	NCM 007-SSA3-2011, Para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos. Numeral 7, 7.1 y 7.2.	Control de Calidad	Verificar existencia de un programa de control interno y externo de la calidad.	1	Verificar: 1. Que se aplica un programa de control interno de la calidad para todos los estudios de laboratorio que se realizan, que incluya las etapas pre analítica, analítica y pos analítica, 2. Que cuenten con la participación en un programa de evaluación externa de la calidad, en el cual deberán integrar los estudios de laboratorio que realicen y que incluya el programa, de acuerdo con las necesidades del laboratorio clínico en materia de calidad.	1	Verificar documentos de evaluación de la calidad interna y externa.	1	5. Responsabilidad Social	5.1 Responsabilidad pública
24	NCM-007-SSA3-2011, Para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos. Numerales 4, 4.7., 4.8. NOM 004 SSA3 2012. Numeral 6., 6.1 , 6.1.3. ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/09/17. AESP 2E.	Sistema de Información y Entrega de Resultados	Verifica que los formatos específicos del establecimiento se encuentren con registros.	1	Verificar: 1. Existencia de registros cronológicos de los estudios de laboratorio en los que conste: fecha, nombre del usuario, tipo de estudios de laboratorio realizados, los resultados obtenidos con nombre y firma autógrafa, en su caso, digitalizada o electrónica de la persona que lo realizó. 2. Que los informes de resultados cuenten con los valores o intervalos de referencia conforme a los métodos utilizados, género y grupo de edad al que corresponden y en hoja membretada y contener: el nombre o razón social, domicilio del establecimiento, así como el nombre y cédula profesional del responsable sanitario.	1	Verificar: 1. Registro de informe de resultados. 2. Verificar la existencia del listado de valores críticos de laboratorio.	1	3. Información, conocimiento, innovación y tecnología	3.4 Información en salud de referencia
Banco de Sangre										
25	Artículos 315 y 316 Título Decimocuarto Capítulo. Ley General de Salud.	Autorizaciones Sanitarias	Verificar que se cuente con Licencia Sanitaria.	1	Verificar que la licencia sanitaria se encuentre colocada en lugar visible al público y que esté vigente y actualizado.	1	Verificar documento oficial.	1	5. Responsabilidad Social	5.1 Responsabilidad pública
26			Verificar que se cuente con aviso de Responsable Sanitario.	1	Verificar que el documento cuente con las características requeridas, exhibido en lugar visible del servicio y que esté vigente y actualizado.	1	Verificar documento oficial.	1	5. Responsabilidad Social	5.1 Responsabilidad pública

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN										CAUSES-2M-2018			
JCSSA001401 HOSPITAL REGIONAL COCULA													
LABORATORIO Y BANCO DE SANGRE HG- RMI - HP													
Normatividad aplicable		Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			Criterios y Subcriterios	
27	NOM-253-SSAI-2012, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos. Apartados 4.11.; 19.3.1.10.	Convenios	Verificar existencia de convenios.	1	Verificar: 1. Que se cuenta con el convenio de intercambio o suministro de unidades de sangre con otros bancos de sangre proveedores de las unidades de sangre solicitada o entregada, o con copia de la carta compromiso para concretar el intercambio de unidades. 2. Que existan los establecimientos de atención médica o servicios clínicos que solicitan productos sanguíneos. 3. Que cuente con copia del formato de solicitud de sangre.	1	Convenios y formatos correspondientes.	1	5. Responsabilidad Social	5.1 Responsabilidad pública			
28	NOM-002-STPS-2010. Numeral 5. Obligaciones del patrón, 5.8 y Capítulo 11, 11.1 al 11.5 y NOM 016-SSA3-2012. Numeral 5. Disposiciones generales aplicables a los establecimientos para la atención médica hospitalaria, 5.1.10 Contar con la señalización y la NOM-003-BEGOB-2011.	Señalización del Área	Verificar que exista señalización informativa y de emergencia para protección civil y delimitación del punto de reunión.	1	Verificar: 1. Que cuente con señalización que identifique las áreas de uso público del servicio principalmente las correspondientes a sangrado, sin perjuicio de otras señalizaciones. 2. Que existan señales y avisos sobre protección civil, que permitan a los usuarios identificar y advertir áreas o condiciones que representen riesgo para su salud e integridad física, así como ubicar equipos para la respuesta a emergencias, e instalaciones o servicios de atención a la población en caso de desastre 3. Que exista la ubicación del punto de reunión.	1	No aplica.	NA	5. Responsabilidad Social	5.3 Hospital Seguro			
29	NOM-002-STPS-2000. Numeral 7. Condiciones de prevención y protección contra incendios, 7.2, 7.3, 7.15. y 7.17.	Condiciones de Prevención y Protección contra Incendios	Verificar existencia y funcionalidad de los extintores en el área de trabajo.	1	Verificar: 1. Que los extintores estén colocados de acuerdo a la normatividad vigente. 2. Contar con rutas de evacuación. 3. Revisar la vigencia de recarga. 4. Que el personal tenga conocimiento del uso de los extintores de acuerdo con la normativa e identifique las situaciones para su uso. 5. Instrucciones de seguridad aplicables en cada área y al alcance de los trabajadores 6. Que no se almacenen materiales o coloquen objetos que obstruyan e interfieran el acceso al equipo contra incendio.	1	Verificar: 1. Programa anual y registro mensual dela revisión del equipo. 2. Registro de los resultados de la revisión mensual: fecha de revisión, nombre del personal que realizó la revisión, resultados, anomalías identificadas y seguimiento de las mismas. 3. Registro de la capacitación del uso del manejo de extintores. 4. Manual de manejo de extintores.	1	4. Planeación 5. Responsabilidad Social 7. Mejora de Procesos	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa 5.1 Promoción de la cultura de calidad 7.4 Gestión del riesgo en la atención			
30	NOM-002-STPS-2010. Numeral 7. Condiciones de prevención y protección contra incendios, 7.1 y 7.14		Verificar existencia de condiciones de seguridad.	1	Verificar: 1. Que se cuente con instrucciones de seguridad aplicables en cada área del centro trabajo al alcance de los trabajadores 2. Que se evite que se almacenen materiales o coloquen objetos que obstruyan e interfieran el acceso al equipo contra incendio, a los dispositivos de alarma de incendio o activación manual de los sistemas fijos contra incendio.	1	Verificar: 1. Instructivo de seguridad. 2. Registro de la supervisión de cumplimiento.	1	4. Planeación 5. Responsabilidad Social 7. Mejora de Procesos	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa 5.1 Promoción de la cultura de calidad 7.4 Gestión del riesgo en la atención			
31	NOM-253-SSAI-2012, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos. Numerales 14.3. y 4.4. NOM 253 SSAI 2012, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos. Apartados 4.3. y 4.4.	Sistema de Gestión de la Calidad	Verificar que se cuente con un manual de calidad.	1	Verificar que se estén realizando los procesos solicitados.	1	Verificar manual de calidad: estructura de la organización y descripción de todas las actividades individuales y colectivas, que incluya planificación, control, aseguramiento, mejora continúa de la calidad de las actividades que realiza los servicios y los recursos necesarios para su desarrollo.	1	3. Información, conocimiento, innovación y tecnología	3.4 Información en salud de referencia			

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN										CAUSES-2N-2018			
JCSSA001401										HOSPITAL REGIONAL COCULA			
LABORATORIO Y BANCO DE SANGRE										HG- RMI - HP			
Normatividad aplicable		Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			Criterios y Subcriterios	
32		NOM-253-SSA1-2012, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos. Numerales 19.3.1.; 19.3.1.1.; 19.3.1.2.; 19.3.1.3.; 19.3.1.4.; 19.3.1.5.; 19.3.1.8. ; 19.3.1.9. ; 19.3.1.10.	Manuales	Verificar existencia de manuales de procedimientos normalizados de operación (PNO).	1	Verificar que se estén realizando los procesos solicitados.	1	Verificar: 1. PNO (fomento de la donación voluntaria y altruista de sangre, atención y manejo de los donantes, extracción de unidades de sangre, componentes sanguíneos, muestras, procesamiento, almacenaje, etiquetado, embalaje, traslado de unidades de sangre, componentes sanguíneos o mezclas de éstos, reactivos, planos que incluyan las direcciones a seguir en caso de falla eléctrica o cualquier otra alteración en las condiciones de almacenamiento y de la seguridad. 2. Manual de seguridad para el personal expuesto a riesgos biológicos, físicos, mecánicos y químicos, que especifique normas para manipulación, guarda, desecho de los materiales peligrosos. 3. Manual para el manejo de los RPBI. 4. Soporte documental de coordinación entre establecimientos que hacen disposición de sangre, los puestos de sangrado y el banco de sangre. 5. Bitácora del proceso para el embalaje y envío de muestras para pruebas especiales en conjunto con el área de epidemiología. 6. Manual de los procesos para la referencia de pacientes reactivos al área de epidemiología. 7. Evidencia por parte del área de epidemiología a los casos reactivos referidos del banco de sangre.	1	3. Información, conocimiento, innovación y tecnología	3.4 Información en salud de referencia		
33		NOM-253-SSA1-2012, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos. Numerales 19.1.3.7. y 19. 3.1. 11; 19.3.1.12.	Instructivos y Guías	Verificar existencia de instructivos para el uso y cuidados del equipamiento e instrumental, guías para el buen uso clínico de la sangre, procedimientos normalizados para gammaglobulina anti-D.	1	Verificar: 1. Que el personal se encuentre en su área de trabajo en el turno correspondiente, portando uniforme y gafete, desarrollando las actividades correspondientes a su formación y perfil. 2. Que corresponda el registro de entrada y salida con el horario en Plantilla de personal. 3. Cumplir con las capacitaciones de los Programas establecidos y las específicas de acuerdo a su competencia	1	Verificar: 1. Instructivos para el uso y cuidado del equipamiento e instrumental crítico (información sobre el mantenimiento preventivo, parámetros y frecuencias de revisión, mantenimiento correctivo. 2. Guías para el buen uso clínico de la sangre (indicaciones terapéuticas y contraindicaciones de los componentes sanguíneos, metodología, vigilancia del acto transfusional, descripción y manejo de los incidentes, reacciones o efectos adversos a la transfusión, procedimientos analíticos, metodología para el registro y notificación de los incidentes reacciones o efectos adversos a la transfusión. 3. Procedimientos normalizados de operación para el uso de gammaglobulina anti-D, para la prevención de aloinmunización al antígeno D (dosis, vías de administración).	1	3. Información, conocimiento, innovación y tecnología	3.4 Información en salud de referencia		

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN													
CAUSES-2N-2018													
JCSSA001401 HOSPITAL REGIONAL COCULA													
LABORATORIO Y BANCO DE SANGRE HG- RMI - HP													
Normatividad aplicable		Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			Criterios y Subcriterios	
34	NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002. Numeral 6. Manejo de Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos, 6.7 Programa de Contingencias, Artículo 8 del Reglamento en materia de R.P.B.I. de la Ley General del Equilibrio Ecológico y la Protección al Ambiente.	Control de los Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos (R.P.B.I.)	Verificar: 1. Existencia de contenedores para el manejo del R.P.B.I. 2. Que el área cuente con señalización y circulación de contenedores.	1	Verificar: 1. Que la señalización de la circulación de los contenedores este colocada desde el área generadora hacia el almacén temporal. 2. Que los R.P.B.I. estén identificados y separados en los contenedores correspondientes de acuerdo a sus características físicas y biológicas infecciosas. 3. Constatar que el personal adscrito al área que tenga contacto con los residuos peligrosos, cuenten con el conocimiento adecuado para la clasificación, separación y manejo de los R.P.B.I.	1	Verificar bitácora de registro de la recolección del R.P.B.I. con los datos específicos como fecha, peso, tipo de residuo, firma del responsable del área y firma del responsable de la recolección.	1	4. Planeación 7. Mejora de Procesos	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa 7.4 Gestión del riesgo en la atención			
35	NOM-253-SSA1-2012, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos. Apartados 3.1.86.; 3.1.87.; 3.1.94.; 3.1.97.; 3.1.98.; 3.1.99.; 3.1.101.;3.1.110.;3.1.112.;3.1.116.	Productos obtenidos en los servicios de sangre	Verificar capacidad para obtener sangre y sus derivados en el área de fraccionamiento.	1	Verificar que se obtenga: 1. Sangre fresca. 2. Sangre total. 3. Concentrado de eritrocitos: leucodepletado, lavados, congelados y adicionado. 4. Concentrado de plaquetas. 5. Plasma fresco. 6. Crío precipitado. 7. Plasma desprovisto de factores lábiles.	1	Verificar listado de productos obtenidos en el sangrado.	1	4. Planeación 7. Mejora de Procesos	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa 7.4 Gestión del riesgo en la atención			
36		Infraestructura Servicio de Transfusión sin Recolección de Unidades	Verificar existencia de laboratorio de inmunohematología, área de refrigeración, área de congelación, recepción y suministro de productos.	1	Verificar: 1. La completa existencia de las áreas con base a su complejidad y que estructuralmente se encuentren en buenas condiciones de limpieza, iluminación, ventilación. 2. Que las condiciones generales de Infraestructura cuente con facilidades arquitectónicas, ruta acceso y salida, ausencia o presencia de fugas de agua, aire, y drenaje. 3. Los factores del entorno arquitectónico asociados a riesgo de caídas de pacientes.	1	Verificar bitácoras de limpieza y de mantenimiento.	1	4. Planeación 7. Mejora de Procesos	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa 7.4 Gestión del riesgo en la atención			
37		Puesto de Sangrado	Verificar que existan las siguientes áreas: 1. Documentación y captura de datos de donadores 2. Sala de espera. 3. Promoción. 4. Oficina de responsable. 5. Sala de espera extracción. 6. Baños para pacientes por género. 7. Consultorios médicos. 8. Extracción de sangre. 9. Comedor donadores. 10. Archivo clínico. 11. Recepción y envío de productos. 12. Cuarto de conservación de sangre y componentes sanguíneos. 13. Baños y vestidores para personal por género.	1	Verificar: 1. La completa existencia de las áreas con base a su complejidad y que estructuralmente se encuentren en buenas condiciones de limpieza, iluminación, ventilación. 2. Que las condiciones generales de Infraestructura cuente con facilidades arquitectónicas, ruta acceso y salida, ausencia o presencia de fugas de agua, aire, y drenaje. 3. Los factores del entorno arquitectónico asociados a riesgo de caídas de pacientes.	1	Verificar bitácoras de limpieza y de mantenimiento.	1	4. Planeación 7. Mejora de Procesos	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa 7.4 Gestión del riesgo en la atención			
38	NOM-016-SSA3-2012. Numeral 6. Infraestructura y equipamiento de hospitales. NOM-253-SSA1-2012, para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos. Acuerdo por el que el Consejo de Salubridad General, declara la obligatoriedad de la implementación de las "Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente", en todos los establecimientos de atención médica del Sistema Nacional de Salud. AESP 6C.	Servicio de Transfusión con Recolección de Unidades	Verificar que existan las siguientes áreas: 1. Documentación y captura de datos de donadores. 2. Sala de espera. 3. Oficina de responsable. 4. Sala de espera extracción. 4. Baños para público por género. 5. Consultorios médicos. 6. Extracción de sangre. 7. Comedor donadores. 8. Archivo clínico. 9. Recepción y envío de productos. 10. Cuarto de conservación de sangre y componentes sanguíneos. 11. Baños y vestidores para personal por género. 12. Laboratorio de inmunohematología.	1	Verificar: 2. Que las condiciones generales de Infraestructura cuente con facilidades arquitectónicas, ruta acceso y salida, ausencia o presencia de fugas de agua, aire, y drenaje. 3. Los factores del entorno arquitectónico asociados a riesgo de caídas de pacientes.	1	Verificar bitácoras de limpieza y de mantenimiento.	1	4. Planeación 7. Mejora de Procesos	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa 7.4 Gestión del riesgo en la atención			

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN										CAUSES-2M-2018	
JCSSA001401 HOSPITAL REGIONAL COCUILA											
LABORATORIO Y BANCO DE SANGRE HG- RMI - HP											
Normatividad aplicable		Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA	Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO	Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL	Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD		
			El evaluador deberá:		El evaluador deberá:		El evaluador deberá:		Criterios y Subcriterios		
39		Banco de Sangre para más de 5,000 Unidades Procesadas Anualmente	Verificar que existan las siguientes áreas: 1. Documentación y captura de datos de donadores. 2. Sala de espera y promoción. 3. Oficina de responsable. 4. Sala de espera extracción. 5. Baños para público por género. 6. Consultorios médicos. 7. Extracción de sangre y aféresis. 8. Comedor donadores. 9. Archivo clínico. 10. Recepción y envío de productos. 11. Cuarto de conservación de sangre y componentes sanguíneos. 12. Baños y vestidores para personal por género. 13. Fraccionamiento. 14. Cámara de congelación -30°C para cuarentena. 15. Cámara de congelación -30°C para liberación. 16. Cámara de conservación -4°C cuarentena. 17. Cámara de conservación -4°C liberación. 18. Cámara de conservación -4°C. 19. Entrega a hospitales. 20. Biología molecular. 21. Laboratorio de serología. 22. Laboratorio de inmunohematología. 23. Oficina de laboratorio. 24. Oficina de control de calidad. 25. Laboratorio de control de calidad. 26. Cámara de conservación -4°C para reactivos e insumos almacén.	1	Verificar: 1. La completa existencia de las áreas con base a su complejidad y que estructuralmente se encuentren en buenas condiciones de limpieza, iluminación, ventilación. 2. Que las condiciones generales de Infraestructura cuente con facilidades arquitectónicas, ruta acceso y salida, ausencia o presencia de fugas de agua, aire, y drenaje. 3. Los factores del entorno arquitectónico asociados a riesgo de caídas de pacientes.	1	Verificar bitácoras de limpieza y de mantenimiento.	1	4. Planeación 7. Mejora de Procesos	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa 7.4 Gestión del riesgo en la atención	
40	Apartado 9.4.2 y 9.4.3. de la NOM-253-SSA1-2012, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos. Reporte al SUIVE.	Laboratorio Propio o Anexo al Banco de Sangre.	Verificar que cuenta con los recursos materiales y tecnología de acuerdo con el tipo de estudios de áreas específicas para las distintas secciones donde se realizarán los estudios de laboratorio. En caso de realizar actividades incompatibles, es necesaria la separación con una barrera física.	1	Verificar: 1. Que en el área de inmunohematología se realice: identificación de grupos sanguíneos, antígeno RH, isometría hemática, compatibilidad sanguínea, anticuerpos irregulares, fenotipos, pruebas para la detección de los agentes infecciosos transmisibles por transfusión (Treponema pallidum, Virus B de la hepatitis, Virus C de la hepatitis, Virus de la inmunodeficiencia humana tipos 1 y 2, Trepanosoma cruzi). 2. Que se realicen de acuerdo a la situación epidemiológica de la región podrán incluirse pruebas adicionales: brucela, plasmodium, citomegalovirus, toxoplasma, retrovirus HTLV tipos 1 y II.	1	Verificar el sistema de información y reporte de resultados.	1	4. Planeación 7. Mejora de Procesos	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa 7.4 Gestión del riesgo en la atención	
41	Apartado 15.7.1. y 15.7.2. 15.7.4. 15.7.5. de la NOM-253-SSA1-2012, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.	Red fría	Verificar que se cuenta con refrigeradores, congeladores, cámaras frías, agitadores de plaquetas destinados al almacenamiento de las unidades de sangre y componentes sanguíneos, o bien, los refrigeradores o congeladores de laboratorio para la conservación de reactivos o muestras.	1	Verificar: 1. Que contengan las características siguientes: espacio suficiente para el contenido que se pretenda almacenar, de manera que sea fácil de inspeccionar y mantenerlo ordenado, sistemas para la medición continua de la temperatura, (dispositivos de registro de la temperatura de forma gráfica o electrónica), de usar dispositivos electrónicos la información podrá ser transferible a equipos de cómputo con o sin interface de monitoreo remoto, sistemas de alarma audible y visual indicando temperatura insegura, batería de respaldo para alarmas y para el dispositivo de registro de la temperatura, instalaciones para contactos de alarma remota, si los equipos carecen de los sistemas de medición continua de la temperatura se colocará un termómetro de cristal líquido o digital. 2. Que los servicios de transfusión que transfundan menos de 100 unidades por año, podrán tener refrigeradores o congeladores carentes de registros gráficos de temperatura y de sistemas de alarma, pero no omitirán el uso de los termómetros, los cuales se registrarán, cuando menos cada dos horas, mientras se tengan unidades en conservación.	1	Verificar: 1. Bitácoras de revisión diaria del funcionamiento y mantenimiento de la alarma. 2. Registro diario de la temperatura cada dos horas, control del registro de la temperatura y con termómetro de precisión cada 6 meses. 3. Registro del rango de agitación de los gabinetes incubadores de plaquetas (no más de 70 revoluciones por minuto). 4. Bitácora diaria de la limpieza de refrigeradores y congeladores. 5. Mantenimientos preventivos y correctivos de los equipos de conservación.	1	4. Planeación 7. Mejora de Procesos	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa 7.4 Gestión del riesgo en la atención	

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN											
JCSSA001401 HOSPITAL REGIONAL COCUILA											
LABORATORIO Y BANCO DE SANGRE HG- RMI - HP											
Normatividad aplicable	Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD
		El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			Criterios y Subcriterios
				Equipo médico e instrumental por áreas							
42	NOM-253-SSAI-2012, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos. Apartado 4.4.	Área de Extracción de Sangre	Verificar existencia de: esfigmomanómetro con brazaletes de acuerdo a su principal actividad, báscula con estadímetro, estetoscopio biauricular con campana, estuche de diagnóstico completo, lámpara de pie rodable, sellador eléctrico para tubos de bolsas de sangre, sillón para donador, balanzas mezcladoras para bolsas de sangre, máquina de aféresis. Tanque de oxígeno portátil con manómetro regulador y flujómetro, termómetros digitales.	1	Verificar que se encuentren funcionando y en buenas condiciones.	1	Verificar: 1. Certificados de validación de los equipos. 2. Registro de la calibración y verificación. 3. Registro del monitoreo. 4. Mantenimiento preventivo y correctivo. 5. Lista del entrenamiento del personal para el uso adecuado de los mismos.	1	4. Planeación 7. Mejora de Procesos	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa 7.4 Gestión del riesgo en la atención	
43	NOM-253-SSAI-2012, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos. Apartado 4.4.	Área de Fraccionamiento	Verificar existencia de: agitador de plaquetas con incubadora, balanza granataria capacidad 0 a 2,200 gr., baño maría, campana de flujo laminar, centrifuga refrigerada -15°C a -30°C, conector estéril de manguera, extractor de plasma, extractor automatizado de plasma para fraccionar la sangre en sus componentes, sellador eléctrico para tubos de bolsa de sangre.	1	Verificar que se encuentren funcionando y en buenas condiciones.	1	Verificar: 1. Certificados de validación de los equipos. 2. Registro de la calibración y verificación. 3. Registro del monitoreo. 4. Mantenimiento preventivo y correctivo. 5. Lista del entrenamiento del personal para el uso adecuado de los mismos.	1	4. Planeación 7. Mejora de Procesos	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa 7.4 Gestión del riesgo en la atención	
44	NOM-253-SSAI-2012, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos. Apartado 4.4.	Laboratorio Propio o Anexo al Banco de Sangre	Verificar existencia de: agitador de microplacas, baño maría, centrifuga de mesa, centrifuga de lavadora de glóbulos, centrifuga para micro hematocrito, centrifuga universal, congelador muestras, estufa bacteriológica, carro para transporte de muestras, horno para secado de material, agitador Vortex, microscopio de inmunofluorescencia, pipeta multicanal 50 - 300 ul y 50 - 500 ul, pd31:n33 pipetas automáticas 100, 50, 500 y 10 ul, pipetas automáticas volumen variable 2 a 10 ul, 200 a 1000 ul, 40 a 200 ul y 5 a 40 ul, refrigerador para muestras, refrigerador para reactivos, rotor (agitador), analizador automático inmunohematológico (para pruebas cruzadas), analizador hematológico (para biometría hemática), equipo automatizado para serología, incubador, lavador, lector para ELISA, incubadora, centrifuga para técnicas en gel.	1	Verificar que se encuentren funcionando y en buenas condiciones.	1	Verificar: 1. Certificados de validación de los equipos. 2. Registro de la calibración y verificación. 3. Registro del monitoreo. 4. Mantenimiento preventivo y correctivo. 5. Lista del entrenamiento del personal para el uso adecuado de los mismos.	1	4. Planeación 7. Mejora de Procesos	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa 7.4 Gestión del riesgo en la atención	
45	NOM-253-SSAI-2012, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos. Apartado 4.4.	Control de Calidad	Verificar existencia de: analizador de ph (potenciómetro), balanza analítica, cronómetro, foto tacómetro, marco de pesas, sistema de filtración purificación de agua, termómetro de mercurio líquido en vidrio para laboratorio, termómetro de alcohol líquido en vidrio para laboratorio, termómetro digital con Termopar, coagulómetro, agregó metro, sistema automático para la detección de microorganismos aeróbicos y anaeróbicos.	1	Verificar que se encuentren funcionando y en buenas condiciones.	1	Verificar: 1. Certificados de validación de los equipos. 2. Registro de la calibración y verificación. 3. Registro del monitoreo. 4. Mantenimiento preventivo y correctivo. 5. Lista del entrenamiento del personal para el uso adecuado de los mismos.	1	4. Planeación 7. Mejora de Procesos	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa 7.4 Gestión del riesgo en la atención	
46	NOM-253-SSAI-2012, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos. Apartados 19.3.3.1.	Cartas de Consentimiento Bajo Información	Verificar existencia de formatos de carta de consentimiento informado.	1	Verificar: 1. Que el documento cuente con la siguiente información del banco de sangre o puesto de sangrado: nombre, ubicación, institución a la que pertenece. 2. Que el documento cuente con la siguiente información del donante: nombre, sexo, edad, domicilio, ocupación, estado civil. 3. Que el documento cuente con la siguiente información del tipo de donación voluntaria y altruista, familiar o de reposición, designada, dirigida, o bien, regular o de repetición. 4. Que el documento cuente con objetivos del acto de disposición, beneficios, posibles riesgos para el receptor. 5. Que el documento cuente con información sobre los procedimientos que vayan a efectuarse: método de colecta, los volúmenes de sangre o componentes sanguíneos que pretendan obtenerse, las posibles reacciones o efectos adversos que pudieran presentarse, en su caso, las soluciones o fármacos que fuesen a usarse y su propósito, incluyendo la identificación de aquellos que estén en el proceso de evaluación experimental, información sobre toxicidad, efectos secundarios, dosis, tiempo, costo del tratamiento, procedimientos alternativos si los hubiese. 6. Firma o huella dactilar del donante. 7. Lugar y Fecha en que se emite.	1	Verificar existencia de formato oficial.	1	4. Planeación 7. Mejora de Procesos	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa 7.4 Gestión del riesgo en la atención	
CALIFICACIÓN LABORATORIO Y BS HG, RMI, HP				44		42		39			
96.90%											

JCSSA001401		HOSPITAL REGIONAL COCULA		IMAGENOLOGIA HG-HMI-HP									
Normatividad aplicable		Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
			Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental			Criterios y Subcriterios	
			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:				
1	Numeral 6. Responsabilidades sanitarias, 6.4 Obligaciones generales, 6.4.1, 6.3.2.2 de la NOM-229-SSA1-2002, y los numerales 5, 5.1, 5.1.1, 5.1.2.2, 5.1.2, 5.1.2.3, de la NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.	Autorizaciones Sanitarias	Verificar: 1. Existencia de señalización. 2. Que cuente con señalamiento de emergencia para protección civil. 3. Que el punto de reunión esté delimitado e identificado.	1	Verificar que la Licencia Sanitaria se encuentre colocada en lugar visible al público.	0	Verificar existencia de documento oficial.	0	5. Responsabilidad Social	5.1 Responsabilidad pública			
2			Verificar que se cuente con Responsable de la Operación y Funcionamiento del Servicio.	1	Verificar: 1. Que el permiso se encuentre en lugar visible al público. 2. Que el Responsable Sanitario se encuentre con uniforme y gafete de la institución y realizando las actividades que le corresponden, como vigilar la organización y funcionamiento de su área. 3. Tener permanencia mínima en el establecimiento del 50% del horario de atención al público (en caso de unidades médicas con turnos continuos deberá cubrir el turno con mayor carga de trabajo o bien se puede designar varios responsables de la operación y funcionamiento).	0	Verificar existencia de documento oficial.	0	5. Responsabilidad Social	5.1 Responsabilidad pública			
3	Numerales 5.2.8, 5.2.9, 5.2.10, de la NOM-229-SSA1-2002. Salud ambiental, Requisitos técnicos para las instalaciones, responsabilidades sanitarias, especificaciones técnicas para los equipos y protección radiológica en establecimientos de Diagnóstico médico con Rx. 5.1.10 de la NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.	Requisitos Generales	Verificar existencia de señalización del servicio y de carteles con las siguientes leyendas: 1. "Si existe la posibilidad de que usted se encuentre embarazada, informe al médico o al técnico radiólogo antes de hacerse la radiografía". 2. "No abrir esta puerta a menos que lo llamen". 3. "Cuando la luz este encendida solo puede ingresar personal autorizado". 4. "Radiaciones-zona controlada". 5. "En esta sala solamente puede permanecer un paciente a la vez".	1	Verificar: 1. La existencia de carteles en las salas de espera para alertar a los pacientes. 2. En el interior de las puertas de los sanitarios y vestidores de la zona supervisada que dan ingreso a la sala de Rayos X. 3. Se requiere que en el exterior de las puertas principales de acceso a las salas de Rayos X exista una luz roja que indique que el generador está encendido y su exposición. (dicho dispositivo debe colocarse en lugar y tamaño visible. 4. Se requiere que en el exterior de las puertas de las salas de Rayos X exista un letrero con el símbolo internacional de radiación ionizante de acuerdo con la leyenda descrita en la columna de estructura. 5. En el interior de la sala de Rayos X, debe colocarse en lugar y tamaño visible para el paciente, un cartel con la leyenda correspondiente.	1	Verificar rótulos con las leyendas correspondientes en las áreas correspondientes.	1	4. Planeación 7. Mejora de Procesos	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa 7.4 Gestión del riesgo en la atención			
4	NOM-087-ECOL-SSA1-2002, en su numeral 4 y 6.		Verificar existencia de contenedores para el manejo del R.P.B.I.	1	Verificar: 1. Que exista la señalización de la circulación de los contenedores hacia el almacén temporal. 2. Que los R.P.B.I. estén identificados y separados en los contenedores correspondientes de acuerdo a sus características físicas y biológicas infecciosas.	1	Verificar bitácora de registro de la recolección del R.P.B.I. con los datos específicos como fecha, peso, tipo de residuo, firma del responsable del área y firma del responsable de la recolección.	1	4. Planeación 7. Mejora de Procesos	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa 7.4 Gestión del riesgo en la atención			
5	NOM-028-NUCL-2009, Manejo de desechos radiactivos en instalaciones radiactivas que utilizan fuentes abiertas, en su numeral 5.4, 6.3, 6.3.8, 6.4, 6.4.1		Verificar existencia de recipientes para los desechos líquidos.	1	Verificar: 1. Que los recipientes estén rotulados e identificados. 2. Que el rotulo tenga el símbolo de radiación ionizante, indicando el tipo de liquido para el cual están destinados, y contar con disco de sello y tapa roscada. 3. Que los recipientes se mantengan herméticamente cerrados cuando no estén en uso.	1	Verificar: 1. Programa para la gestión de los desechos radiactivos. 2. Registros para cada uno de los recipientes en uso, en los cuales deben anotarse todos los vertimientos.	1	4. Planeación 7. Mejora de Procesos	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa 7.4 Gestión del riesgo en la atención			
6			Verificar existencia de almacenamiento temporal en la instalación generadora.	1	Verificar: 1. Que el almacén sea exclusivo para la guarda de los desechos radioactivos. 2. Que los recipientes y bolsas con desechos radiactivos estén en un lugar visible con etiqueta. 3. Que el almacén este aislado del almacén de materias primas o materiales no radiactivos. 4. Que los recipientes con desechos líquidos estén colocados sobre bandejas, con material absorbente para retener el doble del volumen del desecho liquido almacenado.	1	Verificar: 1. Registro de los desechos radiactivos colocados en el almacén. 2. Registro de los desechos contaminados con material radiactivo liberados, descargados o enviados a una instalación de gestión.	1	4. Planeación 7. Mejora de Procesos	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa 7.4 Gestión del riesgo en la atención			
7	NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 4.13.		Verificar: 1. Que el circuito eléctrico esté conectado a planta de emergencia. 2. Que cuente con contactos grado hospital que deberán estar identificados visiblemente en su parte frontal por un punto imborrable color verde.	1	Revisar en el área su funcionamiento a través del equipo conectado a los contactos diferenciados en color naranja.	1	No aplica.	NA	4. Planeación 7. Mejora de Procesos	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa 7.4 Gestión del riesgo en la atención			

JCSSA001401		HOSPITAL REGIONAL COCULA		IMAGENOLOGIA HG-HMI-HP								
Normatividad aplicable	Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental			Criterios y Subcriterios	
		El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:				
8	Los numerales 5, 5.1, 5.1.1, 5.1.1.1, 5.1.1.2, 5.1.1.4, 5.1.1.5, 5.1.1.6, 5.1.1.7, 5.1.1.8, de la NOM-229-SSA1-2002, Salud ambiental. Requisitos técnicos para las instalaciones, responsabilidades sanitarias, especificaciones técnicas para los equipos y protección radiológica en establecimientos de diagnóstico médico con Rayos X. ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/09/17. aspp 6C 5a	Infraestructura y Condiciones Generales	Verificar: 1. Sala de espera. 2. Sala Rayos X. 3. Área de consola de control. 4. Vestidores y sanitarios para pacientes. 5. Área de almacenamiento de película. 6. Cuarto oscuro. 7. Área de interpretación. 8. Área de preparación de medios de contraste y para preparación del paciente.	1	Verificar: 1. Limpieza de las instalaciones. 2. Que no existan humedad, cuarteaduras, orificios en plafones y paredes ni fugas de agua, gas o aire. 3. Contactos y apagadores sin cables sueltos. 4. Toma de oxígeno y aire empotrada en pared solo en caso de realizar estudios de contraste. 5. Las dimensiones y ubicación serán de acuerdo con los tipos y cantidad de estudios a realizar. 6. Este servicio debe localizarse en un área accesible para los pacientes que proceden de los servicios de consulta externa y urgencias, así como de las áreas de hospitalización, evitando cruces de las circulaciones técnicas con las del público, pacientes y usuarios. 7. Los factores del entorno arquitectónico asociados a riesgo de caídas de pacientes.	1	Verificar bitácora de limpieza firmada por supervisor o jefe de servicio.	1	4. Planeación 7. Mejora de Procesos	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa 7.4 Gestión del riesgo en la atención		
9	Los numerales 5, 5.1, 5.1.1, 5.1.1.1, 5.1.1.2, 5.1.1.4, 5.1.1.5, 5.1.1.6, 5.1.1.7, 5.1.1.8, de la NOM-229-SSA1-2002, Salud ambiental. Requisitos técnicos para las instalaciones, responsabilidades sanitarias, especificaciones técnicas para los equipos y protección radiológica en establecimientos de diagnóstico médico con Rayos X.	Área de consola de control	Verificar existencia y ubicación del área de consola de control.	1	Verificar: 1. Que las instalaciones fijas o móviles, cuenten con delimitación de la zona controlada mediante elementos estructurales o de construcción tales como pisos, paredes y techo. 2. Que la sala de Rayos X y el área de ubicación de la consola de control del equipo queden dentro de la zona controlada. 3. Que el paciente sea observable en todo momento desde la consola de control por contacto visual directo a través de una ventana blindada, o mediante otros sistemas, por ejemplo, con espejos o por medio de sistemas de circuito cerrado de televisión. 4. El mantenimiento preventivo y correctivo en su caso.	1	Verificar: 1. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo. 2. Manuales de organización y funcionamiento autorizado y firmado por el responsable del establecimiento.	1	4. Planeación 7. Mejora de Procesos	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa 7.4 Gestión del riesgo en la atención		
10	Apéndice Normativo C de la NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada. Numerales 5.2.5, 5.2.1, 5.2.2, 5.2.5, 5.2.7, 5.2.8, 5.2.11, 5.2.12, 8.4, 11.1, 11.3, 17.3, 17.4, 17.4.1, 17.4.2, 17.4.3, 17.4.4, 17.4.5 de la NOM-229-SSA1-2002, Salud ambiental. Requisitos técnicos para las instalaciones, responsabilidades sanitarias, especificaciones técnicas para los equipos y protección radiológica en establecimientos de diagnóstico médico con Rayos X.	Sala de Rayos X simple y con Medios de Contraste	Verificar: 1. Mobiliario: alacena alta, área de disparador, banqueta de altura, bote para basura tipo municipal (bolsa de cualquier color, excepto rojo o amarillo), bote para RPBI (bolsa roja), mesa para carga y descarga de chasis, riel portavenoclisis. 2. Medios de contraste, mobiliario: bote para basura tipo municipal (bolsa de cualquier color, excepto rojo o amarillo), despachador de toallas desechables, dispensador de jabón germicida, gabinete universal, mesa alta con tarja.	1	Verificar: 1. La delimitación de la zona controlada que debe efectuarse mediante elementos estructurales o de construcción tales como pisos, paredes y techo. 2. La sala de Rayos X y el área de ubicación de la consola de control del equipo deben quedar dentro de la zona controlada. 3. Las áreas donde se concentren más de una sala de Rayos X, los pasillos colindantes con cada sala de Rayos X deben formar parte de la zona supervisada. 4. La sala de Rayos X debe estar diseñada de tal forma que exista comunicación directa o electrónica, desde la consola de control con el paciente. 5. Se requiere que en el exterior de las puertas principales de acceso a las salas de Rayos X exista un indicador de luz roja que indique que el generador está encendido y por consiguiente puede haber exposición (paso restringido en ese momento). 6. Debe existir un control variable de luz ambiental incandescente en las salas de fluoroscopia para evitar perjuicio en la agudeza visual de los operadores y para que estos obtengan una mejor información de los monitores del circuito cerrado de televisión y del intensificador de imagen. 7. Que las condiciones del mobiliario sean adecuadas para el funcionamiento.	1	Verificar el manual de procedimientos técnicos autorizado conjuntamente por el titular y el responsable de la operación y funcionamiento.	1	4. Planeación 7. Mejora de Procesos	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa 7.4 Gestión del riesgo en la atención		

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN										CAUSAS-2N-2018				
JCSSA001401		HOSPITAL REGIONAL COCULA												
IMAGENOLOGIA HG-HMI-HP														
Normatividad aplicable		Concepto		Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
				Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental			Criterios y Subcriterios	
				El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:				
11	Apéndice Normativo C de la NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada. Numerales 5.2.5, 5.2.1, 5.2.2, 5.2.5, 5.2.7, 5.2.8, 5.2.11, 5.2.12, 8.4, 11.1, 11.3, 17.3, 17.4, 17.4.1, 17.4.2, 17.4.3, 17.4.4, 17.4.5 de la NOM-229-SSA1-2002, Salud ambiental. Requisitos técnicos para las instalaciones, responsabilidades sanitarias, especificaciones técnicas para los equipos y protección radiológica en establecimientos de diagnóstico médico con Rayos X.	Sala de Rayos X simple y con Medios de Contraste	Verificar: 1. Equipo: chasis con rejilla incluida, chasis con rejilla incorporada y pantalla intensificadora tipo universal, equipo de radiodiagnóstico, soporte de tubo, seriógrafo con intensificador de imagen (para equipo con fluoroscopia), bucky verticalespesimetro graduado en cm y/o pulgadas, lámpara de haz dirigible, mampara de protección con vidrio plomoso, mandiles, collarines, protectores de tiroides, protectores de gónadas, mesa fija horizontal con bucky integrado y portachasis, portavenocllisis rodable. 2. Medios de contraste, equipo: portavenocllisis rodable. 3. Dispositivos mínimos indispensables de protección radiológica: mandil, guantes de compresión, guantes para intervención, anteojos para protección del cristalino.		1	Verificar: 1. Que para POE y para pacientes la instalación debe contar con dispositivos de protección y equipo en buenas condiciones físicas. 2. Durante los estudios de fluoroscopia, deben extremarse las medidas de protección radiológica, tanto por la necesidad de permanecer cerca del paciente como por el mayor tiempo de exposición, especialmente aquellas asociadas con la protección de gónadas. 3. En la sala de Rayos X deben estar solamente los equipos y accesorios indispensables para los estudios programados. 4. Debe existir un control variable de luz ambiental incandescente en las salas de fluoroscopia. 5. Que se cuente con un programa de mantenimiento preventivo y correctivo del equipo. 6. Que se lleve a cabo control de calidad del sistema de Rayos X. 7. Queda prohibido el uso de sistemas de fluoroscopia directa.		1	Verificar: 1. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo. 2. Registros del control de calidad. 3. Registros de abasto de insumos.		1	4. Planeación 7. Mejora de Procesos		4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa 7.4 Gestión del riesgo en la atención

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN												
JCSSA001401 HOSPITAL REGIONAL COCULA												
IMAGENOLOGIA HG-HMI-HP												
Normatividad aplicable	Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental			Criterios y Subcriterios	
		El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:				
12	Numerales 5.1.3 de la NOM-229-SSA1-2002, Salud ambiental. Requisitos técnicos para las instalaciones, responsabilidades sanitarias, especificaciones técnicas para los equipos y protección radiológica en establecimientos de diagnóstico médico con Rayos X. Y numerales 6.5.2.3.1 de la NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada. ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/08/17	Sanitario y Vestidor para Pacientes	Verificar: 1. Existencia y condiciones. 2. Lavabo con cartel de técnica de higiene de manos. 3. Bote campana o pedal para basura. 4. Dotación suficiente de batas limpias para cada paciente.	1	Verificar: 1. Limpieza e higiene de las instalaciones. 2. Que no existan humedad, cuarteaduras, orificios en plafones y paredes ni fugas de agua. 3. Abasto e insumos para la higiene de manos: jabón (líquido o gel) y toallas desechables. 4. Las áreas de vestidores y sanitarios para los pacientes anexos a las salas de Rayos X de preferencia deben tener un blindaje calculado como zona supervisada, de lo contrario se considera para todos los efectos como parte integrante de la sala de Rayos X o zona controlada. 5. Que el área de ultrasonido tenga acceso a un vestidor con sanitario y cuente con las dimensiones necesarias para la colocación del mobiliario y equipo.	1	Verificar: 1. Bitácora de limpieza firmada por supervisor o jefe de servicio. 2. Registros de abasto de insumos.	1	4. Planeación 7. Mejora de Procesos	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa 7.4 Gestión del riesgo en la atención		
13	Numerales 5.4, 5.4.1, 5.4.2, 5.4.3, 5.4.4 de la NOM-229-SSA1-2002, Salud ambiental. Requisitos técnicos para las instalaciones, responsabilidades sanitarias, especificaciones técnicas para los equipos y protección radiológica en establecimientos de diagnóstico médico con Rayos X.	Área de Almacenamiento	Verificar: 1. Existencia y ubicación. 2. Películas suficientes.	1	Verificar: 1. Que el blindaje debe estar calculado para que durante el periodo de almacenamiento de la película, la exposición de ésta a la radiación sea mínima. 2. Las condiciones de temperatura se deben mantener en un valor entre 10°C y 21°C con una humedad relativa entre 30% y 50%. 3. Que el área de almacenamiento no debe estar ubicada en la sala de Rayos X. 4. La película radiográfica debe almacenarse de canto.	1	Verificar: 1. Bitácora de limpieza firmada por supervisor o jefe de servicio. 2. Manual de procedimientos técnicos autorizado conjuntamente por el titular y el responsable de la operación y funcionamiento.	1	4. Planeación 7. Mejora de Procesos	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa 7.4 Gestión del riesgo en la atención		
14	Apéndice Normativo C de la NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada. Y los numerales 5.3.2 5.3.3, 5.3.4, 5.3.5 5.3.6, 5.3.9, 5.3.10, 5.3.11, 5.3.12, 5.3.13, 5.3.14, de la NOM-229-SSA1-2002. Salud ambiental, Requisitos técnicos para las instalaciones, responsabilidades sanitarias, especificaciones técnicas para los equipos y protección radiológica en establecimientos de diagnóstico médico con Rayos X.	Cuarto Oscuro	Verificar existencia del siguiente mobiliario: asiento, bote para basura tipo municipal (bolsa de cualquier color, excepto rojo o amarillo), mesa alta para carga y descarga de placas o películas, soporte porta placa de pared.	1	Verificar: 1. Que el espacio sea suficiente para carga y descarga de película, así como para colocar cajones para la película radiográfica puesta de canto. 2. Que el piso sea de material anticorrosivo, impermeable y antideslizante. 3. El techo que sea de material que no se descame. 4. Que la lámpara de seguridad para revelado esté colocada a una distancia de por lo menos 1.20 m por arriba de la superficie de las mesas de trabajo y con el tipo de filtro de lámpara de seguridad. 5. Que los muros tengan color claro mate y buen estado de acabado y conservación. 6. La puerta de acceso al cuarto oscuro debe garantizar que no haya penetración de luz. 7. Cuando tengan puertas con bisagras, deben tener pasadores externos por ambos lados, diseñados de forma que impidan que las puertas se abran simultáneamente por ambos lados. 8. Que la arquitectura evite la penetración de la luz. 9. Que el mobiliario se encuentre en buenas condiciones físicas.	1	Verificar: 1. Bitácora de limpieza firmada por supervisor o jefe de servicio. Inventario. 2. Manual de organización y funcionamiento.	1	4. Planeación 7. Mejora de Procesos	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa 7.4 Gestión del riesgo en la atención		

JCSSA001401		HOSPITAL REGIONAL COCULA		IMAGENOLOGIA HG-HMI-HP									
Normatividad aplicable		Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
			Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental				
			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			Criterios y Subcriterios	
15	Apéndice Normativo C de la NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada. Y los numerales 5.3.2 5.3.3, 5.3.4, 5.3.5 5.3.6, 5.3.9, 5.3.10, 5.3.11, 5.3.12,5.3.13, 5.3.14, de la NOM-229-SSA1-2002. Salud ambiental, Requisitos técnicos para las instalaciones, responsabilidades sanitarias, especificaciones técnicas para los equipos y protección radiológica en establecimientos de Diagnóstico médico con Rayos X.	Cuarto Oscuro	Verificar que exista el siguiente equipo: lámpara de seguridad para cuarto oscuro, con filtros, revelador de carga automática o manual sistema de secado de radiografías (placas) cuando es revelado manual, sistema para marcar placas, tanque de revelado manual, en su caso, sistema de extracción de aire.	1	Verificar: 1. Que se encuentre funcionando el sistema de inyección y extracción de aire de tal manera que exista una presión positiva dentro del mismo. 2. Los equipos automáticos para proceso de revelado que cuenten con un sistema de extracción de gases al exterior o con un sistema de filtración. 3. Los tanques que contienen las sustancias químicas para el revelado de películas deben estar ubicados de tal manera que se evite salpicar películas secas y pantallas intensificadoras con dichas sustancias. 4. Cuando se utilice una puerta convencional deberá tener un cerrojo interior. 5. Los sistemas de pasa placa deben garantizar que no haya penetración de luz al cuarto oscuro. 6. Que la instalación de equipo de proceso de revelado automático se encuentre de acuerdo a su manual. 7. Que se lleve a cabo mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos. 8. Que el cuarto oscuro de las instalaciones donde se realiza mamografía, cuenten con un filtro en los ductos de aire que evite la introducción de polvo (las entradas de aire no deben estar sobre la superficie de carga y descarga del chasis).	1	Verificar: 1. Bitácora de limpieza firmada por supervisor o jefe de servicio. 2. Programa de mantenimiento preventivo y correctivo. 3. Manual de organización y funcionamiento.	1	4. Planeación 7. Mejora de Procesos	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa 7.4 Gestión del riesgo en la atención			
16	Los numerales 5.5, 5.5.2 ,5.5.3, de la NOM-229-SSA1-2002. Salud ambiental, Requisitos técnicos para las instalaciones, responsabilidades sanitarias, especificaciones técnicas para los equipos y protección radiológica en establecimientos de Diagnóstico médico con Rayos X.	Interpretación	Verificar que exista el siguiente mobiliario: asiento, bote para basura municipal (bolsa de cualquier color, excepto rojo o amarillo), mesa para interpretación de placas radiográficas.	1	Verificar: 1. Que la protección del operador durante la exposición consista en una mampara fija si la consola de control está dentro de la sala de Rayos X. 2. Los blindajes de la instalación debe tener continuidad entre los diferentes elementos constructivos donde sean instalados: muros, marcos, hojas de puertas, ventanillas de control, pasa placas, entre otros, de tal manera que dicho blindaje no se vea interrumpido en ningún punto. 3. Que el mobiliario se encuentre en buenas condiciones físicas.	1	Verificar: 1. Bitácora de limpieza firmada por supervisor o jefe de servicio. 2. Inventario del mobiliario.	1	4. Planeación 7. Mejora de Procesos	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa 7.4 Gestión del riesgo en la atención			
17	responsabilidades sanitarias, especificaciones técnicas para los equipos y protección radiológica en establecimientos de Diagnóstico médico con Rayos X.		Verificar que exista el siguiente equipo: lámpara de luz intensa, negatoscopio.	1	Verificar: 1. Que los negatoscopios estén colocados de tal manera que ninguna fuente de luz pueda afectar la percepción de la imagen. 2. Que los monitores de fluoroscopia estén colocados de modo tal que se eviten reflejos en sus pantallas que perjudiquen la observación del proceso. 3. Que para la interpretación de las imágenes se realice en monitores de televisión. 4. Las luces del techo deberán ser indirectas y contar con control variable de luz y las paredes de color mate y tono oscuro.	1	Verificar el programa de mantenimiento preventivo y correctivo.	1	4. Planeación 7. Mejora de Procesos	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa 7.4 Gestión del riesgo en la atención			

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN										CAUSAS-2N-2018			
JCSSA001401 HOSPITAL REGIONAL COCULA													
IMAGENOLOGIA HG-HMI-HP													
Normatividad aplicable		Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
			Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental			Criterios y Subcriterios	
			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:				
18	Numerales, 6.5.2.2.1.1 ; Y Apéndice D (Normativo) de la NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada. Y Numerales 12.1, 12.1.1, de la NOM-229-SSA1-2002. Salud ambiental, Requisitos técnicos para las instalaciones, responsabilidades sanitarias, especificaciones técnicas para los equipos y protección radiológica en establecimientos de Diagnóstico médico con Rayos X	Área de Tomografía	Verificar: 1. Que el área de tomografía computarizada esté conformada por: sala de estudios, vestidor con sanitario, sala de control y monitoreo, área de interpretación y archivo, así como, local para el generador. 2. Que cuente con mobiliario: asiento, escritorio, mesa Pasteur.	1	Verificar: 1. La conformación y funcionamiento del área. 2. Que el mobiliario se encuentre en buenas condiciones físicas.	1	Verificar: 1. Bitácora de limpieza firmada por supervisor o jefe de servicio. 2. Inventario de mobiliario.	1	4. Planeación Operativa 7. Mejora de Procesos	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa 7.4 Gestión del riesgo en la atención			
19	Numerales, 6.5.2.2.1.1 ; Y Apéndice D (Normativo) de la NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada. Y Numerales 12.1, 12.1.1, de la NOM-229-SSA1-2002. Salud ambiental, Requisitos técnicos para las instalaciones, responsabilidades sanitarias, especificaciones técnicas para los equipos y protección radiológica en establecimientos de Diagnóstico médico con Rayos X.		Verificar que exista el siguiente equipo: cámara multiformato, lámparas de haz dirigible, portavenocilisis rodable, tomógrafo computarizado y mandil plomado.	1	Verificar: 1. Que se lleven a cabo las pruebas de control de calidad. 2. Que se lleve a cabo la calibración del número CT. 3. Que los ángulos de inclinación del túnel o de la mesa deben coincidir con la posición del corte dentro de $\pm 3^\circ$. Esta prueba debe realizarse, cuando menos, cada tres meses. 4. Todo sistema de tomografía computarizada debe contar con un maniquí capaz de proporcionar información al operador sobre el estado funcional del equipo. 5. Debe establecerse un programa de vigilancia del funcionamiento y mantenimiento preventivo del equipo de acuerdo a un calendario preestablecido.	1	Verificar: 1. Registros de control de calidad. 2. Registros de pruebas de funcionamiento. 3. Bitácoras de mantenimiento preventivo y correctivo.	1	4. Planeación Operativa 7. Mejora de Procesos	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa 7.4 Gestión del riesgo en la atención			

JCSSA001401		HOSPITAL REGIONAL COCULA		IMAGENOLOGIA HG-HMI-HP									
Normatividad aplicable		Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
			Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental			Criterios y Subcriterios	
			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:				
20	Numerales, 13.1; 13.2; 13.2.1; 13.2.2; 13.3; 13.3.10 de la NOM-229-SSA1-2002. Salud ambiental, Requisitos técnicos para las instalaciones, responsabilidades sanitarias, especificaciones técnicas para los equipos y protección radiológica en establecimientos de Diagnóstico médico con Rx. Y Apéndice E (Normativo) de la NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.	Área de Mamografía	Verificar que exista el siguiente mobiliario: asiento, bote para basura tipo municipal (bolsa de cualquier color, excepto rojo o amarillo).	1	Verificar que las condiciones físicas del mobiliario sean adecuadas.	1	Verificar el inventario del mobiliario.	1	4. Planeación 7. Mejora de Procesos	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa 7.4 Gestión del riesgo en la atención			
21	Numerales 6.5.2.3; 6.5.2.3 y Apéndice F (Normativo) Área para estudios por ultrasonografía de la NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.		Verificar que exista el siguiente equipo: equipo de radiodiagnóstico de mama, lámpara de haz dirigible.	1	Verificar: 1. El control e identificación de factores técnicos. 2. Que el equipo cuente con sistema luminoso para indicar la limitación del campo. 3. Que el equipo cuente con dispositivos indicadores de tensión, corriente, tiempo de exposición y emisión de radiación. 4. La existencia de la ventana de berilio y al menos un filtro. 5. Que se aplique el programa de vigilancia del funcionamiento y mantenimiento preventivo del equipo de mastografía. 6. El mantenimiento correctivo cuando se detecte una falla en el sistema. 7. Que se evalué la calidad de la imagen con un maniquí de mamografía acreditado, la prueba debe hacerse cada seis meses.	1	Verificar: 1. Registros de control de calidad. 2. Pruebas de funcionamiento. 3. Bitácoras de mantenimiento preventivo y correctivo.	1	4. Planeación 7. Mejora de Procesos	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa 7.4 Gestión del riesgo en la atención			
22	Numerales 6.5.2.3; 6.5.2.3 y Apéndice F (Normativo) Área para estudios por ultrasonografía de la NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.	Área para estudios por Ultrasonografía	Verificar que exista el siguiente mobiliario: asiento, bote para basura tipo municipal (bolsa de cualquier color, excepto rojo o amarillo). Vestidor con sanitario.	1	Verificar que exista acceso a un vestidor con sanitario con dimensiones necesarias para la colocación del mobiliario.	1	Verificar el inventario del mobiliario.	1	4. Planeación 7. Mejora de Procesos	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa 7.4 Gestión del riesgo en la atención			
23	Numerales 6.5.2.3; 6.5.2.3 y Apéndice F (Normativo) Área para estudios por ultrasonografía de la NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.		Verificar que exista el siguiente equipo completo de ultrasonido con unidad de registro de imágenes.	1	Verificar: 1. Que se esté llevando a cabo un programa de vigilancia del funcionamiento y mantenimiento preventivo del equipo de ultrasonografía. 2. Que las pruebas de control de calidad se lleven a cabo durante la instalación, después de realizar reparaciones al equipo y de manera rutinaria con una frecuencia de 6 meses.	1	Verificar: 1. Programa de vigilancia del funcionamiento y mantenimiento preventivo y correctivo cuando se detecte una falla en el sistema. 2. Registros de pruebas de control de calidad.	1	4. Planeación 7. Mejora de Procesos	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa 7.4 Gestión del riesgo en la atención			
24	NOM-229-SSA1-2002, Salud ambiental. Requisitos técnicos para las instalaciones, responsabilidades sanitarias, especificaciones técnicas para los equipos y protección radiológica en establecimientos de diagnóstico médico con Rayos X, en su numeral 3.58, 3.59, 3.70, 6.2.1.6, 6.2.1.10, 6.2.1.11, 6.2.1.12, 6.2.2.3.4.		Verificar que cuenten con los documentos correspondientes al servicio.	1	Verificar: 1. Que cuenten con la memoria analítica de cálculo de los blindajes o en su caso la verificación de blindajes avaladas por un asesor especializado en seguridad radiológica. 2. Que cuenten con el manual de seguridad y protección radiológica, manual de procedimientos técnicos, manual de garantía de calidad. 3. Que sean de conocimiento y aplicación por parte del personal. 4. Que los manuales tengan los elementos requeridos. 5. Que estén actualizados. 6. Que estén autorizados por las autoridades correspondientes. 7. Que la fecha de elaboración este vigente.	1	Verificar: 1. Memoria analítica de cálculo de los blindajes con la verificación de blindajes y dictamen de blindajes avalados por un asesor especializado en seguridad radiológica. 2. Manual de seguridad y protección radiológica, manual de procedimientos técnicos, manual de garantía de calidad.	1	4. Planeación 7. Mejora de Procesos	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa 7.4 Gestión del riesgo en la atención			

JCSSA001401		HOSPITAL REGIONAL COCULA		IMAGENOLOGIA HG-HMI-HP									
Normatividad aplicable		Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
			Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental				
			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			Criterios y Subcriterios	
25	NOM-229-SSA1-2002, Salud ambiental. Requisitos técnicos para las instalaciones, responsabilidades sanitarias, especificaciones técnicas para los equipos y protección radiológica en establecimientos de diagnóstico médico con Rayos X, en su numeral 8, 8.5, 8.6, 8.9.	Requisitos Administrativos	Verificar que existan los elementos del programa de garantía de calidad.	0	Verificar: 1. Que exista el programa de calidad o un acuerdo escrito con asesores especializados en seguridad radiológica externos. 2. Que cuenten con un responsable de la operación y funcionamiento. 3. Que cuenten con un programa de vigilancia del funcionamiento y mantenimiento preventivo del sistema de Rayos X. 4. Que exista un programa de pruebas de control de calidad para verificar el buen funcionamiento del equipo y garantizar la calidad de la imagen.	0	Verificar: 1. Registro de la calendarización, fechas y resultados de las prácticas de vigilancia, del control de calidad, las dificultades encontradas, las medidas correctivas aplicadas, la fecha de su aplicación y su efectividad así como la evaluación del programa. 2. Registro de la identificación los problemas de funcionamiento del equipo y de calidad de la imagen. 3. Bitácora de mantenimiento correctivo cuando se detecte una falla en el sistema. 4. Registro de la revisión del programa (cuando menos una vez al año), por el comité o el responsable de la operación y funcionamiento.	0	4. Planeación 7. Mejora de Procesos	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa 7.4 Gestión del riesgo en la atención			
26	NOM-229-SSA1-2002, Salud ambiental. Requisitos técnicos para las instalaciones, responsabilidades sanitarias, especificaciones técnicas para los equipos y protección radiológica en establecimientos de diagnóstico médico con Rayos X, en su numeral 10, 10.1, 10.2, 10.3, 10.4, 10.5, 12.1, 13.1, 13.2, 13.3.	Requisitos de Funcionamiento	Verificar que se cuente con los equipos de radiografía convencional, equipos de tomografía computarizada, equipos de mamografía, equipos de proceso de revelado, luz de seguridad, negatoscopios y monitores para observación de imagen.	1	Verificar que cuenten con los requisitos de funcionamiento de los equipos y que estos estén funcionando.	1	Verificar bitácora de parámetros requeridos para el funcionamiento de los equipos.	1	4. Planeación 7. Mejora de Procesos	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa 7.4 Gestión del riesgo en la atención			
27	NOM-229-SSA1-2002, Salud ambiental. Requisitos técnicos para las instalaciones, responsabilidades sanitarias, especificaciones técnicas para los equipos y protección radiológica en establecimientos de diagnóstico médico con Rayos X, en su numeral 6.2.1.7.1, 7.2.6, 7.7.4, 16.1.1, 17.2, 17.4, 17.7, 17.8, 17.10, 17.11. NOM-026-NUCL-2011, Vigilancia médica del personal ocupacionalmente expuesto a radiaciones ionizantes, en su numeral 4. NOM-031-NUCL-2011, Requisitos para el entrenamiento del personal ocupacionalmente expuesto a radiaciones ionizantes, en su numeral 5, 6. NOM-024-NUCL-1995, requerimientos y calibración de dosímetros de lectura directa para radiación electromagnética, en su numeral 8.10, 8.11.		Verificar: 1. Que exista el personal ocupacionalmente expuesto. 2. Que se cuente con un servicio de dosimetría.	1	Verificar: 1. Que el límite de dosis en el POE y mujeres embarazadas sea la permitida. 2. Que el servicio de dosimetría este autorizado por la Comisión Nacional de Seguridad Nuclear y Salvaguardias. 3. Que el POE porte los dosímetros personales durante la jornada. 4. Que se realice vigilancia médica del POE. 5. Que los dosímetros se encuentren calibrados.	1	Verificar: 1. Relación del POE. 2. Registro del límite del equivalente de dosis efectiva anual (HE, L) y su análisis. 3. Expediente de cada trabajador ocupacionalmente expuesto. 4. Programa de vigilancia radiológica ocupacional (evaluaciones anuales de la exposición ocupacional de cada trabajador). 5. Bitácora de entrega de los informes periódicos y los certificados anuales del equivalente de dosis individual acumulado a cada trabajador. 6. Constancia de cursos de actualización capacitación y entrenamiento en materia de seguridad radiológica (por la Comisión Nacional de Seguridad Nuclear y Salvaguardias). 7. Registro de los resultados de la calibración. 8. Certificado de calibración.	0	4. Planeación 7. Mejora de Procesos	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa 7.4 Gestión del riesgo en la atención			

JCSSA001401		HOSPITAL REGIONAL COCULA		IMAGENOLOGIA HG-HMI-HP					
Normatividad aplicable	Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA	Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO	Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL	Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional		Evidencia Observacional		Evidencia Documental		Criterios y Subcriterios	
		El evaluador deberá:		El evaluador deberá:		El evaluador deberá:			
28	NOM-229-SSA1-2002, Salud ambiental. Requisitos técnicos para las instalaciones, responsabilidades sanitarias, especificaciones técnicas para los equipos y protección radiológica en establecimientos de diagnóstico médico con Rayos X, en su numeral 6.2.1.7.1, 7.2.6, 7.7.4, 16.1.1, 17.2, 17.4, 17.7, 17.8, 17.10, 17.11. NOM-026-NUCL-2011, Vigilancia médica del personal ocupacionalmente expuesto a radiaciones ionizantes, en su numeral 4. NOM-031-NUCL-2011, Requisitos para el entrenamiento del personal ocupacionalmente expuesto a radiaciones ionizantes, en su numeral 5, 6. NOM-024-NUCL-1995, requerimientos y calibración de dosímetros de lectura directa para radiación electromagnética, en su numeral 8.10, 8.11.	Responsabilidades Generales Verificar: 1. Que el servicio cuenten con equipo de protección: cortinillas plomadas, marco plomado alrededor de la pantalla, placas de plástico plomado, mamparas, filtros compensadores. 2. Que el POE cuente con equipo de protección: mandil con espesor equivalente de al menos 0.5 mm de plomo cuando cubra solamente el frente del cuerpo, o mandil de al menos 0.25 mm cuando cubra completamente el frente, los costados del tórax y pelvis, guantes de compresión con espesor equivalente a al menos 0.5 mm de plomo, guantes para intervención con espesor equivalente de al menos 0.25 mm de plomo, collarín para protección de tiroides con espesor equivalente de al menos 0.5 mm de plomo, anteojos para protección del cristalino, con cristales de espesor equivalente de al menos 0.2 mm de plomo.	1	Verificar: 1. Que el equipo de protección se encuentre en buenas condiciones. 2. Que el equipo cumpla con las especificaciones requeridas.	1	Verificar el inventario del equipo de protección.	1	4. Planeación 7. Mejora de Procesos	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa 7.4 Gestión del riesgo en la atención
29	NOM-229-SSA1-2002, Salud ambiental. Requisitos técnicos para las instalaciones, responsabilidades sanitarias, especificaciones técnicas para los equipos y protección radiológica en establecimientos de diagnóstico médico con Rayos X, en su numeral 18.22.	Verificar que exista equipo de protección para el paciente: mandiles plomados, blindajes para gónadas, collarín para protección de tiroides.	1	Verificar: 1. Que el equipo de protección se encuentre en buenas condiciones. 2. Que el equipo cumpla con las especificaciones requeridas.	1	Verificar el inventario del equipo de protección.	1	4. Planeación 7. Mejora de Procesos	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa 7.4 Gestión del riesgo en la atención
30	NOM-229-SSA1-2002, Salud ambiental. Requisitos técnicos para las instalaciones, responsabilidades sanitarias, especificaciones técnicas para los equipos y protección radiológica en establecimientos de diagnóstico médico con Rayos X, en su numeral 7.4.1.	Verificar existencia de resultados de estudios de gabinete.	1	Verificar: 1. Que se realicen los estudios solicitados. 2. Que se encuentre el registro de los estudios realizados y el registro de los resultados con el diagnóstico.	1	Verificar: 1. Bitácora de control de estudios solicitados y entregados. 2. Informe fechado de la evaluación radiológica.	1	4. Planeación 7. Mejora de Procesos	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa 7.4 Gestión del riesgo en la atención
31	ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/09/17. AESP.	Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente Verificar que el área cuente con un procedimiento documentado para la identificación de estudios de imagenología Acción Esencial 1 definido y aplicado al Establecimiento.	1	Verificar que se conoce y aplica el procedimiento para la identificación de estudios de imagenología.	1	Verificar que: 1. las solicitudes cuentan con los datos de identificación del paciente (nombre completo y fecha de nacimiento). 2. Las placas radiográficas cuentan con la identificación del paciente del lado derecho. 3. Reporte de incidentes y accidentes durante el procedimiento.	1	4. Planeación 7. Mejora de Procesos	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa 7.4 Gestión del riesgo en la atención
32	ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/09/17. AESP.	Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente Verificar que el área cuente con un procedimiento documentado para la comunicación efectiva Acción Esencial 2 (A,B,E) definido y aplicado al Establecimiento.	1	Verificar que: 1. Se conozca con una bitácora específica para el registro de los resultados críticos, 2. Se conoce y sigue el procedimiento establecido para al emisión - recepción de resultados críticos.	1	Verificar: 1. Registros de supervisión de seguimiento, llenado de la bitácora específica de registro de resultados críticos. 2. Constancias de capacitación o listas de asistencia.	1	4. Planeación 7. Mejora de Procesos	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa 7.4 Gestión del riesgo en la atención
33	ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/09/17. AESP.	Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente Verificar que el área cuente con un procedimiento documentado para la seguridad en los procedimientos: Acción Esencial 4B definido y aplicado al Establecimiento.	1	Verificar que: 1. Se conozca y aplique el procedimiento que incluye: a. Aplicación del Tiempo Fuera para procedimientos fuera de quirófano. 2. Que personal cuente con la capacitación para su aplicación.	1	Verificar: 1. Registros de supervisión de seguimiento. 2. Constancias de capacitación o listas de asistencia.	1	4. Planeación 7. Mejora de Procesos	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa 7.4 Gestión del riesgo en la atención

JCSSA001401		HOSPITAL REGIONAL COCULA		IMAGENOLOGIA HG-HMI-HP									
Normatividad aplicable		Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
			Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental			Criterios y Subcriterios	
			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:				
34	Guía de equipamiento para carros rojos de CENETEC 2016.		CARRO ROJO IMAGENOLOGÍA : Verificar que cuenten con el carro rojo para el manejo del paro cardiorespiratorio.	1	Verificar: 1. Que el personal se encuentre en su área de trabajo en el turno correspondiente, portando uniforme y gafete, desarrollando las actividades correspondientes a su formación y perfil. 2. Que corresponda el registro de entrada y salida con el horario en Plantilla de personal. 3. Cumplir con las capacitaciones de los Programas establecidos y las específicas de acuerdo a su competencia	1	Verificar: 1. Bitácora de control del carro para el manejo del paro cardiorespiratorio firmada por el responsable de turno. 2. Registro histórico del abastecimiento oportuno y completo del contenido del carro para para el manejo del paro cardiorespiratorio. 3. Registro de la prueba del trazo isoelectrico semanalmente. 4. Bitácora de mantenimiento del monitor-desfibrilador. 5. Protocolo de manejo de los medicamentos de alto riesgo y electrolíticos.	1	1.- Atención centrada en las Personas / Comunidad / Población 3.- Información, conocimiento, innovación y tecnología. 4.- Planeación 7.- Mejora de Procesos	1.4 Oferta de servicios. 3.4 Información en salud de referencia. 4.1 Planeación estratégica. 4.2 Cumplimiento de la Regulación. 7.1 Administración de procesos estratégicos. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
			Equipo Médico y elementos complementarios										
35			Monitor-Desfibrilador Marcapaso con paletas para adulto y pediátricas.	1	Verificar: 1. Existencia de un Programa para la Gestión del Equipo y Tecnología Biomédica. 2. Que el equipo médico se encuentre funcionando y en buenas condiciones.	1	Verificar: 1. Identificación del inventario del equipo médico. 2. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo del equipo médico.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.			
36			Tanque de oxígeno con regulador y manómetro.	1	Verificar existencia, que se encuentre lleno y con fecha de última recarga de oxígeno y fecha de vencimiento o caducidad.	1	Verificar existencia, que se encuentre lleno y con fecha de última recarga de oxígeno y fecha de vencimiento o caducidad.	1					
37			Tabla de reanimación (Por lo menos 50 x 60 x 1.0 cm).	1	Verificar existencia y que se encuentre en buenas condiciones.	1	Verificar existencia y que se encuentre en buenas condiciones.	1					

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN												
JCSSA001401		HOSPITAL REGIONAL COCULA										
IMAGENOLOGIA HG-HMI-HP												
Normatividad aplicable	Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA	Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO	Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL	Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD				
		Evidencia Observacional		Evidencia Observacional		Evidencia Documental		Criterios y Subcriterios				
		El evaluador deberá:		El evaluador deberá:		El evaluador deberá:						
		Insumos de Carro Rojo Imagenología										
		Primer Cajón										
38	Guía de equipamiento para carros rojos de CENETEC 2016.	Agua inyectable.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.		1	Verificar sistema de abasto.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.		
39		Adenosina solución inyectable 6 mg/2 ml.	1			1	Verificar sistema de abasto.	1				
40		Adrenalina (epinefrina) solución inyectable 1 mg / 1 ml.	1			1	Verificar sistema de abasto.	1				
41		Amiodarona solución inyectable 150 mg / 3 ml.	1			1	Verificar sistema de abasto.	1				
42		Atropina solución inyectable 1 mg /1 ml.	1			1	Verificar sistema de abasto.	1				
43		Bicarbonato de sodio solución inyectable al 7.5% (0.75 g).	1			1	Verificar sistema de abasto.	1				
44		Diazepam solución inyectable 10 mg / 2 ml o Midazolam solución inyectable 5 mg / ml.	1			1	Verificar sistema de abasto.	1				
45		Dobutamina solución inyectable 250 mg. *	1			1	Verificar sistema de abasto.	1				
46		Dopamina solución inyectable 200 mg / 5 ml. *	1			1	Verificar sistema de abasto.	1				
47		Esmolol solución inyectable 2.5 g / 10 ml *	1			1	Verificar sistema de abasto.	1				
48		Vecuronio solución inyectable 4 mg/ml.	1			1	Verificar sistema de abasto.	1				
49		Gluconato de Calcio solución inyectable al 10%.	1			1	Verificar sistema de abasto.	1				
50		Glucosa solución inyectable al 50% (adultos y pediatría) 10% (neonatología).	1			1	Verificar sistema de abasto.	1				
51		Hidrocortisona solución inyectable 100 mg.*	1			1	Verificar sistema de abasto.	1				
52		Metilprednisolona solución inyectable 40 mg. *	1			1	Verificar sistema de abasto.	1				
53		Nitroglicerina solución intravenosa 50 mg /10 ml *	1			1	Verificar sistema de abasto.	1				
54		Nitroprusiato de sodio solución inyectable 50 mg*	1			1	Verificar sistema de abasto.	1				
55		Sulfato de Magnesio solución inyectable 1g / 10 ml.	1			1	Verificar sistema de abasto.	1				
56		Lidocaina solución inyectable al 2%.	1			1	Verificar sistema de abasto.	1				
			Segundo Cajón									
57		Parches para electrodo (adulto, pediátricos, neonatales).	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.		1	Verificar sistema de abasto.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.		
58		Catéter para vena periférica (17,18, 20, 22, 24 fr)	1			1	Verificar sistema de abasto.	1				
59		Llave de tres vias.	1			1	Verificar sistema de abasto.	1				
60		Sonda de aspiración.	1			1	Verificar sistema de abasto.	1				
61		Jeringas de 5, 10, 20 ml.	1			1	Verificar sistema de abasto.	1				
62		Agujas hipodérmicas.	1			1	Verificar sistema de abasto.	1				
63		Equipo de venoclisis con microgotero.	1			1	Verificar sistema de abasto.	1				
64		Equipo de venoclisis con normogotero.	1			1	Verificar sistema de abasto.	1				

JCSSA001401		HOSPITAL REGIONAL COCULA		IMAGENOLOGIA HG-HMI-HP					
Normatividad aplicable	Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA	Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO	Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL	Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional		Evidencia Observacional		Evidencia Documental		Criterios y Subcriterios	
		El evaluador deberá:		El evaluador deberá:		El evaluador deberá:			
		Tercer Cajón							
65		Cánulas endotraqueales: N 2.0, 3.0, 3.5, 4.0, 4.5, 5.0, 6.5, 7.0, 7.5, 8.0, 8.5, 9.0, 9.5 mm.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
66		Aguja intraósea (14,16,18).	1		1	Verificar sistema de abasto.	1		
67		Guía metálica para cánulas endotraqueales (adulto y pediátrico).	1		1	Verificar sistema de abasto.	1		
68		Lidocaina con atomizador manual al 10%.	1		1	Verificar sistema de abasto.	1		
69		Cánulas de Guedel: 3, 4, 5.	1		1	Verificar sistema de abasto.	1		
70		Mango de laringoscopio.	1		1	Verificar sistema de abasto.	1		
71		Hojas rectas: 1, 2.	1		1	Verificar sistema de abasto.	1		
72		Hojas curvas: 1, 2, 3, 4.	1		1	Verificar sistema de abasto.	1		
73		Guantes.	1		1	Verificar sistema de abasto.	1		
		Cuarto Cajón							
74		Bolsa autoinflable para reanimación pediátrica y adulto.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4.- Planeación 7.- Mejora de procesos	4.1 Planeación estratégica. 7.2 Administración de procesos de apoyo integral.
75		Mascarilla laríngea 2.0,2.5,3.0,4.0).	1		1	Verificar sistema de abasto.	1		
76		Extensión para oxígeno.	1		1	Verificar sistema de abasto.	1		
77		Puntas nasales.	1		1	Verificar sistema de abasto.	1		
78		Solución Hartmann inyectable 500 ml.	1		1	Verificar sistema de abasto.	1		
79		Solución de cloruro de sodio inyectable al 0.9% 500 ml.	1		1	Verificar sistema de abasto.	1		
80		Solución glucosada inyectable al 5% 250 ml.	1		1	Verificar sistema de abasto.	1		
81		Coloide solución inyectable 500 ml.	1		1	Verificar sistema de abasto.	1		
			80		78		76		
CALIFICACIÓN IMAGENOLOGIA HG, HMI Y HP		96.69%							

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

CAUSES-2N-2018

JCSSA001401		HOSPITAL REGIONAL COCULA											
FARMACIA HG- HMI - HP													
Normatividad aplicable		Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
			Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental			Criterios y Subcriterios	
			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:				
1	LGS, en su artículo 200 bis. RLGSMPSAM, en su artículo 220, 221, 222.	Autorizaciones Sanitarias	Verificar: 1. Existencia de señalización. 2. Que cuente con señalamiento de emergencia para protección civil. 3. Que el punto de reunión esté delimitado e identificado.		1	Verificar: 1. Que el documento cuente con las características y tipo de servicios a que esté destinado el establecimiento. 2. Que este exhibida en un lugar visible del área. 3. Que esté vigente.		1	Verificar existencia de documento oficial.		1	5. Responsabilidad Social	5.1 Responsabilidad pública
2			Aviso de Responsable Sanitario.		1	Verificar: 1. Que el documento cuente con las características requeridas. 2. Que este exhibido en un lugar visible del área. 3. Que esté vigente y actualizado.		1	Verificar existencia de documento oficial.		1	5. Responsabilidad Social	5.1 Responsabilidad pública
3	6.7 Servicios generales, 6.7.1. 6.7.1.1 y 6.7.1.2 de la NOM-016-SSA3-2012.		Verificar: 1. Que exista la farmacia. 2. Que se encuentre en el vestíbulo principal del establecimiento. 3. Que cuente con área de mostrador o ventanilla de despacho. 4. Que exista el área de almacén para estiba.		1	Verificar: 1. Que la ubicación de la farmacia cuente con las áreas suficientes para la recepción y entrega de los insumos. 2. Que se encuentre limpia. 3. Que el mobiliario este en buenas condiciones.		1	Verificar: 1. Bitácora de mantenimiento de la estructura. 2. Bitácora de control de limpieza rutinaria, exhaustiva y limpieza del área firmada por el jefe de turno o supervisor.		1	4. Planeación de Procesos	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa 7.4 Gestión del riesgo en la atención
4	Numeral 6.7 Servicios generales, NOM-016-SSA3-2012 numeral 6.7.1.1. Numeral 5. Disposiciones generales aplicables a los establecimientos para la atención médica hospitalaria 5.1 Los establecimientos para la atención médica hospitalaria deberán: 5.1.10 de la NOM-016-SSA3-2012.	Equipo	Verificar: 1. Que se cuenta con refrigerador exclusivo para el área de farmacia. 2. Que se cuente con contactos grado hospital con un color distintivo o una marca.		1	Verificar: 1. Revisar en el área su funcionamiento a través del equipo conectado a los contactos grado hospital. 2. Que esté limpio y sin oxidación. 3. Que los medicamentos estén colocados en orden y en un área específica los medicamentos controlados. 4. Que no se guarden objetos ajenos. 5. Que se lleve control de temperatura. 6. Que los medicamentos estén identificados.		1	Verificar: 1. Bitácora de mantenimiento preventivo-correctivo del equipo. 2. Bitácora de control de limpieza rutinaria, exhaustiva y limpieza del refrigerador. 3. Gráfica de control de temperatura.		1	4. Planeación de Procesos	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa 7.4 Gestión del riesgo en la atención
5	Numeral 5. Disposiciones generales aplicables a los establecimientos para la atención médica hospitalaria 5.1 Los establecimientos para la atención médica hospitalaria deberán: 5.1.10 de la NOM-016-SSA3-2012.		Verificar que cuente con área específica para cada medicamento controlado en el equipo de refrigeración.		1	Verificar que: 1. Se cuente con registros de la temperatura interna del refrigerador donde se conserven los medicamentos, insulinas y demás insumos para la salud entre 2°C y 8°C por lo menos tres veces al día y que no exista contenido ajeno como alimentos. 2. Que se realice el seguimiento y control de mantenimiento preventivo y correctivo. 3. Que se lleve a cabo el registro y seguimiento de control de temperatura en bitácora. (de acuerdo al programa de trabajo.)		1	Verificar registro de medicamentos resguardados en el área y en el refrigerador.		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
6	LGS en su artículo 240. NOM-220-SSA1-2012, Instalación y operación de la farmacovigilancia. SICAD COFEPRIS, en su numeral, 2.2.2.	Guarda de Medicamentos Controlados	Verificar que cuente con mueble con cerradura para guarda de medicamentos controlados que requieran refrigeración.		1	Verificar que: 1. Exista y se utilice un mobiliario exclusivo para medicamentos controlados bajo control bajo llave por el personal responsable. 2. Que se lleve control y seguimiento en mantenimiento preventivo y correctivo (limpieza) del mobiliario con bitácora. 3. Que cuenten con los libros de control correspondientes.		1	1. Registro documental del control llevado a cabo, de medicamentos controlados que estén siendo utilizados por el establecimiento. 2. Recetas especiales para estupefacientes con código de barras asignado por la Secretaría de salud o autoridades de salud estatales y prescritas por profesionales autorizados. 3. Libro de contabilidad de estupefacientes.		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

CAUSES-2N-2018

JCSSA001401		HOSPITAL REGIONAL COCULA										
FARMACIA HG- HMI - HP												
Normatividad aplicable	Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental			Criterios y Subcriterios	
		El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:				
7	FARMACOPEA. SICAD COFEPRIS 2015, en su numeral, 2.2.2, 3, 3.3, 5.2.ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/09/17. AESP 3A.	Verificar: 1. Que se cuente con mobiliario y estantería de material resistente a los agentes limpiadores. 2. Que cuente con tarimas suficientes. 3. Que las paredes, pisos y techos sean lisos y limpios. 4. Ventilación natural o artificial suficiente. 5. Que exista un área de resguardo específica para conservar los medicamentos caducos.		1	Verificar: 1. Que los medicamentos estén ordenados conforme a la organización del establecimiento. 2. Que se conserven en locales con no más de 65% de humedad relativa, bien ventilados a temperatura ambiente (no mayor a 30 °C), al resguardo de la luz y fuentes de contaminación. 3. Que tengan fecha de caducidad vigente. 4. Que el mobiliario y estantería estén en buenas condiciones y limpios. 5. Que las tarimas puedan moverse para revisar que no exista fauna nociva. 6. Que el mobiliario y estantería tenga una separación mínima de 20 cm del piso y del techo. 7. Que el área de resguardo de medicamentos caducados sea específica y este bien identificada, aislada y bajo llave. 8. Que los medicamentos de alto riesgo y electrolitos estén identificados así como alertas visuales para medicamentos		1	Verificar: 1. Hoja de requisición de insumos. 2. Recetas médicas. 3. Facturas por compra directa (en su caso). 4. Catálogo de medicamentos. 5. Registro de temperatura y humedad de los anaqueles/almacén. 6. Inventario. 7. Registro y control de antibióticos. 8. Manual de procedimientos internos para manejo de medicamentos caducados e identificación de vigencias.		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
				7			7			7		

CALIFICACIÓN FARMACIA HG,HMI Y HP 100.00%



CEDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN											
JCSSA001401		HOSPITAL REGIONAL COCULA									
FARMACIA HG											
Núm.	Normatividad Aplicable	Criterios a evaluar ESTRUCTURA			Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO			Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional				Evidencia Observacional				Evidencia Observacional	
		El evaluador deberá:				El evaluador deberá:				El evaluador deberá:	
Clave	Nombre	Descripción								Criterios y Subcriterios	
Vacunas, Toxoides, Inmunoglobulinas, Antitoxinas											
1	CAUSES 2016	020.000.3847.00	FABOTERÁPICO POLIVALENTE ANTIALACRÁN	Solución inyectable Frasco ampula con liofilizado y ampolleta con diluyente de 5 ml.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	Verificar sistema de abasto.	1	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
2		020.000.3848.00	FABOTERÁPICO POLIVALENTE ANTIARÁCNIDO	Solución inyectable Frasco ampula con liofilizado y ampolleta con diluyente de 5 ml.	1			1	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
3		020.000.3850.00	FABOTERÁPICO POLIVALENTE ANTICORALILLO	Solución inyectable Frasco ampula con liofilizado y ampolleta con diluyente de 5 ml.	1			1	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
4		020.000.3849.00	FABOTERÁPICO POLIVALENTE ANTIVIPERINO	Solución inyectable Frasco ampula con liofilizado y ampolleta con diluyente de 10 ml.	1			1	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
Analgesia											
5		010.000.0103.00	ÁCIDO ACETILSALICÍLICO	Tableta soluble o efervescente 300 mg 20 tabletas solubles o efervescentes	1			1	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
6		010.000.0101.00	ÁCIDO ACETILSALICÍLICO	Tableta 500 mg 20 tabletas	1			1	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
7		040.000.2100.01	BUPRENORFINA	Tableta sublingual 0.2 mg 20 tabletas	1			1	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
8		040.000.2098.00	BUPRENORFINA	Parche 20 mg Envase con 4 parches	1			1	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
9		040.000.2097.00	BUPRENORFINA	Parche 30 mg Envase con 4 parches	1			1	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
10		040.000.4026.00	BUPRENORFINA	Solución inyectable 0.30 mg/ml 6 ampolletas o frasco ampula con 1 ml	1			1	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
11		040.000.2100.00	BUPRENORFINA	Tableta sublingual 0.2 mg 10 tabletas	1			1	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
12		010.000.4028.00	CLONIXINATO DE LISINA	Solución inyectable 100 mg/ 2 ml 5 ampolletas con 2 ml	1			1	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
13		010.000.0247.00	DEXMEDETOMIDINA	Solución inyectable 200 microgramo 1 frasco ampula	1			1	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		



CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

CAUSES-2N-2018

JCSSA001401					HOSPITAL REGIONAL COCULA						
FARMACIA HG											
Núm.	Normatividad Aplicable	Criterios a evaluar ESTRUCTURA			Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO			Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional				Evidencia Observacional				Evidencia Observacional	
		El evaluador deberá:				El evaluador deberá:				El evaluador deberá:	
		Clave	Nombre	Descripción						Criterios y Subcriterios	
14	CAUSES 2016	010.000.4036.00	ETOFENAMATO	Solución inyectable 1 g Ampolleta de 2 ml	0	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	Verificar sistema de abasto.	0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
15		010.000.3422.00	KETOROLACO	Solución Inyectable 30 mg 3 frascos ampula o 3 ampolletas 1 ml	1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
16		010.000.0109.00	METAMIZOL SÓDICO	Solución inyectable 1 g/ 2 ml 3 ampolletas con 2 ml	1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
17		010.000.0108.00	METAMIZOL SÓDICO	Comprimido 500 mg 10 comprimidos	1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
18		040.000.2099.00	MORFINA	Solución inyectable 2.5 mg 5 ampolletas con 2.5 ml	1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
19		040.000.4029.00	MORFINA	Tableta 30 mg 20 tabletas	0			0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
20		040.000.4032.00	OXICODONA	Tableta de liberación prolongada 20 mg 30 tabletas	1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
21		040.000.4033.00	OXICODONA	Tableta de liberación prolongada 10 mg 30 tabletas	1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
22		010.000.0514.02	PARACETAMOL	Supositorio 100 mg 10 supositorios	1			0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
23		010.000.0105.00	PARACETAMOL	Supositorio 300 mg 3 supositorios	1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
24		010.000.0104.00	PARACETAMOL	Tableta 500 mg 10 tabletas	1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
25		010.000.0106.00	PARACETAMOL	Solución oral 100 mg/ml Envase con gotero 15 ml	1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
26		010.000.5720.00	PARACETAMOL	Solución inyectable 500 mg / 50ml Frasco ampula con 50 ml	1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
27		010.000.5721.00	PARACETAMOL	Solución inyectable 1g / 100ml Frasco ampula con 100 ml	1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

CAUSES-2N-2018

JCSSA001401 HOSPITAL REGIONAL COCULA					FARMACIA HG								
Núm.	Normatividad Aplicable	Criterios a evaluar ESTRUCTURA			Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO			Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD			
		Evidencia Observacional				Evidencia Observacional				Evidencia Observacional			
		El evaluador deberá:				El evaluador deberá:				El evaluador deberá:			
		Clave	Nombre	Descripción								Criterios y Subcriterios	
28		040.000.2106.00	TRAMADOL	Solución inyectable 100 mg/ 2 ml 5 ampolletas	1			1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
29		040.000.2096.00	TRAMADOL-PARACETAMOL	Tableta 37.5 mg / 325.0 mg 20 tabletas	1			1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
Anestesia													
30		010.000.0204.00	ATROPINA	Solución inyectable 1 mg/ml 50 ampolletas con 1 ml	1			1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
31		010.000.4055.00	BUPIVACAÍNA	Solución inyectable Bupivacaína 15 mg Dextrosa 240 mg 5 ampolletas con 3 ml	1			1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
32		010.000.0271.00	BUPIVACAÍNA	Solución inyectable 5 mg/ml Envase con 30 ml	1			1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
33		010.000.4061.00	CISATRACURIO, BESILATO DE	Solución inyectable 10 mg/5 ml (2 mg/ml) Ampolleta con 5 ml (10 mg/5 ml)	1			1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
34		010.000.0234.00	DESFLURANO	Líquido 240 ml. Envase con 240 ml.	1			1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
35		040.000.0202.00	DIAZEPAM	Solución inyectable 10 mg/ 2 ml 50 ampolletas con 2 ml	1			1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
36		040.000.0243.00	ETOMIDATO	Solución inyectable 20 mg/10 ml 5 ampolletas con 10 ml	1			1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
37		040.000.0242.00	FENTANILO	Solución inyectable 0.5 mg/10 ml 6 ampolletas o frascos ampula con 10 ml	1			1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
38		040.000.4054.00	FLUMAZENIL	Solución inyectable 0.5 mg/5 ml Ampolleta con 5 ml	1			1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
39		040.000.0226.00	KETAMINA	Solución inyectable 500 mg/10 ml Frasco ampula con 10 ml	1			1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
40		010.000.0263.00	LIDOCAÍNA	Solución inyectable al 5 % 100 mg/2 ml 50 ampolletas con 2 ml	0			0			0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
41		010.000.0262.00	LIDOCAÍNA	Solución inyectable al 2 % 1 g/50 ml 5 frascos ampula con 50 ml	1			1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
42		010.000.0261.00	LIDOCAÍNA	Solución inyectable al 1 % 500 mg/50 ml 5 frascos ampula con 50 ml	1			1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa



CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

CAUSES-2N-2018

JCSSA001401 HOSPITAL REGIONAL COCULA					FARMACIA HG										
Núm.	Normatividad Aplicable	Criterios a evaluar ESTRUCTURA			Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO			Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL			Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional				Evidencia Observacional				Evidencia Observacional				Criterios y Subcriterios	
		El evaluador deberá:				El evaluador deberá:				El evaluador deberá:					
		Clave	Nombre	Descripción											
43	CAUSES 2016	010.000.0264.00	LIDOCAÍNA	Solución al 10 % 10 g/100 ml 115 ml con atomizador manual	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.			1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
44		010.000.0265.00	LIDOCAÍNA, EPINEFRINA	Solución inyectable al 2% Lidocaína 1 g Epinefrina 0.25 mg 5 frascos ampula con 50 ml	0				0		0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
45		010.000.0267.00	LIDOCAÍNA, EPINEFRINA	Solución inyectable al 2% Lidocaína 36 mg Epinefrina 0.018 mg 50 cartuchos dentales con 1.8 ml	0				0		0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
46		040.000.2108.00	MIDAZOLAM	Solución inyectable 5 mg/5ml 5 ampolletas con 5 ml	1				1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
47		040.000.4060.00	MIDAZOLAM	Solución inyectable 50 mg/10 ml 5 ampolletas con 10 ml	1				1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
48		040.000.4057.00	MIDAZOLAM	Solución inyectable 15 mg/3 ml 5 ampolletas con 3 ml	1				1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
49		010.000.0291.00	NEOSTIGMINA	Solución inyectable 0.5 mg/ ml 6 ampolletas con 1 ml	1				1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
50		010.000.0246.00	PROPOFOL	Emulsión inyectable 200 mg/20 ml 5 ampolletas o frascos ampula de 20 ml	1				1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
51		010.000.4059.00	ROCURONIO, BROMURO DE	Solución inyectable 50 mg/5 ml 12 ampolletas o frasco ampula 5 ml	1				1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
52		010.000.0269.00	ROPIVACAÍNA	Solución inyectable 40 mg/20 ml 5 ampolletas con 20 ml	1				1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
53		010.000.0233.00	SEVOFLURANO	Líquido o solución 250 ml Envase con 250 ml	1				1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
54		010.000.0252.00	SUXAMETONIO, CLORURO DE	Solución inyectable 40 mg/2 ml 5 ampolletas con 2 ml	1				1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
55	040.000.0221.00	TIOPIENTAL SÓDICO	Solución inyectable 0.5 g/20 ml Frasco ampula y diluyente con 20 ml	1				1	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa				



CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

CAUSES-2N-2018

JCSSA001401 HOSPITAL REGIONAL COCULA					FARMACIA HG							
Núm.	Normatividad Aplicable	Criterios a evaluar ESTRUCTURA			Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO			Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD		
		Evidencia Observacional				Evidencia Observacional				Evidencia Observacional		
		El evaluador deberá:				El evaluador deberá:				El evaluador deberá:		
		Clave	Nombre	Descripción								Criterios y Subcriterios
56		010.000.0254.00	VECURONIO	Solución inyectable 4 mg/1 ml 50 frascos ampula con liofilizado y 50ampolletas con 1 ml de diluyente	1				1		1	4. Planeación 4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
Cardiología												
57		010.000.5099.00	ADENOSINA	Solución inyectable 6 mg 6 frascos ampula con 2 ml	1				1		1	4. Planeación 4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
58		010.000.4107.00	AMIODARONA	Solución inyectable 150 mg 6 ampolletas con 3 ml	1				1		1	4. Planeación 4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
59		010.000.4110.00	AMIODARONA	Tableta 200 mg 20 tabletas	1				1		1	4. Planeación 4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
60		010.000.2111.01	AMLODIPINO	Tableta o cápsula 5 mg 30 tabletas	1				1		1	4. Planeación 4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
61		010.000.2530.00	CANDESARTÁN CILEXETILO-HIDROCLOROTIAZIDA	Tableta 16.0 mg/12.5mg 28 tabletas	1				1		1	4. Planeación 4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
62		010.000.0574.00	CAPTOPRIL	Tableta 25 mg 30 tabletas	1				1		1	4. Planeación 4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
63		010.000.2101.00	CLONIDINA	Comprimido 0.1 mg 30 comprimidos	0				0		0	4. Planeación 4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
64		010.000.4246.01	CLOPIDOGREL	Gragea o tableta 75 mg 28 grageas o tabletas	1				1		1	4. Planeación 4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
65		010.000.4246.00	CLOPIDOGREL	Gragea o tableta 75 mg 14 grageas o tabletas	1				1		1	4. Planeación 4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
66		010.000.0561.00	CLORTALIDONA	Tableta 50 mg 20 tabletas	0				0		0	4. Planeación 4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
67		010.000.0504.00	DIGOXINA	Solución inyectable 0.5 mg/2 ml 6 ampolletas de 2 ml	1				1		1	4. Planeación 4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
68		010.000.0502.00	DIGOXINA	Tableta 0.25 mg 20 tabletas	1				1		1	4. Planeación 4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
69		010.000.0503.00	DIGOXINA	Elixir 0.05 mg/ml Envase con 60 ml	1				1		1	4. Planeación 4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
70		010.000.0615.00	DOBUTAMINA	Solución inyectable 250 mg 5 ampolletas con 5 ml cada una o un frasco ampula con 20 ml	1				1		1	4. Planeación 4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa



CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN										CAUSES-2N-2018					
JCSSA001401										HOSPITAL REGIONAL COCULA					
FARMACIA HG															
Núm.	Normatividad Aplicable	Criterios a evaluar ESTRUCTURA			Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO			Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL			Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional				Evidencia Observacional				Evidencia Observacional				Criterios y Subcriterios	
		El evaluador deberá:				El evaluador deberá:				El evaluador deberá:					
		Clave	Nombre	Descripción											
71		010.000.0614.00	DOPAMINA	Solución inyectable 200 mg/ 5 ml 5 ampolletas con 5 ml	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
72		010.000.2501.00	ENALAPRIL O LISINOPRIL O RAMIPRIL	Cápsula o tableta 10 mg. 30 cápsulas o tabletas	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
73		010.000.0611.00	EPINEFRINA	Solución inyectable 1 mg (1:1 000) 50 ampolletas de 1.0 ml	0				0				0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
74		010.000.5104.00	ESMOLOL	Solución inyectable 100 mg/ 10 ml Frasco ampula con 10 ml	0				0				0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
75		010.000.0570.00	HIDRALAZINA	Tableta 10 mg 20 tabletas	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
76		010.000.4201.00	HIDRALAZINA	Solución inyectable 20 mg 5 ampolletas con 1.0 ml	0				0				0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa



CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

CAUSES-2N-2018

JCSSA001401		HOSPITAL REGIONAL COCULA											
FARMACIA HG													
Núm.	Normatividad Aplicable	Criterios a evaluar ESTRUCTURA			Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional				Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Criterios y Subcriterios	
		El evaluador deberá:				El evaluador deberá:			El evaluador deberá:				
		Clave	Nombre	Descripción									
77	CAUSES 2016	010.000.2116.00	HIDRALAZINA	Solución inyectable 10 mg/ ml 5 ampolletas con 1.0 ml	0	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	0	Verificar sistema de abasto.	0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
78		010.000.4095.00	IRBESARTÁN	Tableta 150 mg 28 tabletas	1		1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
79		010.000.4096.00	IRBESARTÁN	Tableta 300 mg 28 tabletas	1		1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
80		010.000.0593.00	ISOSORBIDA	Tableta 10 mg 20 tabletas	1		1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
81		010.000.0592.00	ISOSORBIDA	Tableta sublingual 5 mg 20 tabletas sublinguales	1		1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
82		010.000.0522.00	LIDOCAÍNA	Solución inyectable 100 mg/ 5 ml Ampolleta con 5 ml	0		0		0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
83		010.000.2520.00	LOSARTÁN	Gragea o comprimido recubierto 50 mg 30 grageas o comprimidos	1		1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

CAUSES-2N-2018

JCSSA001401

HOSPITAL REGIONAL COCULA

FARMACIA HG

Núm.	Normatividad Aplicable	Criterios a evaluar ESTRUCTURA			Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO			Puntaje	Criterios a evaluar RESULTADOS			Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional				Evidencia Observacional				Evidencia Observacional				Criterios y Subcriterios	
		El evaluador deberá:				El evaluador deberá:				El evaluador deberá:					
		Clave	Nombre	Descripción											
84		010.000.0566.00	METILDOPA	Tableta 250 mg 30 tabletas	1			1	1	4. Planeación	4.1 Planeación				
85		010.000.0572.00	METOPROLOL	Tableta 100 mg 20 tabletas	1						4.3 Planeación Operativa				
86		010.000.0599.00	NIFEDIPINO	Comprimido de liberación prolongada 30 mg 30 comprimidos	1						4.1 Planeación Estratégica				
87		010.000.0597.00	NIFEDIPINO	Cápsula de gelatina blanda 10 mg 20 cápsulas	1						4.3 Planeación Operativa				
88		010.000.0569.00	NITROPRUSIATO DE SODIO	Solución inyectable 50 mg Frasco ampula	1						4.1 Planeación Estratégica				
89		010.000.0530.00	PROPRANOLOL	Tableta 40 mg 30 tabletas	1						4.3 Planeación Operativa				
90		010.000.0539.00	PROPRANOLOL	Tableta 10 mg 30 tabletas	1						4.1 Planeación Estratégica				
91		010.000.2540.00	TELMISARTÁN	Tableta 40 mg 30 tabletas	1						4.3 Planeación Operativa				
92		010.000.2542.00	TELMISARTÁN-HIDROCLOROTIA ZIDA	Tableta 80.0 mg/12.5 mg 14 tabletas	1						4.1 Planeación Estratégica				
93		010.000.4111.00	TRINITRATO DE GLICERILO	Parche 5 mg/día 7 parches	1						4.3 Planeación Operativa				
94		010.000.0591.00	TRINITRATO DE GLICERILO	Cápsula o tableta masticable 0.8 mg 24 cápsulas o tabletas	0						4.1 Planeación Estratégica				
95		010.000.4114.00	TRINITRATO DE GLICERILO	Solución inyectable 50 mg/10 ml Frasco ampula con 10 ml	0						4.3 Planeación Operativa				
96		010.000.0598.00	VERAPAMILO	Solución inyectable 5 mg/ 2 ml Ampolleta con 2 ml	1						4.1 Planeación Estratégica				
97		010.000.0596.00	VERAPAMILO	Gragea o tableta recubierta 80 mg 20 grageas o tabletas recubiertas	1						4.3 Planeación Operativa				
98	010.000.0623.00	WARFARINA	Tableta 5 mg 25 Tablet as	0	4.1 Planeación Estratégica										

Dermatología



CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

CAUSES-2N-2018

JCSSA001401					HOSPITAL REGIONAL COCULA					FARMACIA HG						
Núm.	Normatividad Aplicable	Criterios a evaluar ESTRUCTURA			Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO			Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL			Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD		
		Evidencia Observacional				Evidencia Observacional				Evidencia Observacional				Criterios y Subcriterios		
		El evaluador deberá:				El evaluador deberá:				El evaluador deberá:						
		Clave	Nombre	Descripción												
99	CAUSES 2016	010.000.0904.00	ÁCIDO RETINOICO	Crema 0.05 g/ 100 g Envase con 20 g	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.		Verificar sistema de abasto.	1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
100		010.000.0831.00	ALANTOÍNA Y ALQUITRÁN DE HULLA	Suspensión dérmica 20 mg/ml y 9.4 mg/ml Envase con 120 ml	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
101		010.000.0871.00	ALIBOUR	Polvo Sulfato de cobre 177 mg/g Sulfato de zinc 619.5 mg/g alcanfor 26.5 mg/g 12 sobres con 2.2 g	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
102		010.000.0801.00	BAÑO COLOIDE	Polvo Harina de soya 965 mg/g Polividona 20 mg/g Un sobre con 90 g	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
103		010.000.0861.00	BENCILO	Emulsión dérmica 300 mg/ml Envase con 120 ml	0				0				0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
104		010.000.0822.02	BENZOILO	Loción dérmica o gel dérmico 5 g/100 ml o 5 g/ 100 g Envase con 60 ml	0				0				0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
105		010.000.0822.01	BENZOILO	Loción dérmica o gel dérmico 5 g/100 ml o 5 g/ 100 g Envase con 50 ml	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
106		010.000.0822.00	BENZOILO	Loción dérmica o gel dérmico 5 g/100 ml o 5 g/ 100 g Envase con 30 ml	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
107		010.000.2119.00	BETAMETASONA	Ungüento 50 mg/ 100 g Envase con 30 g	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
108		010.000.4136.00	CLINDAMICINA	Gel 1 g/ 100 g Envase con 30 g	0				0				0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
109		010.000.0813.00	HIDROCORTISONA	Crema 1 mg/g Envase con 15 g	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
110		010.000.2024.00	ISOCONAZOL	Crema 1 g/ 100 g Envase con 20 g	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
111	010.000.0891.00	MICONAZOL	Crema 20 mg/ 1 g Envase con 20 g	1	1	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa								



CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

CAUSES-2N-2018

JCSSA001401					HOSPITAL REGIONAL COCULA					FARMACIA HG				
Núm.	Normatividad Aplicable	Criterios a evaluar ESTRUCTURA			Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO			Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD				
		Evidencia Observacional				Evidencia Observacional				Evidencia Observacional				
		El evaluador deberá:				El evaluador deberá:				El evaluador deberá:				
		Clave	Nombre	Descripción								Criterios y Subcriterios		
112		010.000.0804.00	ÓXIDO DE ZINC	Pasta 25 g/100 g Envase con 30 g	1				1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
113		010.000.0865.00	PERMETRINA	Solución 1 g Envase con 110 ml	1				1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
114		010.000.0901.00	PODOFILINA	Solución dérmica 250 mg/ml Envase con 5 ml	0				0		0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
115		010.000.4126.00	SULFADIAZINA DE PLATA	Crema 1 g / 100 g Envase con 375 g	1				1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
Endocrinología y Metabolismo														
116		010.000.5106.00	ATORVASTATINA	Tableta 20 mg 10 tabletas	0				0		0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
117		010.000.0655.00	BEZAFIBRATO	Tableta 200 mg 30 tabletas	1				1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
118		010.000.1096.00	BROMOCRIPTINA	Tableta 2.5 mg 14 tabletas	0				0		0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
119		010.000.1006.00	CALCIO	Comprimido efervescente 500 mg 12 comprimidos	1				1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
120		010.000.1095.00	CALCITRIOL	Cápsula de gelatina blanda 0.25 microgramo 50 cápsulas	0				0		0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
121		010.000.3432.00	DEXAMETASONA	Tableta 0.5 mg 30 tabletas	1				1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
122		010.000.4024.05	EZETIMIBA	Tableta 10 mg 30 tabletas	0				0		0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
123		010.000.1042.00	GLIBENCLAMIDA	Tableta 5 mg 50 tabletas	1				1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
124		010.000.4156.00	INSULINA ASPÁRTICA	Solución inyectable 100 UI/ml Frasco ampula con 10 ml	1				1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
125		010.000.4165.01	INSULINA DETEMIR	Solución inyectable 100 U (14.20 mg) Envase con 5 plumas prellenadas con 3 ml (100 U/ml)	0				0		0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
126		010.000.4165.00	INSULINA DETEMIR	Solución inyectable 100 U (14.20 mg) Envase con 1 pluma prellenada con 3 ml (100 U/ml)	0				0		0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	



CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

CAUSES-2N-2018

JCSSA001401					HOSPITAL REGIONAL COCULA					FARMACIA HG				
Núm.	Normatividad Aplicable	Criterios a evaluar ESTRUCTURA			Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO			Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD				
		Evidencia Observacional				Evidencia Observacional				Evidencia Observacional				
		El evaluador deberá:				El evaluador deberá:				El evaluador deberá:				
		Clave	Nombre	Descripción										
127	CAUSES 2016	010.000.4158.01	INSULINA GLARGINA	Solución inyectable 3.64 mg/ml Envase con 5 cartuchos de vidrio con 3 ml en dispositivo desechable	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	Verificar sistema de abasto.	1	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa		
128		010.000.4158.00	INSULINA GLARGINA	Solución inyectable 3.64 mg/ml Envase con un frasco ampula con 10 ml	1			1	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa		
129		010.000.1051.00	INSULINA HUMANA	Solución inyectable 100 UI/ml Un frasco ampula con 5 ml	0			1	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa		
130		010.000.4157.00	INSULINA HUMANA	Suspensión inyectable 100 UI/ml Un frasco ampula con 10 ml	0			0	0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa		
131		010.000.1051.01	INSULINA HUMANA	Solución inyectable 100 UI/ml Un frasco ampula con 10 ml	1			1	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa		
132		010.000.1050.01	INSULINA HUMANA	Suspensión inyectable 100 UI/ml Un frasco ampula con 10 ml	1			1	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa		
133		010.000.1050.00	INSULINA HUMANA	Suspensión inyectable 100 UI/ml Un frasco ampula con 5 ml	1			1	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa		
134		010.000.4162.00	INSULINA LISPRO	Solución inyectable 100 UI/ml Frasco ampula con 10 ml	1			1	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa		
135		010.000.4148.00	INSULINA LISPRO, LISPRO PROTAMINA	Suspensión inyectable 100 UI 2 cartuchos con 3 ml o frasco ampula con 10 ml	1			1	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa		
136		010.000.1007.00	LEVOTIROXINA	Tableta 100 microgramo 100 tabletas	1			1	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa		
137		010.000.5621.00	LINAGLIPTINA	Tableta 5 mg 30 tabletas	1			1	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa		
138		010.000.5165.00	METFORMINA	Tableta 850 mg 30 tabletas	1			1	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa		
139		010.000.3433.00	METILPREDNISOLONA	Suspensión inyectable 40 mg/ml Frasco ampula con 2 ml	1			1	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa		
140		010.000.0476.00	METILPREDNISOLONA	Solución inyectable 500 mg/ 8 ml 50 frascos ampula y 50 ampolletas con 8 ml de diluyente	1			1	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa		
141		010.000.0657.00	PRAVASTATINA	Tableta 10 mg 30 tabletas	1			1	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa		



CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

CAUSES-2N-2018

JCSSA001401 HOSPITAL REGIONAL COCULA					FARMACIA HG								
Núm.	Normatividad Aplicable	Criterios a evaluar ESTRUCTURA			Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO			Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD			
		Evidencia Observacional				Evidencia Observacional				Evidencia Observacional			
		El evaluador deberá:				El evaluador deberá:				El evaluador deberá:			
		Clave	Nombre	Descripción								Criterios y Subcriterios	
142		010.000.0472.00	PREDNISONA	Tableta 5 mg 20 tabletas	1				1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
143		010.000.0473.00	PREDNISONA	Tableta 50 mg 20 tabletas	1				1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
144		010.000.4124.00	SIMVASTATINA	Tableta 20 mg 14 tabletas	1				1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
145		010.000.4124.01	SIMVASTATINA	Tableta 20 mg 30 tabletas	1				1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
146		010.000.4152.00	SITAGLIPTINA	Comprimido 100 mg 14 comprimidos	1				1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
147		010.000.4152.01	SITAGLIPTINA	Comprimido 100 mg 28 comprimidos	1				1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
148		010.000.1022.00	TIAMAZOL	Tableta 5 mg 20 tabletas	1				1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
149		010.000.5620.00	VILDAGLIPTINA	Comprimido 50 mg 28 comprimidos	1				1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
Enfermedades Infecciosas y Parasitarias													
150		010.000.2126.00	ACICLOVIR	Comprimido o tableta 400 mg 35 comprimidos o tabletas	1				1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
151		010.000.4264.00	ACICLOVIR	Solución inyectable 250 mg 5 frascos ampula	1				1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
152		010.000.4263.00	ACICLOVIR	Comprimido o tableta 200 mg 25 comprimidos o tabletas	1				1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
153		010.000.1344.00	ALBENDAZOL	Tableta 200 mg 2 tabletas	1				1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
154		010.000.1345.00	ALBENDAZOL	Suspensión oral 400 mg/20 ml Envase con 20 ml	1				1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
155		010.000.2012.00	AMFORTERICINA B	solución inyectable 50 mg Frasco ampula	0				0		0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
156		010.000.1956.00	AMIKACINA	Solución inyectable 500 mg/ 2 ml 1 ampollita o frasco ampula	1				1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa



CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN					CAUSES-2N-2018				
--	--	--	--	--	----------------	--	--	--	--

JCSSA001401					HOSPITAL REGIONAL COCULA					FARMACIA HG				
Núm.	Normatividad Aplicable	Criterios a evaluar ESTRUCTURA			Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO			Puntaje	Criterios a evaluar CALIDAD EN SALUD				
		Evidencia Observacional				Evidencia Observacional				Evidencia Observacional				
		El evaluador deberá:				El evaluador deberá:				El evaluador deberá:				
		Clave	Nombre	Descripción										
157		010.000.1957.00	AMIKACINA	Solución inyectable 100 mg/ 2 ml 1 ampolleta o frasco ampula	0				0			0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
158		010.000.1957.01	AMIKACINA	Solución inyectable 100 mg/ 2 ml 2 ampolletas o frasco ampula	1				1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
159		010.000.1956.01	AMIKACINA	Solución inyectable 500 mg/ 2 ml 2 ampolletas o frasco ampula	0				0			0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
160		010.000.2128.01	AMOXICILINA	Cápsula 500 mg 15 cápsulas	1				1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
161		010.000.2127.00	AMOXICILINA	Suspensión 500 mg/ 5 ml Envase para 75 ml	1				1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
162		010.000.2128.00	AMOXICILINA	Cápsula 500 mg 12 cápsulas	1				1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
163		010.000.2230.01	AMOXICILINA-ACIDO CLAVULÁNICO	Tableta 500 mg/125 mg 16 tabletas	1				1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
164		010.000.2130.00	AMOXICILINA-ACIDO CLAVULÁNICO	Solución inyectable 500 mg/100 mg Envase con un frasco ampula con 10 ml	0				0			0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
165		010.000.2129.00	AMOXICILINA-ACIDO CLAVULÁNICO	Suspensión 125 mg/31.25 mg/ 5 ml Envase con 60 ml	1				1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
166		010.000.2230.00	AMOXICILINA-ACIDO CLAVULÁNICO	Tableta 500 mg/125 mg 12 tabletas	1				1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
167		010.000.1930.00	AMPICILINA	Suspensión 250 mg/ 5 ml Envase para 60 ml	1				1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
168		010.000.1931.00	AMPICILINA	Solución inyectable 500 mg/2 ml Frasco ampula y diluyente con 2 ml	1				1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
169		010.000.1929.00	AMPICILINA	Tableta o cápsula 500 mg 20 tabletas o cápsulas	1				1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
170		010.000.1969.01	AZITROMICINA	Tableta 500 mg 4 tabletas	0				0			0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
171		010.000.1938.00	BENCILPENICILINA BENZATÍNICA COMPUESTA	Suspensión inyectable Benzatínica 600 000 UI Procaínica 300 000 UI Cristalina 300 000 UI Frasco ampula y diluyente con 3 ml	0				0			0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa



CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN												CAUSES-2N-2018	
JCSSA001401					HOSPITAL REGIONAL COCULA								
FARMACIA HG													
Núm.	Normatividad Aplicable	Criterios a evaluar ESTRUCTURA			Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO			Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD			
		Evidencia Observacional				Evidencia Observacional				Evidencia Observacional			
		El evaluador deberá:				El evaluador deberá:				El evaluador deberá:			
		Clave	Nombre	Descripción								Criterios y Subcriterios	
172		010.000.2510.00	BENCILPENICILINA PROCAÍNICA	Suspensión inyectable 2 400 000 UI Frasco ampula con diluyente	0			0		0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
173		010.000.1923.00	BENCILPENICILINA PROCAÍNICA CON BENCILPENICILINA CRISTALINA	Suspensión inyectable 300 000 UI /100 000 UI Frasco ampula y diluyente con 2 ml	1			1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
174		010.000.1924.00	BENCILPENICILINA PROCAÍNICA CON BENCILPENICILINA CRISTALINA	Suspensión inyectable 600 000 UI/200 000 UI Frasco ampula y diluyente con 2 ml	1			1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
175		010.000.1933.00	BENCILPENICILINA SÓDICA CRISTALINA	Solución inyectable 5 000 000 UI Frasco ampula	1			1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
176		010.000.1921.00	BENCILPENICILINA SÓDICA CRISTALINA	Solución inyectable 1 000 000 UI Frasco ampula con o sin 2 ml de diluyente	1			1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
177		010.000.1925.00	BENZATINA BENCILPENICILINA	Suspensión inyectable 1 200 000 UI Frasco ampula y diluyente con 5 ml	1			1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
178		010.000.1939.00	CEFALEXINA	Tableta ó cápsula 500 mg 20 tabletas ó cápsulas	1			1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
179		010.000.5256.00	CEFALOTINA	Solución inyectable 1 g/5 ml Frasco ampula y 5 ml de diluyente	1			1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
180		010.000.5295.00	CEFEPIMA	Solución inyectable 1 g/3 ó 10 ml Frasco ampula y 3 ml de diluyente.	1			1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
181		010.000.5295.01	CEFEPIMA	Solución inyectable 1 g/3 ó 10 ml Frasco ampula y 10 ml de diluyente.	1			1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
182		010.000.5284.00	CEFEPIMA	Solución inyectable 500 mg/5 ml Frasco ampula y 5 ml de diluyente	0			0		0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
183		010.000.1935.00	CEFOTAXIMA	Solución inyectable 1 g/4 ml Frasco ampula y 4 ml de diluyente	1			1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
184		010.000.1937.00	CEFTRIAXONA	Solución inyectable 1 g/10 ml Frasco ampula y 10 ml de diluyente	1			1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
185		010.000.4255.00	CIPROFLOXACINO	Cápsula ó tableta 250 mg 8 cápsulas ó tabletas	1			1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
186		010.000.4259.00	CIPROFLOXACINO	Solución inyectable 200 mg/100 ml Envase con 100 ml	1			1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	



CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

CAUSES-2N-2018

JCSSA001401					HOSPITAL REGIONAL COCULA					FARMACIA HG				
Núm.	Normatividad Aplicable	Criterios a evaluar ESTRUCTURA			Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO			Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD				
		Evidencia Observacional				Evidencia Observacional				Evidencia Observacional				
		El evaluador deberá:				El evaluador deberá:				El evaluador deberá:				
		Clave	Nombre	Descripción										
187	CAUSES 2016	010.000.4258.00	CIPROFLOXACINO	Suspensión 250 mg/5 ml Envase con 5 g y 93 ml de diluyente	0	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.		0	Verificar sistema de abasto.	0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
188		010.000.2132.00	CLARITROMICINA	Tableta 250 mg 10 tabletas	1					1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
189		010.000.1976.00	CLINDAMICINA	Solución inyectable 900 mg/50 ml Frasco con 50 ml.	0					0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
190		010.000.1973.00	CLINDAMICINA	Solución inyectable 300 mg/2 ml Ampolleta con 2 ml	1					1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
191		010.000.2133.00	CLINDAMICINA	Cápsula 300 mg 16 cápsulas	1					1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
192		010.000.1991.00	CLORANFENICOL	Cápsula 500 mg 20 cápsulas	0					0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
193		010.000.2030.00	CLOROQUINA	Tableta 150 mg 1000 tabletas	1					1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
194		010.000.0906.00	DAPSONA	Tableta 100 mg 1000 tabletas	1					0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
195		010.000.1927.00	DICLOXACILINA	Suspensión 250 mg/ 5 ml Envase para 60 ml	0					0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
196		010.000.1928.00	DICLOXACILINA	Solución inyectable 250 mg/5 ml Frasco ampula y 5 ml de diluyente	0					0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
197		010.000.1926.00	DICLOXACILINA	Cápsula o comprimido 500 mg 20 cápsulas o comprimidos	1					1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
198		010.000.1940.00	DOXICICLINA	Cápsula o tableta 100 mg 10 cápsulas o tabletas	1					1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
199		010.000.1941.00	DOXICICLINA	Cápsula o tableta 50 mg 28 cápsulas o tabletas	1					1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
200		010.000.1971.00	ERITROMICINA	Cápsula o tableta 500 mg 20 cápsulas o tabletas	0					0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
201		010.000.1972.00	ERITROMICINA	Suspensión 250 mg/ 5 ml Envase para 100 ml	1					1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN CAUSES-2N-2018

JCSSA001401 HOSPITAL REGIONAL COCULA					FARMACIA HG										
Núm.	Normatividad Aplicable	Criterios a evaluar ESTRUCTURA			Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO			Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL			Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional				Evidencia Observacional				Evidencia Observacional				Criterios y Subcriterios	
		El evaluador deberá:				El evaluador deberá:				El evaluador deberá:					
		Clave	Nombre	Descripción											
202		010.000.2403.00	ESTREPTOMICINA	Solución inyectable 1 g Frasco ámpula y diluyente con 2 ml	0				0				0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
203		010.000.2405.00	ETAMBUTOL	Tableta 400 mg 50 tabletas	0				0				0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
204		010.000.1955.00	GENTAMICINA	Solución inyectable 20 mg Ampolleta con 2 ml	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
205		010.000.1954.00	GENTAMICINA	Solución inyectable 80 mg Ampolleta con 2 ml	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
206		010.000.5287.00	IMIPENEM Y CILASTATINA	Solución inyectable 250 mg/250 mg Envase con un frasco ámpula	0				0				0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
207		010.000.5265.00	IMIPENEM Y CILASTATINA	Solución inyectable 500 mg/ 500 mg Envase con un frasco ámpula	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
208		010.000.2404.00	ISONIAZIDA	Tableta 100 mg 200 tabletas	0				0				0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
209		010.000.2417.00	ISONIAZIDA Y RIFAMPICINA	Tableta recubierta 400 mg/ 300 mg 90 tabletas recubiertas	0				0				0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
210		010.000.2418.00	ISONIAZIDA, RIFAMPICINA, PIRAZINAMIDA, ETAMBUTOL	Tableta 75 mg/ 150 mg/ 400 mg/ 300 mg 240 tabletas	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
211		010.000.2018.00	ITRACONAZOL	Cápsula 100 mg 15 cápsulas	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
212		010.000.1951.00	KANAMICINA	Solución inyectable 1 g Frasco ámpula	0				0				0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
213		010.000.2016.00	KETOCONAZOL	Tableta 200 mg 10 tabletas	0				0				0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
214		010.000.4249.00	LEVOFLOXACINO	Solución inyectable 500 mg/100 ml Envase con 100 ml	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
215		010.000.4299.00	LEVOFLOXACINO	Tableta 500 mg 7 tabletas	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
216		010.000.4300.00	LEVOFLOXACINO	Tableta 750 mg 7 tabletas	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa



CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

CAUSES-2N-2018

JCSSA001401				HOSPITAL REGIONAL COCULA				FARMACIA HG							
Núm.	Normatividad Aplicable	Criterios a evaluar ESTRUCTURA			Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO			Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL			Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional				Evidencia Observacional				Evidencia Observacional				Criterios y Subcriterios	
		El evaluador deberá:				El evaluador deberá:				El evaluador deberá:					
		Clave	Nombre	Descripción											
217		010.000.4290.00	LINEZOLID	Tableta 600 mg 10 tabletas	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
218		010.000.2136.00	MEBENDAZOL	Tableta 100 mg 6 tabletas	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
219		010.000.5292.00	MEROPENEM	Solución inyectable 1 g 1 frasco ampula	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
220		010.000.1309.00	METRONIDAZOL	Solución inyectable 200 mg/ 10 ml 2 ampolletas ó frascos ampula con 10 ml	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
221		010.000.1310.00	METRONIDAZOL	Suspensión 250 mg/ 5 ml Envase con 120 ml	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
222		010.000.1308.01	METRONIDAZOL	Tableta 500 mg 30 tabletas	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
223		010.000.1311.00	METRONIDAZOL	Solución inyectable 500 mg/100 ml Envase con 100 ml	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
224		010.000.1308.00	METRONIDAZOL	Tableta 500 mg 20 tabletas	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
225		010.000.4139.01	MINOCICLINA	Gragea 100 mg 48 grageas	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
226		010.000.4260.00	NISTATINA	Suspensión Oral 100,000 UI/ml Envase para 24 ml	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
227		010.000.2524.00	NITAZOXANIDA	Suspensión oral 100 mg/5 ml Envase con 30 ml	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
228		010.000.2519.00	NITAZOXANIDA	Tableta 200 mg 6 tabletas	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
229		010.000.1911.00	NITROFURANTOÍNA	Cápsula 100 mg 40 cápsulas	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
230		010.000.5302.00	NITROFURANTOÍNA	Suspensión 25 mg/ 5ml Envase con 120 ml	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
231		010.000.4261.02	OFLOXACINA	Tableta 400 mg 12 tabletas	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa



CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

CAUSES-2N-2018

JCSSA001401					HOSPITAL REGIONAL COCULA					FARMACIA HG				
Núm.	Normatividad Aplicable	Criterios a evaluar ESTRUCTURA			Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO			Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD				
		Evidencia Observacional				Evidencia Observacional				Evidencia Observacional				
		El evaluador deberá:				El evaluador deberá:				El evaluador deberá:				
		Clave	Nombre	Descripción									Criterios y Subcriterios	
232		010.000.4261.01	OFLOXACINA	Tableta 400 mg 8 tabletas	1				1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
233		010.000.4261.00	OFLOXACINA	Tableta 400 mg 6 tabletas	1				1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
234		010.000.4592.00	PIPERACILINA-TAZOBACTAM	Solución inyectable 4 g / 500 mg Frasco ampula.	1				1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
235		010.000.2138.00	PIRANTEL	Tableta 250 mg 6 tabletas	0				0			0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
236		010.000.2040.00	PAZICUANTEL	Tableta 600 mg 25 tabletas	0				0			0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
237		010.000.2032.00	PRIMAQUINA	Tableta 15 mg 20 tabletas	0				0			0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
238		010.000.2031.00	PRIMAQUINA	Tableta 5 mg 20 tabletas	0				0			0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
239		010.000.2409.00	RIFAMPICINA	Cápsula o comprimido o tableta recubierta 300 mg 1 000 cápsulas o comprimidos o tabletas recubiertas	0				0			0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
240		010.000.2410.00	RIFAMPICINA	Suspensión 100 mg/ 5 ml Envase con 120 ml	0				0			0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
241		010.000.1981.00	TETRACICLINA	Tableta o cápsula 250 mg 10 tabletas o cápsulas	1				1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
242		010.000.5255.00	TRIMETOPRIMA Y SULFAMETOXAZOL	Solución inyectable 160 mg y 800 mg 6 ampolletas con 3 ml	1				1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
243		010.000.1904.00	TRIMETOPRIMA-SULFAMETOXAZOL	Suspensión 40 mg/200 mg/ 5 ml Envase con 120 ml	1				1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
244		010.000.1903.00	TRIMETOPRIMA-SULFAMETOXAZOL	Tableta o comprimido 80 mg y 400 mg 20 tabletas o comprimidos	1				1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
245		010.000.4372.00	VALACICLOVIR	Comprimido recubierto 500 mg 10 comprimidos recubiertos	0				0			0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
246		010.000.4372.01	VALACICLOVIR	Comprimido recubierto 500 mg 42 comprimidos recubiertos	1				1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa



CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN										CAUSES-2N-2018					
JCSSA001401										HOSPITAL REGIONAL COCULA					
FARMACIA HG															
Núm.	Normatividad Aplicable	Criterios a evaluar ESTRUCTURA			Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO			Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL			Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional				Evidencia Observacional				Evidencia Observacional				Criterios y Subcriterios	
		El evaluador deberá:				El evaluador deberá:				El evaluador deberá:					
		Clave	Nombre	Descripción											
247		010.000.4251.00	VANCOMICINA	Solución inyectable 500 mg Frasco ampula	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
Enfermedades Inmunoalérgicas															
248		010.000.2141.00	BETAMETASONA	Solución inyectable 4 mg / ml Ampolleta o frasco ampula con 1 ml	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
249		010.000.2142.00	CLORFENAMINA	Solución inyectable 10 mg/ml 5 ampolletas	0				0				0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
250		010.000.0408.00	CLORFENAMINA	Jarabe 0.5 mg / ml Envase con 60 ml	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
251		010.000.0402.00	CLORFENAMINA	Tableta 4 mg 20 Tabletas	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa



CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

CAUSES-2N-2018

JCSSA001401					HOSPITAL REGIONAL COCULA							
					FARMACIA HG							
Núm.	Normatividad Aplicable	Criterios a evaluar ESTRUCTURA			Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO			Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD		
		Evidencia Observacional				Evidencia Observacional				Evidencia Observacional		
		El evaluador deberá:				El evaluador deberá:				El evaluador deberá:		
		Clave	Nombre	Descripción								Criterios y Subcriterios
252	CAUSES 2016	010.000.5079.00	CLOROPIRAMINA	Solución inyectable 20 mg / 2 ml 5 ampolletas con 2 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	0	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
253		010.000.0464.00	CROMOGLICATO DE SODIO	Suspensión aerosol 3.6 g/100 g Envase con 16 g para 112 inhalaciones	0				0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
254		010.000.0405.00	DIFENHIDRAMINA	Jarabe 12.5 mg/5 ml Envase con 60 ml	1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
255		010.000.0406.00	DIFENHIDRAMINA	Solución inyectable 100 mg/10 ml Frasco ampula con 10 ml	0				0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
256		010.000.0474.00	HIDROCORTISONA	Solución inyectable 100 mg/2 ml 50 Frascos ampula y 50 ampolletas con 2 ml de diluyente	1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
257		010.000.2144.00	LORATADINA	Tableta o gragea 10 mg 20 tabletas o grageas	1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
258		010.000.2145.00	LORATADINA	Jarabe 5 mg / 5 ml Envase con 60 ml	1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
Gastroenterología												
259		010.000.1224.00	ALUMINIO Y MAGNESIO	Suspensión oral Al 3.7mg 4 g ó 8.9g/ 100 ml Envase con 240 ml	1		0	1	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
260		010.000.1223.00	ALUMINIO Y MAGNESIO	Tableta masticable Al 200 mg 200 ó 447.3 mg 50 tabletas	0				0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
261		010.000.1263.00	BISMUTO	Suspensión oral 1.750 g/ 100 ml Envase con 240 ml	1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
262		010.000.2146.00	BUTILHIOSCINA-METAMIZOL	Solución inyectable 20 mg/2.5 g/5 ml 5 ampolletas con 5 ml	0				0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
263		010.000.1206.00	BUTILHIOSCINAO HIOSCINA	Gragea o tableta 10 mg 10 grageas o tabletas	1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
264		010.000.1207.00	BUTILHIOSCINAO HIOSCINA	Solución inyectable 20 mg/ ml 3 Ampolletas con 1.0 ml	1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
265		010.000.2248.00	CINITAPRIDA	Granulado 1 mg 30 sobres	0				0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
266		010.000.2249.00	CINITAPRIDA	Solución oral 20 mg/100 ml (1 mg/5 ml) Envase con 120 ml y cucharita dosificadora	1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	



CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

CAUSES-2N-2018

JCSSA001401 HOSPITAL REGIONAL COCULA					FARMACIA HG							
Núm.	Normatividad Aplicable	Criterios a evaluar ESTRUCTURA			Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO			Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD		
		Evidencia Observacional				Evidencia Observacional				Evidencia Observacional		
		El evaluador deberá:				El evaluador deberá:				El evaluador deberá:		
		Clave	Nombre	Descripción								Criterios y Subcriterios
267	CAUSES 2016	010.000.2247.00	CINITAPRIDA	Comprimido 1 mg 25 comprimidos	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
268		010.000.0260.02	LIDOCAÍNA	Gel 20 mg/ml Envase con 30 ml	0			0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
269		010.000.1363.00	LIDOCAÍNA - HIDROCORTISONA	Ungüento 50 mg/2.5 mg/1 g Envase con 20 g y aplicador	1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
270		010.000.1364.00	LIDOCAÍNA - HIDROCORTISONA	Supositorio 60 mg/5 mg 6 supositorios	1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
271		010.000.4184.00	LOPERAMIDA	Comprimido, tableta o gragea 2 mg 12 comprimidos, tabletas o grageas	1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
272		010.000.1242.00	METOCLOPRAMIDA	Tableta 10 mg 20 tabletas	1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
273		010.000.1241.00	METOCLOPRAMIDA	Solución inyectable 10 mg/2 ml 6 ampolletas con 2 ml	1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
274		010.000.1243.00	METOCLOPRAMIDA	Solución 4 mg/ml Frasco gotero con 20 ml	1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
275		010.000.5187.00	OMEPRAZOL O PANTOPRAZOL	Solución inyectable Omeprazol 40 mg ó Pantoprazol 40 mg Envase con un frasco ampula con liofilizado y ampolleta con 10 ml de diluyente	1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
276		010.000.5186.02	PANTOPRAZOL O RABEPRAZOL U OMEPRAZOL	Tableta o gragea o cápsula Pantoprazol 40 mg, ó Rabeprazol 20 mg, u Omeprazol 20 mg 28 tabletas o grageas o cápsulas	1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
277		010.000.5186.01	PANTOPRAZOL O RABEPRAZOL U OMEPRAZOL	Tableta o gragea o cápsula Pantoprazol 40 mg, ó Rabeprazol 20 mg, u Omeprazol 20 mg 14 tabletas o grageas o cápsulas	1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
278		010.000.5186.00	PANTOPRAZOL O RABEPRAZOL U OMEPRAZOL	Tableta o gragea o cápsula Pantoprazol 40 mg, ó Rabeprazol 20 mg, u Omeprazol 20 mg 7 tabletas o grageas o cápsulas	1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
279		010.000.1271.00	PLÁNTAGO PSYLLIUM	Polvo 49.7 g/100 g Envase con 400 g	1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
280	010.000.1234.01	RANITIDINA	Solución inyectable 50 mg 5 ampolletas con 5 ml	1	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa					

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

CAUSES-2N-2018

JCSSA001401 HOSPITAL REGIONAL COCULA					FARMACIA HG										
Núm.	Normatividad Aplicable	Criterios a evaluar ESTRUCTURA			Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO			Puntaje	Criterios a evaluar RESULTADOS			Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional				Evidencia Observacional				Evidencia Observacional				Criterios y Subcriterios	
		El evaluador deberá:				El evaluador deberá:				El evaluador deberá:					
		Clave	Nombre	Descripción											
281		010.000.1234.00	RANITIDINA	Solución inyectable 50 mg 5 ampolletas con 2 ml	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
282		010.000.1233.00	RANITIDINA	Gragea o tableta 150 mg 20 grageas o tabletas	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
283		010.000.2151.00	RANITIDINA	Jarabe 150 mg/ 10 ml Envase 200 ml	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
284		010.000.1272.00	SENÓSIDOS A-B	Tableta 8.6 mg 20 tabletas	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
285		010.000.1270.00	SENÓSIDOS A-B	Solución oral 200 mg/100 ml Envase con 75 ml	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
286		010.000.5176.00	SUCRALFATO	Tableta 1 g 40 tabletas	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
287		010.000.4504.00	SULFASALAZINA	Tableta con capa entérica 500 mg 60 tabletas	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
Gineco-obstetricia															
288		010.000.4161.00	ÁCIDO ALENDRÓNICO	Tableta o comprimido 10 mg 30 tabletas o comprimidos	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
289		010.000.4164.00	ÁCIDO ALENDRÓNICO	Tableta o comprimido 70 mg 4 tabletas o comprimidos	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
290		010.000.4167.00	ÁCIDO RISEDRÓNICO	Gragea o tableta 35 mg 4 grageas o tabletas	0				0				0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
291		010.000.1541.00	CARBETOCINA	Solución Inyectable 100 microgramo Ampolleta	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
292		010.000.1093.00	DANAZOL	Cápsula o comprimido 100 mg 50 cápsulas o comprimidos	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
293		040.000.1544.00	ERGOMETRINA	Solución inyectable 0.2 mg/ ml 50 ampolletas con 1 ml	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
294		010.000.1489.00	ESTRÓGENOS CONJUGADOS	Gragea o tableta 0.625 mg 42 grageas o tabletas	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
295		010.000.1508.00	ESTRÓGENOS CONJUGADOS Y MEDROXI PROGESTERO	Gragea 0.625 mg / 2.5 mg 28 grageas	0				0				0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

CAUSES-2N-2018

JCSSA001401					HOSPITAL REGIONAL COCULA					FARMACIA HG					
Núm.	Normatividad Aplicable	Criterios a evaluar ESTRUCTURA			Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO			Puntaje	Criterios a evaluar RESULTADOS			Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional				Evidencia Observacional				Evidencia Observacional				Criterios y Subcriterios	
		El evaluador deberá:				El evaluador deberá:				El evaluador deberá:					
		Clave	Nombre	Descripción											
296	CAUSES 2016	010.000.3412.00	INDOMETACINA	Supositorio 100 mg 6 supositorios	0	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	Verificar sistema de abasto.	0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa					
297		010.000.3412.01	INDOMETACINA	Supositorio 100 mg 15 supositorios	1						4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
298		010.000.1591.00	INMUNOGLOBULINA ANTI D	Solución inyectable 0.300 mg Frasco ampula con o sin diluyente o una jeringa o una ampolleta	1						4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
299		010.000.3044.00	MEDROXIPROGESTERO	Tabletas 10 mg 10 tabletas	0						4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
300		010.000.3045.00	MEDROXIPROGESTERO	Suspensión inyectable 150 mg/1 ml Frasco ampula o jeringa prellenada de 1ml	0						4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
301		010.000.1561.00	METRONIDAZOL	Óvulo o tableta vaginal 500 mg 10 óvulos o tabletas vaginales	1						4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
302		010.000.1566.00	NISTATINA	Óvulo o tableta vaginal 100 000 UI 12 óvulos o tabletas vaginales	1						4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
303		010.000.1562.00	NITROFURAL	Óvulo 6 mg 6 óvulos	1						4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
304		010.000.1552.00	ORCIPRENALINA	Tableta 20 mg 30 tabletas	0						4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
305		010.000.1551.00	ORCIPRENALINA	Solución inyectable. 0.5 mg/ml 3 ampolletas con 1 ml	1						4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
306		010.000.1542.00	OXITOCINA	Solución inyectable. 5 UI/ ml 50 ampolletas con 1 ml	1						4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
307		010.000.4217.00	PROGESTERONA	Perlas 200 mg 14 perlas	0						4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
308	010.000.4163.00	RALOXIFENO	Tableta 60 mg 14 tabletas	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa									
Hematología															
309		010.000.0624.01	ACENOCUMAROL	Tableta 4 mg 30 tabletas	0			0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa					
310		010.000.0624.00	ACENOCUMAROL	Tableta 4 mg 20 tabletas	1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa					

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

CAUSES-2N-2018

JCSSA001401 HOSPITAL REGIONAL COCULA					FARMACIA HG							
Núm.	Normatividad Aplicable	Criterios a evaluar ESTRUCTURA			Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO			Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD		
		Evidencia Observacional				Evidencia Observacional				Evidencia Observacional		
		El evaluador deberá:				El evaluador deberá:				El evaluador deberá:		
		Clave	Nombre	Descripción								Criterios y Subcriterios
311	CAUSES 2016	010.000.5935.00	DABIGATRÁN	Cápsula 150 mg Envase con 60 cápsulas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	Verificar sistema de abasto.	1	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
312		010.000.5551.01	DABIGATRÁN ETEXILATO	Cápsula 75 mg Envase con 60 cápsulas	0			0	0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
313		010.000.5551.00	DABIGATRÁN ETEXILATO	Cápsula 75 mg Envase con 30 cápsulas	1			1	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
314		010.000.5552.00	DABIGATRÁN ETEXILATO	Cápsula 110 mg Envase con 30 cápsulas	1			1	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
315		010.000.4241.00	DEXAMETASONA	Solución inyectable 8 mg/ 2 ml 1 ampolleta o frasco ampula con 2 ml	1			1	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
316		010.000.4242.00	ENOXAPARINA	Solución inyectable 20 mg 2 Jeringas de 0.2 ml	1			1	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
317		010.000.4224.00	ENOXAPARINA	Solución inyectable 60 mg Envase con 2 jeringas de 0.6 ml	1			1	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
318		010.000.2154.00	ENOXAPARINA	Solución inyectable 40 mg/ 0.4 ml 2 Jeringas de 0.4 ml	1			1	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
319		010.000.1732.01	FITOMENADIONA	Solución o Emulsión inyectable 2 mg 5 ampolletas con 0.2 ml	1			1	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
320		010.000.1702.00	FUMARATO FERROSO	Suspensión oral 29 mg/ml Envase con 120 ml	1			1	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
321		010.000.1701.00	FUMARATO FERROSO	Tableta 200 mg 50 tabletas	1			1	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
322		010.000.0622.00	HEPARINA	Solución inyectable 25 000 UI/ 5 ml (5000 UI/ ml) 50 frascos ampula con 5 ml	1			1	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
323		010.000.0621.00	HEPARINA	Solución inyectable 10 000 UI/ 10 ml (1000 UI/ ml) 50 frascos ampula con 10 ml	1			1	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
324		010.000.1708.00	HIDROXOCOBALAMINA	Solución inyectable 100 microgramo/ 2 ml 3 ampolletas con 2 ml	1			1	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
325		010.000.2155.01	NADROPARINA	Solución inyectable 2 850 UI Axa/0.3 ml 10 jeringas con 0.3 ml	0			0	0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

CAUSES-2N-2018

JCSSA001401 HOSPITAL REGIONAL COCULA					FARMACIA HG										
Núm.	Normatividad Aplicable	Criterios a evaluar ESTRUCTURA			Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO			Puntaje	Criterios a evaluar RESULTADOS			Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional				Evidencia Observacional				Evidencia Observacional				Criterios y Subcriterios	
		El evaluador deberá:				El evaluador deberá:				El evaluador deberá:					
		Clave	Nombre	Descripción											
326		010.000.2155.00	NADROPARINA	Solución inyectable 2 850 UI Axa/0.3 ml 2 jeringas con 0.3 ml	1			1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica			
327		010.000.4222.00	NADROPARINA	Solución inyectable 5700 UI Axa/0.6 ml Envase con 2 jeringas prellenadas con 0.6 ml	0			0				4.3 Planeación Operativa			
328		010.000.4223.00	NADROPARINA	Solución inyectable 3800 UI Axa/0.4 ml 2 jeringas prellenadas con 0.4 ml	0			0				4.1 Planeación Estratégica			
329		010.000.4221.00	NADROPARINA	Solución inyectable 15 200 UI Axa/0.8 ml Envase con 2 jeringas con 0.8 ml	0			0				4.3 Planeación Operativa			
330		010.000.1703.00	SULFATO FERROSO	Tableta 200 mg 30 tabletas	1			1				4.1 Planeación Estratégica			
331		010.000.1704.00	SULFATO FERROSO	Solución 125 mg/ ml Envase gotero con 15 ml	1			1				4.3 Planeación Operativa			
Intoxicaciones															
332	CAUSES 2016	010.000.2242.00	CARBÓN ACTIVADO	Polvo 1 kg Envase con 1 kg	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica				
333		040.000.0302.00	NALOXONA	Solución inyectable 0.4 mg/ml 10 ampolletas con 1 ml	0		0		4.3 Planeación Operativa						
Nefrología y Urología															
334		010.000.2303.00	ACETAZOLAMIDA	Solución inyectable 500 mg/ 5ml Frasco ampula con 5 ml	1		1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica				
335		010.000.2302.00	ACETAZOLAMIDA	Tableta 250 mg 20 tabletas	1		1		4.3 Planeación Operativa						
336		010.000.5319.00	DUTASTERIDA	Cápsula 0.5 mg 30 cápsulas	0		0		4.1 Planeación Estratégica						
337		010.000.2304.01	ESPIRONOLACTONA	Tableta 25 mg 30 tabletas	1		1		4.3 Planeación Operativa						
338		010.000.2156.00	ESPIRONOLACTONA	Tableta 100 mg 30 tabletas	1		1		4.1 Planeación Estratégica						
339		010.000.2304.00	ESPIRONOLACTONA	Tableta 25 mg 20 tabletas	1		1		4.3 Planeación Operativa						

CEDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN													
JCSSA001401 HOSPITAL REGIONAL COCULA													
Núm.	Normatividad Aplicable	Criterios a evaluar ESTRUCTURA			Puntaje	FARMACIA HG			Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO	Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional				Evidencia Observacional						Criterios y Subcriterios	
		El evaluador deberá:				El evaluador deberá:						Criterios y Subcriterios	
		Clave	Nombre	Descripción									
340	CAUSES 2016	010.000.2307.00	FUROSEMIDA	Tableta 40 mg 20 tabletas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
341		010.000.2308.00	FUROSEMIDA	Solución inyectable 20 mg/ 2 ml 5 ampolletas con 2 ml	1		1		4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
342		010.000.2301.00	HIDROCLOROTIAZIDA	Tableta 25 mg 20 tabletas	1		1		4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
343		010.000.2306.00	MANITOL	Solución inyectable al 20% 50 g/ 250 ml Envase con 250 ml	1		1		4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
344		010.000.5309.02	TAMSULOSINA	Cápsula de liberación prolongada 0.4 mg 30 cápsulas	1		1		4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
345		010.000.5309.01	TAMSULOSINA	Cápsula de liberación prolongada 0.4 mg 20 cápsulas	0		0		4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
346		010.000.5309.00	TAMSULOSINA	Cápsula de liberación prolongada 0.4 mg 10 cápsulas	1		1		4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
Neumología													
347		010.000.2463.00	AMBROXOL	Solución 300 mg/ 100 ml Envase con 120 ml	1		1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
348		010.000.2462.00	AMBROXOL	Comprimido 30 mg 20 comprimidos	1		1		4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
349		010.000.0426.00	AMINOFILINA	Solución inyectable 250 mg/ 10 ml 5 ampolletas de 10 ml	1		1		4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
350		010.000.0477.00	BECLOMETASONA, DIPROPIONATO DE	Suspensión en aerosol 10 mg/inhalador Envase con inhalador con 200 dosis de50 microgramo	1		1		4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
351		010.000.2508.00	BECLOMETASONA, DIPROPIONATO DE	Suspensión en aerosol 50 mg/inhalador Inhalador con 200 dosis de 250 microgramo	1		1		4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
352		010.000.2187.00	IPRATROPIO	Solución 0.25 mg/ ml Frasco ampula con 20 ml	1		1		4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
353		010.000.2162.00	IPRATROPIO	Suspensión en aerosol 0.286 mg/g Envase 15 ml	0		0		4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
354		010.000.2162.01	IPRATROPIO	Suspensión en aerosol 0.374 mg/g Envase 10 ml	1		1		4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			



CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

CAUSES-2N-2018

JCSSA001401					HOSPITAL REGIONAL COCULA					FARMACIA HG				
Núm.	Normatividad Aplicable	Criterios a evaluar ESTRUCTURA			Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO			Puntaje	Criterios a evaluar CALIDAD EN SALUD			Puntaje	
		Evidencia Observacional				Evidencia Observacional				Evidencia Observacional				
		El evaluador deberá:				El evaluador deberá:				El evaluador deberá:				
		Clave	Nombre	Descripción									MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	Subcriterios
355	CAUSES 2016	010.000.2190.01	IPRATROPIO MONOHIDRATADO, BROMURO DE	Solución para inhalación 20 µg/100 µg Envase con 120 disparos (120 dosis)	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	Verificar sistema de abasto.	1	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
356		010.000.2188.00	IPRATROPIO-SALBUTAMOL	Solución 0.50 mg/2.50 mg/2.5 ml 10 ampolletas de 2.5 ml	1			1	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
357		010.000.4330.00	MONTELUKAST	Comprimido recubierto 10 mg 30 comprimidos	1			1	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
358		010.000.4329.00	MONTELUKAST	Comprimido masticable 5 mg 30 comprimidos	1			1	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
359		010.000.4335.02	MONTELUKAST	Granulado 4 mg 30 sobres	0			0	0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
360		010.000.0439.00	SALBUTAMOL	Solución para nebulizador 0.5 g/ 100 ml Envase con 10 ml	1			1	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
361		010.000.0431.00	SALBUTAMOL	Jarabe 2 mg/ 5 ml Envase con 60 ml	1			1	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
362		010.000.0429.00	SALBUTAMOL	Suspensión en aerosol 20 mg Envase con inhalador con 200 dosis de 100 microgramo	1			1	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
363		010.000.0443.00	SALMETEROL, FLUTICASONA	Suspensión en aerosol 0.33 mg / 0.67 mg/g Envase con 120 dosis y dispositivo inhalador	1			1	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
364		010.000.0437.00	TEOFILINA	Comprimido ó tableta o cápsula de liberación prolongada 100 mg. 20 Comprimidos ó tabletas ó cápsulas de liberación prolongada	1			1	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
365		010.000.5075.00	TEOFILINA	Elixir 533 mg/100 ml Envase con 450 ml	0			0	0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
366		010.000.0438.00	TERBUTALINA	Polvo 0.5 mg/dosis Envase con inhalador para 200 dosis	0			0	0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
367		010.000.0433.00	TERBUTALINA	Tableta 5 mg 20 tabletas	0			0	0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
368		010.000.0432.00	TERBUTALINA	Solución inyectable 0.25 mg/ ml 3 ampolletas	0			0	0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			



CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN CAUSES-2N-2018

JCSSA001401 HOSPITAL REGIONAL COCULA					FARMACIA HG						
Núm.	Normatividad Aplicable	Criterios a evaluar ESTRUCTURA			Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO			Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional				Evidencia Observacional				Criterios y Subcriterios	
		El evaluador deberá:				El evaluador deberá:					
		Clave	Nombre	Descripción							
369		010.000.2263.00	TIOTROPIO, BROMURO DE	Cápsula 18 microgramo 30 cápsulas (repuesto)	1			1	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
370		010.000.2262.00	TIOTROPIO, BROMURO DE	Cápsula 18 microgramo 30 cápsulas y dispositivo inhalador	1			1	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
Neurología											
371		010.000.2620.00	ÁCIDO VALPROICO	Cápsula 250 mg 60 cápsulas	1			1	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
372		010.000.3307.00	ATOMOXETINA	Cápsula 10 mg 14 cápsulas	1			1	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
373		010.000.3308.00	ATOMOXETINA	Cápsula 40 mg 14 cápsulas	0			0	0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
374		010.000.3309.00	ATOMOXETINA	Cápsula 60 mg 14 cápsulas	1			1	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
375		040.000.2653.00	BIPERIDENO	Solución inyectable 5 mg/ ml 5 ampolletas con un ml	0			0	0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
376		040.000.2652.00	BIPERIDENO	Tableta 2 mg 50 tabletas	0			0	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
377		040.000.2608.00	CARBAMAZEPINA	Tableta 200 mg 20 tabletas	1			1	0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
378		040.000.2609.00	CARBAMAZEPINA	Suspensión oral 100 mg/ 5 ml Envase con 120 ml y dosificador de 5 ml	1			1	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
379		040.000.2164.00	CARBAMAZEPINA	Tableta 400 mg 20 tabletas	0			0	0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
380		040.000.2612.00	CLONAZEPAM	Tableta 2 mg 30 tabletas	1			1	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
381		040.000.2613.00	CLONAZEPAM	Solución 2.5 mg/ ml Envase con 10 ml y gotero integral	1			1	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
382		040.000.2614.00	CLONAZEPAM	Solución inyectable 1 mg/ml 5 ampolletas con un ml	0			0	0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
383		040.000.3215.00	DIAZEPAM	Tableta 10 mg 20 tabletas	0			0	0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa



CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN												
JCSSA001401 HOSPITAL REGIONAL COCULA												
FARMACIA HG												
Núm.	Normatividad Aplicable	Criterios a evaluar ESTRUCTURA			Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO			Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD		
		Evidencia Observacional				Evidencia Observacional				Evidencia Observacional		
		El evaluador deberá:				El evaluador deberá:				El evaluador deberá:		
		Clave	Nombre	Descripción							Criterios y Subcriterios	
384	CAUSES 2016	010.000.2610.00	FENITOÍNA	Tableta 30 mg 50 tabletas	0	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	Verificar sistema de abasto.	0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
385		010.000.2624.00	FENITOÍNA	Solución inyectable 250 mg/5 ml Una ampolleta con 5 ml	1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
386		010.000.0525.00	FENITOÍNA	Tableta o cápsula 100 mg 50 tabletas o cápsulas	1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
387		010.000.2611.00	FENITOÍNA	Suspensión oral 37.5 mg/ 5 ml Envase con 120 ml y dosificador de 5 ml	1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
388		040.000.2619.00	FENOBARBITAL	Elixir 20 mg/ 5 ml Envase con 60 ml y dosificador de 5 ml	0			0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
389		040.000.2602.00	FENOBARBITAL	Tableta 15 mg 10 tabletas	0			0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
390		040.000.2601.00	FENOBARBITAL	Tableta 100 mg 20 tabletas	0			0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
391		010.000.4359.00	GABAPENTINA	Cápsula 300 mg 15 cápsulas	0			0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
392		010.000.5664.00	LACOSAMIDA	Solución inyectable 200 mg Frasco ampula con 20 ml (10 mg/ml)	1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
393		010.000.5662.00	LACOSAMIDA	Tableta 150 mg 28 tabletas	1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
394		010.000.5660.00	LACOSAMIDA	Tableta 50 mg 14 tabletas	1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
395		010.000.5661.00	LACOSAMIDA	Tableta 100 mg 28 tabletas	1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
396		040.000.2657.01	LEVODOPA Y CARBIDOPA	Tableta de liberación prolongada 200/50 mg 100 tabletas de liberación prolongada	0			0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
397		040.000.2657.00	LEVODOPA Y CARBIDOPA	Tableta de liberación prolongada 200/50 mg 50 tabletas de liberación prolongada	1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
398		040.000.2654.00	LEVODOPA Y CARBIDOPA	Tableta 250 mg/ 25 mg 100 tabletas	0			0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		

CEDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN													CAUSES-2N-2018			
JCSSA001401 HOSPITAL REGIONAL COCULA																
					FARMACIA HG											
Núm.	Normatividad Aplicable	Criterios a evaluar ESTRUCTURA			Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO			Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL			Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD		
		Evidencia Observacional				Evidencia Observacional				Evidencia Observacional				Criterios y Subcriterios		
		El evaluador deberá:				El evaluador deberá:				El evaluador deberá:						
		Clave	Nombre	Descripción												
399		040.000.4470.01	METILFENIDATO	Tableta de liberación prolongada 18 mg 30 tabletas de liberación prolongada	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
400		040.000.4470.00	METILFENIDATO	Tableta de liberación prolongada 18 mg 15 tabletas de liberación prolongada	1									1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
401		040.000.4471.01	METILFENIDATO	Tableta de liberación prolongada 27 mg 30 tabletas de liberación prolongada	0									0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
402		040.000.5351.00	METILFENIDATO	Comprimido 10 mg 30 comprimidos.	0									0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
403		040.000.4472.01	METILFENIDATO	Tableta de liberación prolongada 36 mg 30 tabletas de liberación prolongada	0									0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
404		040.000.4472.00	METILFENIDATO	Tableta de liberación prolongada 36 mg 15 tabletas de liberación prolongada	0									0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
405		040.000.3247.00	PERFENAZINA	Solución inyectable 5 mg/ml 3 ampolletas con un ml.	0									0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
406		010.000.4356.01	PREGABALINA	Cápsula 75 mg 28 cápsulas	0									0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
407		010.000.5365.00	TOPIRAMATO	Tableta 25 mg 60 tabletas	1									1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
408		010.000.5363.00	TOPIRAMATO	Tableta 100 mg 60 tabletas	1									1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
409		040.000.2651.00	TRIHEXIFENIDILO	Tableta 5 mg 50 tabletas	1									1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
410		010.000.5359.00	VALPROATO DE MAGNESIO	Tableta de liberación prolongada 600 mg 30 tabletas	0									0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
411		010.000.2622.00	VALPROATO DE MAGNESIO	Tableta con cubierta entérica 185.6 mg 40 tabletas	1									1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
412	010.000.2623.00	VALPROATO DE MAGNESIO	Solución 186 mg/ ml Envase con 40 ml	1	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa									
413	010.000.2630.00	VALPROATO SEMISÓDICO	Tableta de liberación prolongada 500 mg 30 tabletas	1	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa									
Nutriología																



CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN										CAUSES-2N-2018					
JCSSA001401 HOSPITAL REGIONAL COCULA															
FARMACIA HG															
Núm.	Normatividad Aplicable	Criterios a evaluar ESTRUCTURA			Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO			Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL			Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional				Evidencia Observacional				Evidencia Observacional				Criterios y Subcriterios	
		El evaluador deberá:				El evaluador deberá:				El evaluador deberá:					
		Clave	Nombre	Descripción											
414		010.000.2707.00	ÁCIDO ASCÓRBICO	Tableta 100 mg 20 tabletas	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
415		010.000.1706.01	ÁCIDO FÓLICO	Tableta 5 mg 92 tabletas	0				0				0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
416		010.000.1700.00	ÁCIDO FÓLICO	Tableta 4 mg 90 tabletas	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
417		010.000.1706.00	ÁCIDO FÓLICO	Tableta 5 mg 20 tabletas	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
418		010.000.1711.00	ÁCIDO FÓLICO	Tableta 0.4 mg 90 tabletas	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
419		010.000.2714.00	COMPLEJO B	Tableta, comprimido o cápsula Tiamina 100 mg, piridoxina 5 mg, cianocobalamina 50 microgramo 30 tabletas, comprimidos o cápsulas	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN												
CAUSES-2N-2018												
JCSSA001401 HOSPITAL REGIONAL COCULA												
					FARMACIA HG							
Núm.	Normatividad Aplicable	Criterios a evaluar ESTRUCTURA			Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO			Puntaje	Criterios a evaluar PRODUCTO		
		Evidencia Observacional				Evidencia Observacional				Evidencia Observacional		
		El evaluador deberá:				El evaluador deberá:				El evaluador deberá:		
		Clave	Nombre	Descripción							Modelo de Gestión de CALIDAD EN SALUD	
											Criterios y Subcriterios	
420	CAUSES 2016	010.000.2739.00	DIETA POLIMÉRICA A BASE DE CASEINATO DE CALCIO O PROTEÍNAS, GRASAS, VITAMINAS, MINERALES	Polvo Densidad energética 0.99-1.06 Envase con 400 - 454 g con o sin sabor	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
421		030.000.0013.00	FÓRMULA DE PROTEÍNA EXTENSAMENTE HIDROLIZADA	Polvo Proteína hidrolizada de caseína o suero. Péptidos: 85% o más y de menos de 1500 Daltons; macro y micronutrientes. Envase con 400 a 454 g	0		0		4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
422		010.000.5383.00	MULTIVITAMINAS (POLIVITAMINAS) Y MINERALES	Jarabe Vitamina A, D, E, C, B1, B2, B6, B12, nicotinamina y hierro Envase con 240 ml	1		1		4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
423		010.000.4376.00	MULTIVITAMINAS (POLIVITAMINAS) Y MINERALES	Tableta, cápsula o gragea Vitamina B1, B2, B6, B12, niacinamida, E, A, D3, Acido pantoténico, sulfato ferroso, cobre, magnesio, zinc 30 tabletas, cápsulas o grageas	1		1		4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
424		010.000.5232.00	PIRIDOXINA	Tableta 300 mg 10 tabletas	0		0		4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
425		030.000.0003.00	SUCEDÁNEO DE LECHE HUMANA DE PRETÉRMINO	Polvo Densidad energética 0.80 a 0.81 Envase de lata con 400 a 454 g y medida de 4.40 a 4.50g	0		0		4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
426		030.000.0011.00	SUCEDÁNEO DE LECHE HUMANA DE TÉRMINO	Polvo Densidad energética 0.66-0.68 Envase con 400 a 454 g	0		0		4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
427		030.000.0012.00	SUCEDÁNEO DE LECHE HUMANA DE TÉRMINO SIN LACTOSA	Polvo Densidad energética 0.66-0.68 Envase con 375 a 400 g	1		1		4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
428		010.000.5395.00	TIAMINA	Solución inyectable 500 mg 3 frascos ampula	1		1		4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
429		020.000.3835.01	VITAMINA A	Solución 200 000 UI por dosis Envase con 50 dosis	0		0		4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
430		010.000.2191.00	VITAMINA A	Cápsula 50 000 UI 40 Cápsulas	1		1		4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
431		020.000.3835.00	VITAMINA A	Solución 200 000 UI por dosis Envase con 25 dosis	1		1		4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
432	010.000.1098.00	VITAMINAS A, C Y D	Solución Palmitato de retinol 7000-9000 UI, Ac.ascórbico 80-125 mg, Colecalciferol 1400-1800 UI en un ml. Envase con 15 ml	1	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa					
Oftalmología												



CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

CAUSES-2N-2018

JCSSA001401 HOSPITAL REGIONAL COCULA					FARMACIA HG										
Núm.	Normatividad Aplicable	Criterios a evaluar ESTRUCTURA			Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO			Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL			Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional				Evidencia Observacional				Evidencia Observacional				Criterios y Subcriterios	
		El evaluador deberá:				El evaluador deberá:				El evaluador deberá:					
		Clave	Nombre	Descripción											
433	CAUSES 2016	010.000.2830.00	ACICLOVIR	Ungüento oftálmico 3 g/ 100 g Envase con 4.5 g	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.		Verificar sistema de abasto.	1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
434		010.000.2172.00	ALCOHOL POLIVINÍLICO	Solución oftálmica 14 mg/ml Gotero integral con 15 ml	0				0		0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
435		010.000.2873.00	ATROPINA	Ungüento oftálmico 10 mg/g Envase con 3 g	0				0		0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
436		010.000.2872.00	ATROPINA	Solución oftálmica 10 mg/ ml Gotero integral con 15 ml	0				0		0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
437		010.000.4420.00	BRIMONIDINA-TIMOLOL	Solución oftálmica 2.00 mg / 6.80 mg Envase con gotero integral con 5 ml.	0				0		0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
438		010.000.2821.00	CLORANFENICOL	Solución oftálmica 5 mg/ml Gotero integral con 15 ml	1				1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
439		010.000.2822.00	CLORANFENICOL	Ungüento oftálmico 5 mg/g Envase con 5 g	1				1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
440		010.000.2175.00	CLORANFENICOL- SULFACETAMIDA SÓDICA	Suspensión oftálmica 0.5 g/100 ml 10g/ 100 ml Gotero integral con 5 ml	1				1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
441		010.000.2899.00	CLORURO DE SODIO	Pomada o Solución oftálmica 50 mg/g ó 6 ml Envase con 7 g o con gotero integral con 10 ml	1				1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
442		010.000.2893.00	HIPROMELOSA	Solución oftálmica 2% 20 mg/ ml Gotero integral 15 ml	1				1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
443		010.000.2814.00	HIPROMELOSA	Solución oftálmica al 0.5 % 5 mg/ ml Gotero integral con 15 ml	0				0		0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
444		010.000.2804.00	NAFAZOLINA	Solución oftálmica 1 mg/ml Gotero integral con 15 ml	1				1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
445		010.000.2824.00	NEOMICINA, POLIMIXINA B Y BACITRACINA	Ungüento oftálmico Neomicina 3.5 mg/g polimixina B 5000 U/g bacitracina 40 U/ g. Envase con 3.5 g	1				1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
446		010.000.2823.00	NEOMICINA, POLIMIXINA B Y GRAMICIDINA	Solución oftálmica Neomicina 1.75 mg/ml Polimixina B 5 000 U/ ml Gramicidina 25 microgramo/ ml. Gotero integral con 15 ml	1				1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
447		010.000.2852.00	PILOCARPINA	Solución oftálmica al 4% 40 mg/ ml Gotero integral con 15 ml	0				0		0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

CAUSES-2N-2018

JCSSA001401					HOSPITAL REGIONAL COCULA					FARMACIA HG					
Núm.	Normatividad Aplicable	Criterios a evaluar ESTRUCTURA			Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO			Puntaje	Criterios a evaluar ESTRUCTURA			Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional				Evidencia Observacional				Evidencia Observacional				Criterios y Subcriterios	
		El evaluador deberá:				El evaluador deberá:				El evaluador deberá:					
		Clave	Nombre	Descripción											
448	CAUSES 2016	010.000.2851.00	PILOCARPINA	Solución oftálmica al 2% 20 mg/ ml Gotero integral con 15 ml	0	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.		0	Verificar sistema de abasto.	0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
449		010.000.2841.00	PREDNISOLONA	Solución oftálmica 5 mg/ml Gotero integral con 5 ml	1			1		1					
450		010.000.2185.00	PREDNISOLONA	Ungüento oftálmico 5 mg/g Envase con 3 g	1			1		1					
451		010.000.2186.00	PREDNISOLONA-SULFACETAMIDA	Suspensión oftálmica Prednisolona 5 mg/ sulfacetamida 100 mg/ ml Gotero integral con 5 ml	0			0		0					
452		010.000.2829.00	SULFACETAMIDA	Solución oftálmica 0.1 g/ml Gotero integral con 15 ml	0			0		0					
453		010.000.4407.00	TETRACAÍNA	Solución oftálmica 5 mg/ ml Gotero integral con 10 ml	1			1		1					
454		010.000.2858.00	TIMOLOL	Solución oftálmica 5 mg/ ml Gotero integral con 5 ml	1			1		1					
455		010.000.2189.00	TOBRAMICINA	Solución oftálmica 3 mg/ml Gotero integral con 5 ml	0			0		0					
456		010.000.4418.00	TRAVOPROST	Solución oftálmica 40 microgramo/ml Frasco gotero con 2.5 ml	1			1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
Oncología															
457	CAUSES 2016	010.000.5233.00	ÁCIDO FOLÍNICO	Tableta 15 mg 12 tabletas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.		1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
458		010.000.2152.00	ÁCIDO FOLÍNICO	Solución inyectable 15 mg/5 ml 5 ampolletas con 5 ml	0			0		0					
459		010.000.5468.00	ÁCIDO ZOLEDRÓNICO	Solución inyectable 4.0 mg/5 ml Frasco ampula	1			1		1					
460		010.000.4429.00	DACTINOMICINA	Solución inyectable 0.5 mg Frasco ampula	0			0		0					
461		010.000.4302.00	FINASTERIDA	Gragea o tableta recubierta 5 mg 30 grageas o tabletas recubiertas	1			1		1					

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

CAUSES-2N-2018

JCSSA001401					HOSPITAL REGIONAL COCULA						
					FARMACIA HG						
Núm.	Normatividad Aplicable	Criterios a evaluar ESTRUCTURA			Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO			Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional				Evidencia Observacional				Evidencia Observacional	
		El evaluador deberá:				El evaluador deberá:				El evaluador deberá:	
		Clave	Nombre	Descripción							Criterios y Subcriterios
462		010.000.1776.00	METOTREXATO	Solución inyectable 500 mg Frasco ampula	1			1		1	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
463		010.000.1760.00	METOTREXATO	Solución inyectable 50 mg Frasco ampula	0						4. Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
464		010.000.1759.00	METOTREXATO	Tableta 2.5 mg 50 tabletas	1						4. Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
Otorrinolaringología											
465	CAUSES 2016	010.000.5451.00	CINARIZINA	Tableta 75 mg 60 tabletas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.		1	Verificar sistema de abasto.	1	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
466		010.000.3112.00	DIFENIDOL	Solución inyectable 40 mg/ 2 ml 2 ampolletas con 2 ml	1						4. Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
467		010.000.3111.00	DIFENIDOL	Tableta 25 mg 30 tabletas	1						4. Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
468		010.000.2196.00	DIMENHIDRINATO	Solución inyectable 50 mg/ml Ampolleta con 1 ml	1						4. Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
Planificación Familiar											
469		010.000.3505.00	DESOGESTREL Y ETINILESTRADIOL	Tableta Desogestrel 0.15 mg Etinilestradiol 0.03 mg 21 tabletas	1			1		1	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
470		010.000.3508.00	DESOGESTREL Y ETINILESTRADIOL	Tableta Desogestrel 0.15 mg etinilestradiol 0.03 mg 28 tabletas (21 con hormonales y 7 sin hormonales)	0						4. Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
471		010.000.3510.00	ETONOGESTREL	Implante Etonogestrel 68.0 mg Implante y aplicador	0						4. Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
472		010.000.2208.00	LEVONORGESTREL	Polvo 52 mg Envase con un dispositivo	0						4. Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
473		010.000.4526.00	LEVONORGESTREL	Gragea 0.03 mg 35 Grageas	0						4. Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
474		010.000.2210.00	LEVONORGESTREL	Comprimido o tableta 0.750 mg 2 comprimidos o tabletas	0						4. Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa



CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

CAUSES-2N-2018

JCSSA001401					HOSPITAL REGIONAL COCULA					FARMACIA HG				
Núm.	Normatividad Aplicable	Criterios a evaluar ESTRUCTURA			Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO			Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD				
		Evidencia Observacional				Evidencia Observacional				Evidencia Observacional				
		El evaluador deberá:				El evaluador deberá:				El evaluador deberá:				
		Clave	Nombre	Descripción									Criterios y Subcriterios	
475	CAUSES 2016	010.000.3507.00	LEVONORGESTREL Y ETINILESTRADIOL	Gragea Levonorgestrel 0.15 mg etinilestradiol 0.03 mg 28 Grageas (21 con hormonales y 7 sin hormonales)	0	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	0	Verificar sistema de abasto.	0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
476		010.000.3504.00	LEVONORGESTREL Y ETINILESTRADIOL	Gragea Levonorgestrel 0.15 mg Etinilestradiol 0.03 mg 21 grageas	1							1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
477		010.000.3509.00	MEDROXIPROGESTERONA Y CIPIONATO DE ESTRADIOL	Suspensión inyectable Medroxiprogesterona 25 mg/ Estradiol 5 mg/ 0.5 ml Ampolleta o jeringa prellenada con 0.5 ml	0							0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
478		010.000.3511.00	NORELGESTROMINA-ETINILESTRADIOL	Parche Norelgestromina 6 mg Etinilestradiol 0.60 mg 3 parches	0							0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
479		010.000.3503.00	NORETISTERONA	Solución inyectable 200 mg/ ml Ampolleta con 1 ml	0							0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
480		010.000.3515.00	NORETISTERONA Y ESTRADIOL	Solución inyectable 50 mg/ 5 mg/ml Ampolleta o jeringa	0							0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
481		010.000.3506.00	NORETISTERONA Y ETINILESTRADIOL	Tableta o gragea Noretisterona 0.400 mg Etinilestradiol 0.035 mg 28 tabletas o grageas (21 con hormonales y 7 sin hormonales)	1		1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
Psiquiatría														
482		040.000.2499.00	ALPRAZOLAM	Tableta 2 mg 30 tabletas	0		0		0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
483		040.000.2500.00	ALPRAZOLAM	Tableta 0.25 mg 30 tabletas	0							0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
484		040.000.3305.00	AMITRIPTILINA	Tableta 25 mg 20 tabletas	1							1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
485		010.000.4490.00	ARIPIPAZOL	Tableta 15 mg 20 tabletas	1							1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
486		010.000.4491.00	ARIPIPAZOL	Tableta 20 mg 10 tabletas	0							0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
487		010.000.4492.00	ARIPIPAZOL	Tableta 30 mg 10 tabletas	0							0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
488		010.000.5487.01	CITALOPRAM	Tableta 20 mg 28 tabletas	0							0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

CAUSES-2N-2018

JCSSA001401 HOSPITAL REGIONAL COCULA					FARMACIA HG										
Núm.	Normatividad Aplicable	Criterios a evaluar ESTRUCTURA			Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO			Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL			Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional				Evidencia Observacional				Evidencia Observacional				Criterios y Subcriterios	
		El evaluador deberá:				El evaluador deberá:				El evaluador deberá:					
		Clave	Nombre	Descripción											
489	CAUSES 2016	010.000.5487.00	CITALOPRAM	Tableta 20 mg 14 tabletas	0	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.		Verificar sistema de abasto.	0		0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
490		040.000.3259.01	CLOZAPINA	Comprimido 100 mg 50 comprimidos	0				0		0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
491		040.000.3259.00	CLOZAPINA	Comprimido 100 mg 30 comprimidos	0				0		0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
492		010.000.4485.00	DULOXETINA	Cápsula 60 mg 14 cápsulas	1				1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
493		010.000.4483.01	FLUOXETINA	Cápsula o tableta 20 mg 28 cápsulas o tabletas	1				1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
494		010.000.4483.00	FLUOXETINA	Cápsula o tableta 20 mg 14 cápsulas o tabletas	0				0		0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
495		040.000.4481.01	HALOPERIDOL	Solución inyectable 50 mg / ml 5 ampolletas con 1 ml	1				1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
496		040.000.4481.00	HALOPERIDOL	Solución inyectable 50 mg / ml 1 ampolleta con 1 ml	1				1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
497		040.000.3251.00	HALOPERIDOL	Tableta 5 mg 20 tabletas	1				1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
498		040.000.3253.00	HALOPERIDOL	Solución inyectable 5 mg/ ml 6 ampolletas con 1 ml	1				1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
499		040.000.3302.00	IMIPRAMINA	Gragea o tableta 25 mg 20 tabletas o grageas	1				1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
500		040.000.3204.00	LEVOMEPRIMAZINA	Tableta 25 mg 20 tabletas	1				1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
501		040.000.5476.00	LEVOMEPRIMAZINA	Solución inyectable 25 mg/ ml 10 ampolletas con 1 ml	0				0		0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
502		040.000.3255.00	LITIO	Tableta 300 mg 50 tabletas	0				0		0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
503		040.000.5478.00	LORAZEPAM	Tableta 1 mg 40 tabletas	0				0		0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		



CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN CAUSES-2N-2018

JCSSA001401					HOSPITAL REGIONAL COCULA					FARMACIA HG					
Núm.	Normatividad Aplicable	Criterios a evaluar ESTRUCTURA			Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO			Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL			Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional				Evidencia Observacional				Evidencia Observacional				Criterios y Subcriterios	
		El evaluador deberá:				El evaluador deberá:				El evaluador deberá:					
Núm.		Clave	Nombre	Descripción											
504		010.000.5485.00	OLANZAPINA	Tableta 5 mg 14 tabletas	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
505		010.000.5486.00	OLANZAPINA	Tableta 10 mg 14 tabletas	0				0				0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
506		010.000.5485.01	OLANZAPINA	Tableta 5 mg 28 tabletas	0				0				0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
507		010.000.5486.01	OLANZAPINA	Tableta 10 mg 28 tabletas	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
508		010.000.5481.00	PAROXETINA	Tableta 20 mg 10 tabletas	0				1				0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
509		010.000.5494.00	QUETIAPINA	Tableta de liberación prolongada 300 mg Envase con 30 tabletas de liberación prolongada.	0				0				0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
510		010.000.5489.00	QUETIAPINA	Tableta 100 mg 60 tabletas	0				0				0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
511		040.000.3268.00	RISPERIDONA	Suspensión inyectable de liberación prolongada 25 mg Frasco ampula y jeringa prellenada con 2 ml de diluyente.	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
512		040.000.3262.00	RISPERIDONA	Solución oral 1.0 mg/ml Envase con 60 ml y gotero dosificador	0				0				0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
513		040.000.3258.00	RISPERIDONA	Tableta 2 mg 40 tabletas	0				0				0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
514		040.000.4484.00	SERTRALINA	Cápsula o tableta 50 mg 14 cápsulas o tabletas	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
515		040.000.3241.01	TRIFLUOPERAZINA	Gragea o tableta 5 mg 30 grageas o tabletas	0				0				0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
516		040.000.3241.00	TRIFLUOPERAZINA	Gragea o tableta 5 mg 20 grageas o tabletas	0				0				0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
517		010.000.4488.00	VENLAFAXINA	Cápsula o gragea de liberación prolongada 75 mg. 10 cápsulas o grageas de liberación prolongada	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
518		010.000.5484.01	ZUCLOPENTIXOL	Tableta 25 mg 50 tabletas	0				0				0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa



CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

CAUSES-2N-2018

JCSSA001401			HOSPITAL REGIONAL COCULA			FARMACIA HG					
Núm.	Normatividad Aplicable	Criterios a evaluar ESTRUCTURA			Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO			Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional				Evidencia Observacional				Evidencia Observacional	
		El evaluador deberá:				El evaluador deberá:				El evaluador deberá:	
Criterios y Subcriterios											
Reumatología y Traumatología											
519		010.000.5483.00	ZUCLOPENTIXOL	Solución inyectable 200 mg Ampolleta de 1 ml	0			0	0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
520		010.000.5484.00	ZUCLOPENTIXOL	Tableta 25 mg 20 tabletas	1			1	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
Reumatología y Traumatología											
521	CAUSES 2016	010.000.2503.00	ALOPURINOL	Tableta 100 mg 20 tabletas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.		1	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
522		010.000.2503.01	ALOPURINOL	Tableta 100 mg 50 tabletas	0			0	0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
523		010.000.3451.00	ALOPURINOL	Tableta 300 mg 20 tabletas	1			1	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
524		010.000.3461.00	AZATIOPRINA	Tableta 50 mg 50 tabletas	1			1	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
525		010.000.5505.00	CELECOXIB	Cápsula 100 mg 20 cápsulas	1			1	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
526		010.000.3409.00	COLCHICINA	Tableta 1 mg 30 tabletas	1			1	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
527		010.000.5501.00	DICLOFENACO	Solución inyectable 75 mg/ 3 ml 2 ampolletas con 3 ml	1			1	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
528		010.000.3417.00	DICLOFENACO	Cápsula o gragea de liberación prolongada 100 mg 20 cápsulas o grageas	1			1	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
529		010.000.4202.00	INDOMETACINA	Solución inyectable 1 mg/2 ml Frasco ampula con 2 ml	1			1	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
530		010.000.3413.00	INDOMETACINA	Cápsula 25 mg 30 cápsulas	0			0	0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
531		010.000.2504.00	KETOPROFENO	Cápsula 100 mg 15 cápsulas	1			1	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
532		010.000.4515.00	LEFLUNOMIDA	Comprimido 100 mg 3 comprimidos	0			0	0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa



CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

CAUSES-2N-2018

JCSSA001401					HOSPITAL REGIONAL COCULA						
					FARMACIA HG						
	Normatividad Aplicable	Criterios a evaluar ESTRUCTURA			Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO			Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional				Evidencia Observacional				Criterios y Subcriterios	
		El evaluador deberá:				El evaluador deberá:				Criterios y Subcriterios	
Núm.		Clave	Nombre	Descripción							
533		010.000.4514.00	LEFLUNOMIDA	Comprimido 20 mg 30 comprimidos	0			0		0	4. Planeación 4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
534		010.000.3444.00	METOCARBAMOL	Tableta 400 mg 30 tabletas	0			0		0	4. Planeación 4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
535		010.000.3407.00	NAPROXENO	Tableta 250 mg 30 tabletas	1			1		1	4. Planeación 4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
536		010.000.3419.00	NAPROXENO	Suspensión oral 125 mg/ 5 ml Envase con 100 ml	1			1		1	4. Planeación 4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
Soluciones Electrolíticas y Sustitutos del Plasma											
537		010.000.3663.00	ALMIDÓN	Solución inyectable al 10% 10 g/100 ml 250 ml	1			1		1	4. Planeación 4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
538		010.000.3619.00	BICARBONATO DE SODIO	Solución inyectable al 7.5% 0.75 g/10 ml 50 ampolletas con 10 ml	1			1		1	4. Planeación 4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
539		010.000.3618.00	BICARBONATO DE SODIO	Solución inyectable al 7.5% 3.75 g/50 ml Envase con 50 ml	1			1		1	4. Planeación 4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
540		010.000.0524.00	CLORURO DE POTASIO	Solución inyectable 1.49 g/ 10 ml 50 ampolletas con 10 ml	1			1		1	4. Planeación 4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
541		010.000.3609.00	CLORURO DE SODIO	Solución inyectable al 0.9% 0.9 g/100 ml Envase con 500 ml	1			1		1	4. Planeación 4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
542		010.000.3626.00	CLORURO DE SODIO	Solución inyectable al 0.9% 0.9 g/ 100 ml Envase con 50 ml	1			1		1	4. Planeación 4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
543		010.000.3608.00	CLORURO DE SODIO	Solución inyectable al 0.9% 0.9 g/100 ml Envase con 250 ml	1			1		1	4. Planeación 4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
544		010.000.4551.00	DEXTRÁN	Solución inyectable al 6% Dextrán (60 000) 6 g/ 100 ml Cloruro de sodio 7.5 g/ 100 ml 250 ml	1			1		1	4. Planeación 4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa

CEDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN													CAUSES-2N-2018	
JCSSA001401					HOSPITAL REGIONAL COCULA									
					FARMACIA HG									
Núm.	Normatividad Aplicable	Criterios a evaluar ESTRUCTURA			Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO			Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD				
		Evidencia Observacional				Evidencia Observacional				Evidencia Observacional				
		El evaluador deberá:				El evaluador deberá:				El evaluador deberá:				
		Clave	Nombre	Descripción						Criterios y Subcriterios				
545	CAUSES 2016	010.000.0641.00	DEXTRÁN	Solución inyectable al 10% Dextrán (40 000) 10 g/ 100 ml glucosa 5 g/ 100 ml 500 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.		1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
546		010.000.3622.00	ELECTROLITOS ORALES	Polvo Glucosa anhidra o glucosa 13.5 g Cloruro de potasio 1.5 g Cloruro de sodio 2.6 g Citrato trisódico dihidratado 2.9 g Envase con 20.5 g	1					1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
547		010.000.3623.00	ELECTROLITOS ORALES	Polvo para solución Glucosa 20 g, KCl 1.5 g, NaCl 3.5 g, citrato trisódico 2.9 g. Envase con 27.9 g	1					1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
548		010.000.3617.00	FOSFATO DE POTASIO	Solución inyectable Potasio dibásico 1.550 g/10 ml, potasio monofásico 0.300 g/ 10 ml 50 ampolletas con 10 ml	0					0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
549		010.000.3620.01	GLUCONATO DE CALCIO	Solución inyectable al 10% 1 g/10 ml 100 ampolletas con 10 ml	1					1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
550		010.000.3620.00	GLUCONATO DE CALCIO	Solución inyectable al 10% 1 g/10 ml 50 ampolletas con 10 ml	1					1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
551		010.000.3632.00	GLUCOSA	Solución inyectable al 5% Glucosa anhidra o glucosa 5 g / 100 ml o glucosa monohidratada equivalente a 5 g de glucosa Envase con bolsa de 100 ml y adaptador para vial.	1					1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
552		010.000.3631.00	GLUCOSA	Solución inyectable al 5% Glucosa anhidra o glucosa 5 g / 100 ml o glucosa monohidratada equivalente a 5 g de glucosa Envase con bolsa de 50 ml y adaptador para vial.	1					1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
553		010.000.3607.00	GLUCOSA	Solución inyectable al 50% 50 g/ 100 ml Envase con 50 ml	1					1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
554		010.000.3606.00	GLUCOSA	Solución inyectable al 50% Glucosa anhidra 50 g/100 ml Envase con 250 ml	0					0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
555		010.000.3604.00	GLUCOSA	Solución inyectable al 10% Glucosa anhidra 10 g/ 100 ml Envase con 500 ml	1					1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
556		010.000.3605.00	GLUCOSA	Solución inyectable al 10% Glucosa anhidra 10 g/ 100 ml Envase con 1000 ml	1					1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
557		010.000.3625.00	GLUCOSA	Solución inyectable al 5% Glucosa anhidra 5 g/ 100 ml Envase con 100 ml	1					1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		



CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

CAUSES-2N-2018

JCSSA001401					HOSPITAL REGIONAL COCULA								
					FARMACIA HG								
Núm.	Normatividad Aplicable	Criterios a evaluar ESTRUCTURA			Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO			Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD			
		Evidencia Observacional				Evidencia Observacional				Evidencia Observacional			
		El evaluador deberá:				El evaluador deberá:				El evaluador deberá:			
		Clave	Nombre	Descripción							Criterios y Subcriterios		
558		010.000.3624.00	GLUCOSA	Solución inyectable al 5 % Glucosa anhidra 5 g/100 ml Envase con 50 ml	1			1	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
559		010.000.3629.00	MAGNESIO SULFATO DE	Solución inyectable 1 g/10 ml 100 ampolletas con 10 ml	1						1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
560		010.000.3661.00	POLIGELINA	Solución inyectable Poligelina 3.5 g/100 ml Envase con 500 ml	1						1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
561		010.000.3664.00	POLIGELINA	Solución inyectable Polimerizado de gelatina succinilada degradada 4 g/100 ml Envase con 500 ml	1						1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
562		010.000.3616.00	SOLUCIÓN HARTMANN	Solución inyectable Cloruro de sodio 0.600 g Cloruro de potasio 0.030 g Cloruro de calcio dihidratado 0.020 g Lactato de sodio 0.310 g, miliequivalentes por litro: sodio 130, potasio 4 calcio 2.72-3, cloruro 109, lactato 28 Envase con 1000 ml	1						1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
Odontología													
563	CAUSES 2016	060.040.8041	AGUJAS DENTALES	Tipo Carpule. Desechables. Longitud: 20-25 mm. Calibre: 30 G. Tamaño: Corta Pieza	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.		1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
564		060.040.8058	AGUJAS DENTALES	Tipo Carpule. Desechables. Longitud: 25-42 mm. Calibre: 27 G. Tamaño: Larga Envase con 100 piezas	1						1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
565		060.064.0064	ALEACIONES PARA AMALGAMA DENTAL	En tabletas de fase dispersa. Composición: Plata 68.0 - 72%. Estaño 15.0 - 21%. Cobre 10.5 - 15%. Mercurio 3% máximo. Zinc 2% máximo 0.38875 g Envase con 80 tabletas	1						1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
Planificación Familiar													
566		060.308.0227	CONDON FEMENINO	De poliuretano o látex lubricado con dos anillos flexibles en los extremos Envase con 1, 2 ó 3 piezas en empaque individual	1			1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
567		060.308.0177	CONDON MASCULINO	De hule látex Envase con 100 piezas	1						1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa



CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN										CAUSES-2N-2018	
JCSSA001401					HOSPITAL REGIONAL COCULA						
					FARMACIA HG						
Núm.	Normatividad Aplicable	Criterios a evaluar ESTRUCTURA			Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO			Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional				Evidencia Observacional				Evidencia Observacional	
		El evaluador deberá:				El evaluador deberá:				El evaluador deberá:	
		Clave	Nombre	Descripción							
568		060.308.0029	DISPOSITIVOS	Intrauterino. T de cobre, 380 A. Anticonceptivo estéril con 380 mm2, de cobre, plástico grado médico 77% y sulfato de bario USP 23%, con filamento largo de 30 cm con tubo insertor, tope y émbolo insertor Pieza	1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa

CEDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN															
CAUSES-2N-2018															
JCSSA001401 HOSPITAL REGIONAL COCULA															
FARMACIA HG															
Núm.	Normatividad Aplicable	Criterios a evaluar ESTRUCTURA			Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar RESULTADOS		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD			
		Evidencia Observacional				Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Criterios y Subcriterios			
		El evaluador deberá:				El evaluador deberá:			El evaluador deberá:						
Clave	Nombre	Descripción													
569	CAUSES 2016	060.308.0151	DISPOSITIVOS	Intrauterino. Cu 375 corto. Anticonceptivo de polietileno estéril con 375 mm2, de cobre, con brazos laterales, curvados y flexibles, con 5 nódulos de retención cada uno, que le dan un ancho total de 16 a 20.5 mm. Filamento de 20 a 25 cm de longitud, con tubo insertor con tope cervical Pieza	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa				
570		060.308.0169	DISPOSITIVOS	Intrauterino. Cu 375 estándar. Anticonceptivo de polietileno estéril con 375 mm2, de cobre, con brazos laterales, curvados y flexibles, con 5 nódulos de retención cada uno, que le da un ancho total de 16 a 20.5 mm. Filamento de 20 a 25 cm de longitud, con tubo insertor con tope cervical Pieza	1							1	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
571		060.308.0193	DISPOSITIVOS	Intrauterino, T de cobre para nuliparas, estéril, con 380 mm2 de cobre enrollado con bordes redondos, con longitud horizontal de 22.20 a 23.20 mm, longitud vertical de 28.0 a 30.0 mm, filamento de 20 a 25 cm, bastidor con una mezcla del 77 al 85% de plástico grado médico y del 15 al 23% de sulfato de bario, con tubo insertor y aplicador montable con tope cervical Pieza	1							1	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
					408			408			408				
CALIFICACIÓN FARMACIA HG					71.45%										

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN											CAUSES-2N-2018		
JCSSA001401					HOSPITAL REGIONAL COCULA								
Criterios a evaluar ESTRUCTURA					FARMACIA HMI								
Normatividad Aplicable	Evidencia Observacional				Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
	El evaluador deberá:					Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Criterios y Subcriterios	
	El evaluador deberá:					El evaluador deberá:			El evaluador deberá:				
Núm.		Clave	Nombre	Descripción	Analgesia								
1	CAUSES 2016	010.000.0103.00	ÁCIDO ACETILSALICÍLICO	Tableta soluble o efervescente 300 mg 20 tabletas solubles o efervescentes	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
2	CAUSES 2016	010.000.0101.00	ÁCIDO ACETILSALICÍLICO	Tableta 500 mg 20 tabletas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
3	CAUSES 2016	040.000.2100.01	BUPRENORFINA	Tableta sublingual 0.2 mg 20 tabletas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
4	CAUSES 2016	040.000.2098.00	BUPRENORFINA	Parche 20 mg Envase con 4 parches	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
5	CAUSES 2016	040.000.2097.00	BUPRENORFINA	Parche 30 mg Envase con 4 parches	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
6	CAUSES 2016	040.000.4026.00	BUPRENORFINA	Solución inyectable 0.30 mg/ ml 6 ampolletas o frasco ampula con 1 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
7	CAUSES 2016	040.000.2100.00	BUPRENORFINA	Tableta sublingual 0.2 mg 10 tabletas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
8	CAUSES 2016	010.000.4028.00	CLONIXINATO DE LISINA	Solución inyectable 100 mg/ 2 ml 5 ampolletas con 2 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
9	CAUSES 2016	010.000.0247.00	DEXMEDETOMIDINA	Solución inyectable 200 microgramo 1 frasco ampula	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
10	CAUSES 2016	010.000.4036.00	ETOFENAMATO	Solución inyectable 1 g Ampolleta de 2 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
11	CAUSES 2016	010.000.3422.00	KETOROLACO	Solución Inyectable 30 mg 3 frascos ampula ó 3 ampolletas 1 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
12	CAUSES 2016	010.000.0109.00	METAMIZOL SÓDICO	Solución inyectable 1 g/ 2 ml 3 ampolletas con 2 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
13	CAUSES 2016	010.000.0108.00	METAMIZOL SÓDICO	Comprimido 500 mg 10 comprimidos	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
14	CAUSES 2016	040.000.2099.00	MORFINA	Solución inyectable 2.5 mg 5 ampolletas con 2.5 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
15	CAUSES 2016	040.000.4029.00	MORFINA	Tableta 30 mg 20 tabletas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN										CAUSES-2N-2018
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	----------------

JCSSA001401				HOSPITAL REGIONAL COCILA									
				FARMACIA HMI									
	Normatividad Aplicable	Criterios a evaluar ESTRUCTURA			Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional				Evidencia Observacional			Evidencia Observacional				
		El evaluador deberá:				El evaluador deberá:			El evaluador deberá:				
Núm.		Clave	Nombre	Descripción									
Analgesia													
16	CAUSES 2016	040.000.4032.00	OXICODONA	Tableta de liberación prolongada 20 mg 30 tabletas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
17	CAUSES 2016	040.000.4033.00	OXICODONA	Tableta de liberación prolongada 10 mg 30 tabletas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
18	CAUSES 2016	010.000.0514.02	PARACETAMOL	Supositorio 100 mg 10 supositorios	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
19	CAUSES 2016	010.000.0105.00	PARACETAMOL	Supositorio 300 mg 3 supositorios	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
20	CAUSES 2016	010.000.0104.00	PARACETAMOL	Tableta 500 mg 10 tabletas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
21	CAUSES 2016	010.000.0106.00	PARACETAMOL	Solución oral 100 mg/ml Envase con gotero 15 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
22	CAUSES 2016	010.000.5720.00	PARACETAMOL	Solución inyectable 500 mg / 50ml Frasco ampula con 50 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
23	CAUSES 2016	010.000.5721.00	PARACETAMOL	Solución inyectable 1g / 100ml Frasco ampula con 100 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
24	CAUSES 2016	040.000.2106.00	TRAMADOL	Solución inyectable 100 mg/ 2 ml 5 ampolletas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
25	CAUSES 2016	040.000.2096.00	TRAMADOL-PARACETAMOL	Tableta 37.5 mg / 325.0 mg 20 tabletas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
Anestesia													
26	CAUSES 2016	010.000.0204.00	ATROPINA	Solución inyectable 1 mg/ml 50 ampolletas con 1 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
27	CAUSES 2016	010.000.4055.00	BUPIVACAÍNA	Solución inyectable Bupivacaína 15 mg Dextrosa 240 mg 5 ampolletas con 3 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
28	CAUSES 2016	010.000.0271.00	BUPIVACAÍNA	Solución inyectable 5 mg/ml Envase con 30 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
29	CAUSES 2016	010.000.4061.00	CISATRACURIO, BESILATO DE	Solución inyectable 10 mg/5 ml (2 mg/ml) Ampolleta con 5 ml (10 mg/5 ml)	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN											CAUSES-2N-2018			
JCSSA001401			HOSPITAL REGIONAL COCULA											
	Normatividad Aplicable	Criterios a evaluar ESTRUCTURA			Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO			Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional				Evidencia Observacional				Evidencia Observacional				
		El evaluador deberá:				El evaluador deberá:				El evaluador deberá:			Criterios y Subcriterios	
Núm.		Clave	Nombre	Descripción	Analgesia									
30	CAUSES 2016				1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
31	CAUSES 2016				1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
32	CAUSES 2016				1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
33	CAUSES 2016				1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
34	CAUSES 2016				1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
35	CAUSES 2016				1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
36	CAUSES 2016				1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
37	CAUSES 2016				1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
38	CAUSES 2016				1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
39	CAUSES 2016				1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
40	CAUSES 2016				1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
41	CAUSES 2016				1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
42	CAUSES 2016				1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
43	CAUSES 2016				1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
44	CAUSES 2016				1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN											CAUSES-2N-2018		
JCSSA001401				HOSPITAL REGIONAL COCULA									
Criterios a evaluar ESTRUCTURA					FARMACIA HMI								
Normatividad Aplicable	Evidencia Observacional				Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
	El evaluador deberá:					Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Criterios y Subcriterios	
	El evaluador deberá:					El evaluador deberá:			El evaluador deberá:				
Núm.		Clave	Nombre	Descripción									
Analgesia													
45	CAUSES 2016	010.000.0291.00	NEOSTIGMINA	Solución inyectable 0.5 mg/ ml 6 ampolletas con 1 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
46	CAUSES 2016	010.000.0246.00	PROPOFOL	Emulsión inyectable 200 mg/20 ml 5 ampolletas o frascos ampula de 20 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
47	CAUSES 2016	010.000.4059.00	ROCURONIO, BROMURO DE	Solución inyectable 50 mg/5 ml 12 ampolletas o frasco ampula 5 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
48	CAUSES 2016	010.000.0269.00	ROPIVACAÍNA	Solución inyectable 40 mg/20 ml 5 ampolletas con 20 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
49	CAUSES 2016	010.000.0233.00	SEVOFLURANO	Líquido o solución 250 ml Envase con 250 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
50	CAUSES 2016	010.000.0252.00	SUXAMETONIO, CLORURO DE	Solución inyectable 40 mg/2 ml 5 ampolletas con 2 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
51	CAUSES 2016	040.000.0221.00	TIOFENTAL SÓDICO	Solución inyectable 0.5 g/20 ml Frasco ampula y diluyente con 20 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
52	CAUSES 2016	010.000.0254.00	VECURONIO	Solución inyectable 4 mg/1 ml 50 frascos ampula con liofilizado y 50ampolletas con 1 ml de diluyente	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
Cardiología													
53	CAUSES 2016	010.000.5099.00	ADENOSINA	Solución inyectable 6 mg 6 frascos ampula con 2 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
54	CAUSES 2016	010.000.4107.00	AMIODARONA	Solución inyectable 150 mg 6 ampolletas con 3 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
55	CAUSES 2016	010.000.4110.00	AMIODARONA	Tableta 200 mg 20 tabletas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
56	CAUSES 2016	010.000.2111.01	AMLODIPINO	Tableta o cápsula 5 mg 30 tabletas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
57	CAUSES 2016	010.000.2530.00	CANDESARTÁN CILEXETILO-HIDROCLOROTIAZIDA	Tableta 16.0 mg/12.5mg 28 tabletas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
58	CAUSES 2016	010.000.0574.00	CAPTOPRIL	Tableta 25 mg 30 tabletas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN											CAUSES-2N-2018		
JCSSA001401				HOSPITAL REGIONAL COCHILA		FARMACIA HMI							
Núm.	Normatividad Aplicable	Criterios a evaluar ESTRUCTURA			Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional				Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Criterios y Subcriterios	
		El evaluador deberá:				El evaluador deberá:			El evaluador deberá:				
Clave	Nombre	Descripción			Analgesia								
59	CAUSES 2016	010.000.2101.00	CLONIDINA	Comprimido 0.1 mg 30 comprimidos	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
60	CAUSES 2016	010.000.4246.01	CLOPIDOGREL	Gragea o tableta 75 mg 28 grageas o tabletas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
61	CAUSES 2016	010.000.4246.00	CLOPIDOGREL	Gragea o tableta 75 mg 14 grageas o tabletas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
62	CAUSES 2016	010.000.0561.00	CLORTALIDONA	Tableta 50 mg 20 tabletas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
63	CAUSES 2016	010.000.0504.00	DIGOXINA	Solución inyectable 0.5 mg/2 ml 6 ampolletas de 2 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
64	CAUSES 2016	010.000.0502.00	DIGOXINA	Tableta 0.25 mg 20 tabletas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
65	CAUSES 2016	010.000.0503.00	DIGOXINA	Elixir 0.05 mg/ml Envase con 60 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
66	CAUSES 2016	010.000.0615.00	DOBUTAMINA	Solución inyectable 250 mg 5 ampolletas con 5 ml cada una o un frasco ampula con 20 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
67	CAUSES 2016	010.000.0614.00	DOPAMINA	Solución inyectable 200 mg/ 5 ml 5 ampolletas con 5 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
68	CAUSES 2016	010.000.2501.00	ENALAPRIL O LISINOPRIL O RAMIPRIL	Cápsula o tableta 10 mg. 30 cápsulas o tabletas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
69	CAUSES 2016	010.000.0611.00	EPINEFRINA	Solución inyectable 1 mg (1:1 000) 50 ampolletas de 1.0 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
70	CAUSES 2016	010.000.5104.00	ESMOLOL	Solución inyectable 100 mg/ 10 ml Frasco ampula con 10 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
71	CAUSES 2016	010.000.0570.00	HIDRALAZINA	Tableta 10 mg 20 tabletas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
72	CAUSES 2016	010.000.4201.00	HIDRALAZINA	Solución inyectable 20 mg 5 ampolletas con 1.0 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
73	CAUSES 2016	010.000.2116.00	HIDRALAZINA	Solución inyectable 10 mg/ ml 5 ampolletas con 1.0 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN											CAUSES-2N-2018		
JCSSA001401			HOSPITAL REGIONAL COCULA										
	Normatividad Aplicable	Criterios a evaluar ESTRUCTURA			Puntaje	FARMACIA HMI		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional				Criterios a evaluar PROCESO			Evidencia Observacional				
		El evaluador deberá:				Evidencia Observacional			El evaluador deberá:				
Núm.		Clave	Nombre	Descripción								Criterios y Subcriterios	
Analgesia													
74	CAUSES 2016				1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
75	CAUSES 2016				1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
76	CAUSES 2016				1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
77	CAUSES 2016				1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
78	CAUSES 2016				1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
79	CAUSES 2016				1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
80	CAUSES 2016				1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
81	CAUSES 2016				1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
82	CAUSES 2016				1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
83	CAUSES 2016				1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
84	CAUSES 2016				1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
85	CAUSES 2016				1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
86	CAUSES 2016				1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
87	CAUSES 2016				1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
88	CAUSES 2016				1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN											CAUSES-2N-2018	
HOSPITAL REGIONAL COCULA												
FARMACIA HMI												
Núm.	Causas	Clave	Nombre	Descripción	Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD
						Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			
						El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			
Analgesia												
89	CAUSES 2016	010.000.4111.00	TRINITRATO DE GLICERILO	Parche 5 mg/día 7 parches	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
90	CAUSES 2016	010.000.0591.00	TRINITRATO DE GLICERILO	Cápsula o tableta masticable 0.8 mg 24 cápsulas o tabletas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
91	CAUSES 2016	010.000.4114.00	TRINITRATO DE GLICERILO	Solución inyectable 50 mg/10 ml Frasco ampula con 10 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
92	CAUSES 2016	010.000.0598.00	VERAPAMILLO	Solución inyectable 5 mg/ 2 ml Ampolleta con 2 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
93	CAUSES 2016	010.000.0596.00	VERAPAMILLO	Gragea o tableta recubierta 80 mg 20 grageas o tabletas recubiertas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
94	CAUSES 2016	010.000.0623.00	WARFARINA	Tableta 5 mg 25 Tabletetas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN CAUSES-2N-2018

JCSSA001401					HOSPITAL REGIONAL COCULA								
	Normatividad Aplicable	Criterios a evaluar ESTRUCTURA			Puntaje	FARMACIA HMI		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional				Criterios a evaluar PROCESO			Evidencia Observacional			EN SALUD	
		El evaluador deberá:				Evidencia Observacional			El evaluador deberá:			Criterios y Subcriterios	
Núm.		Clave	Nombre	Descripción									
Analgesia													
Dermatología													
95	CAUSES 2016	010.000.0871.00	ALIBOUR	Polvo Sulfato de cobre 177 mg/g Sulfato de zinc 619.5 mg/g alcanfor 26.5 mg/g 12 sobres con 2.2 g	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
96	CAUSES 2016	010.000.0801.00	BAÑO COLOIDE	Polvo Harina de soya 965 mg/g Polividona 20 mg/g Un sobre con 90 g	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
97	CAUSES 2016	010.000.2119.00	BETAMETASONA	Ungüento 50 mg/ 100 g Envase con 30 g	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
98	CAUSES 2016	010.000.4136.00	CLINDAMICINA	Gel 1 g/ 100 g Envase con 30 g	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
99	CAUSES 2016	010.000.0813.00	HIDROCORTISONA	Crema 1 mg/g Envase con 15 g	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
100	CAUSES 2016	010.000.2024.00	ISOCONAZOL	Crema 1 g/ 100 g Envase con 20 g	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
101	CAUSES 2016	010.000.0891.00	MICONAZOL	Crema 20 mg/ 1 g Envase con 20 g	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
102	CAUSES 2016	010.000.0804.00	ÓXIDO DE ZINC	Pasta 25 g/100 g Envase con 30 g	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
103	CAUSES 2016	010.000.4126.00	SULFADIAZINA DE PLATA	Crema 1 g / 100 g Envase con 375 g	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
Endocrinología y Metabolismo													
104	CAUSES 2016	010.000.5106.00	ATORVASTATINA	Tableta 20 mg 10 tabletas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
105	CAUSES 2016	010.000.0655.00	BEZAFIBRATO	Tableta 200 mg 30 tabletas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
106	CAUSES 2016	010.000.1096.00	BROMOCRIPTINA	Tableta 2.5 mg 14 tabletas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
107	CAUSES 2016	010.000.1006.00	CALCIO	Comprimido efervescente 500 mg 12 comprimidos	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN											CAUSES-2N-2018	
JCSSA001401				HOSPITAL REGIONAL COCULA								
Criterios a evaluar ESTRUCTURA					FARMACIA HMI		Criterios a evaluar DOCUMENTAL			MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD		
Normatividad Aplicable	Evidencia Observacional				Puntaje	Evidencia Observacional		Puntaje	Evidencia Observacional			
	El evaluador deberá:					El evaluador deberá:			El evaluador deberá:		Criterios y Subcriterios	
Núm.		Clave	Nombre	Descripción								
Analgesia												
108	CAUSES 2016	010.000.1095.00	CALCITRIOL	Cápsula de gelatina blanda 0.25 microgramo 50 cápsulas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
109	CAUSES 2016	010.000.3432.00	DEXAMETASONA	Tableta 0.5 mg 30 tabletas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
110	CAUSES 2016	010.000.4024.05	EZETIMIBA	Tableta 10 mg 30 tabletas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
111	CAUSES 2016	010.000.1042.00	GLIBENCLAMIDA	Tableta 5 mg 50 tabletas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
112	CAUSES 2016	010.000.4156.00	INSULINA ASPÁRTICA	Solución inyectable 100 UI/ml Frasco ampula con 10 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
113	CAUSES 2016	010.000.4165.01	INSULINA DETEMIR	Solución inyectable 100 U (14.20 mg) Envase con 5 plumas prellenadas con 3 ml (100 U/ml)	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
114	CAUSES 2016	010.000.4165.00	INSULINA DETEMIR	Solución inyectable 100 U (14.20 mg) Envase con 1 pluma prellenada con 3 ml (100 U/ml)	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
115	CAUSES 2016	010.000.4158.01	INSULINA GLARGINA	Solución inyectable 3.64 mg/ml Envase con 5 cartuchos de vidrio con 3 ml en dispositivo desechable	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
116	CAUSES 2016	010.000.4158.00	INSULINA GLARGINA	Solución inyectable 3.64 mg/ml Envase con un frasco ampula con 10 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
117	CAUSES 2016	010.000.1051.00	INSULINA HUMANA	Solución inyectable 100 UI/ml Un frasco ampula con 5 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
118	CAUSES 2016	010.000.4157.00	INSULINA HUMANA	Suspensión inyectable 100 UI/ml Un frasco ampula con 10 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
119	CAUSES 2016	010.000.1051.01	INSULINA HUMANA	Solución inyectable 100 UI/ml Un frasco ampula con 10 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
120	CAUSES 2016	010.000.1050.01	INSULINA HUMANA	Suspensión inyectable 100 UI/ml Un frasco ampula con 10 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
121	CAUSES 2016	010.000.1050.00	INSULINA HUMANA	Suspensión inyectable 100 UI/ml Un frasco ampula con 5 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
122	CAUSES 2016	010.000.4162.00	INSULINA LISPRO	Solución inyectable 100 UI/ml Frasco ampula con 10 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN												CAUSES-2N-2018	
JCSSA001401 HOSPITAL REGIONAL COCUILA													
	Normatividad Aplicable	Criterios a evaluar ESTRUCTURA			Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional				Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Criterios y Subcriterios	
		El evaluador deberá:				El evaluador deberá:			El evaluador deberá:				
Núm.		Clave	Nombre	Descripción									
Analgesia													
123	CAUSES 2016	010.000.4148.00	INSULINA LISPRO, LISPRO PROTAMINA	Suspensión inyectable 100 UI 2 cartuchos con 3 ml o frasco ampula con 10 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	
124	CAUSES 2016	010.000.1007.00	LEVOTIROXINA	Tableta 100 microgramo 100 tabletas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	
125	CAUSES 2016	010.000.5621.00	LINAGLIPTINA	Tableta 5 mg 30 tabletas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	
126	CAUSES 2016	010.000.5165.00	METFORMINA	Tableta 850 mg 30 tabletas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	
127	CAUSES 2016	010.000.3433.00	METILPREDNISOLONA	Suspensión inyectable 40 mg/ ml Frasco ampula con 2 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	
128	CAUSES 2016	010.000.0476.00	METILPREDNISOLONA	Solución inyectable 500 mg/ 8 ml 50 frascos ampula y 50 ampolletas con 8 ml de diluyente	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	
129	CAUSES 2016	010.000.0657.00	PRAVASTATINA	Tableta 10 mg 30 tabletas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	
130	CAUSES 2016	010.000.0472.00	PREDNISONA	Tableta 5 mg 20 tabletas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	
131	CAUSES 2016	010.000.0473.00	PREDNISONA	Tableta 50 mg 20 tabletas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	
132	CAUSES 2016	010.000.4124.00	SIMVASTATINA	Tableta 20 mg 14 tabletas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	
133	CAUSES 2016	010.000.4124.01	SIMVASTATINA	Tableta 20 mg 30 tabletas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	
134	CAUSES 2016	010.000.4152.00	SITAGLIPTINA	Comprimido 100 mg 14 comprimidos	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	
135	CAUSES 2016	010.000.4152.01	SITAGLIPTINA	Comprimido 100 mg 28 comprimidos	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	
136	CAUSES 2016	010.000.1022.00	TIAMAZOL	Tableta 5 mg 20 tabletas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	
137	CAUSES 2016	010.000.5620.00	VILDAGLIPTINA	Comprimido 50 mg 28 comprimidos	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	

CEDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN													
HOSPITAL REGIONAL COCUILA													
JCSSA001401													
Normatividad Aplicable	Criterios a evaluar ESTRUCTURA				Puntaje	FARMACIA HMI		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
	Evidencia Observacional					Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Criterios y Subcriterios	
	El evaluador deberá:					El evaluador deberá:			El evaluador deberá:				
Núm.	Clave	Nombre	Descripción			Analgesia							
Enfermedades Infecciosas y Parasitarias													
138	CAUSES 2016	010.000.2126.00	ACICLOVIR	Comprimido o tableta 400 mg 35 comprimidos o tabletas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
139	CAUSES 2016	010.000.4264.00	ACICLOVIR	Solución inyectable 250 mg 5 frascos ampula	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
140	CAUSES 2016	010.000.4263.00	ACICLOVIR	Comprimido o tableta 200 mg 25 comprimidos o tabletas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
141	CAUSES 2016	010.000.1344.00	ALBENDAZOL	Tableta 200 mg 2 tabletas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
142	CAUSES 2016	010.000.1345.00	ALBENDAZOL	Suspensión oral 400 mg/20 ml Envase con 20 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
143	CAUSES 2016	010.000.2012.00	AMFORTERICINA B	solución inyectable 50 mg Frasco ampula	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
144	CAUSES 2016	010.000.1956.00	AMIKACINA	Solución inyectable 500 mg/ 2 ml 1 ampolleta o frasco ampula	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
145	CAUSES 2016	010.000.1957.00	AMIKACINA	Solución inyectable 100 mg/ 2 ml 1 ampolleta o frasco ampula	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
146	CAUSES 2016	010.000.1957.01	AMIKACINA	Solución inyectable 100 mg/ 2 ml 2 ampolletas o frasco ampula	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
147	CAUSES 2016	010.000.1956.01	AMIKACINA	Solución inyectable 500 mg/ 2 ml 2 ampolletas o frasco ampula	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
148	CAUSES 2016	010.000.2128.01	AMOXICILINA	Cápsula 500 mg 15 cápsulas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
149	CAUSES 2016	010.000.2127.00	AMOXICILINA	Suspensión 500 mg/ 5 ml Envase para 75 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
150	CAUSES 2016	010.000.2128.00	AMOXICILINA	Cápsula 500 mg 12 cápsulas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
151	CAUSES 2016	010.000.2230.01	AMOXICILINA-ACIDO CLAVULÁNICO	Tableta 500 mg/125 mg 16 tabletas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN												CAUSES-2N-2018	
JCSSA001401				HOSPITAL REGIONAL COCUILA				FARMACIA HMI					
Núm.	Criterios a evaluar ESTRUCTURA	Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD				
			Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			EN SALUD				
			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			Criterios y Subcriterios				
Clave	Nombre	Descripción		Analgesia									
152	CAUSES 2016	010.000.2130.00	AMOXICILINA-ACIDO CLAVULÁNICO	Solución inyectable 500 mg/100 mg Envase con un frasco ampula con 10 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
153	CAUSES 2016	010.000.2129.00	AMOXICILINA-ACIDO CLAVULÁNICO	Suspensión 125 mg/31.25 mg/ 5 ml Envase con 60 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
154	CAUSES 2016	010.000.2230.00	AMOXICILINA-ACIDO CLAVULÁNICO	Tableta 500 mg/125 mg 12 tabletas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
155	CAUSES 2016	010.000.1930.00	AMPICILINA	Suspensión 250 mg/ 5 ml Envase para 60 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
156	CAUSES 2016	010.000.1931.00	AMPICILINA	Solución inyectable 500 mg/2 ml Frasco ampula y diluyente con 2 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
157	CAUSES 2016	010.000.1929.00	AMPICILINA	Tableta o cápsula 500 mg 20 tabletas o cápsulas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
158	CAUSES 2016	010.000.1969.01	AZITROMICINA	Tableta 500 mg 4 tabletas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
159	CAUSES 2016	010.000.1938.00	BENCILPENICILINA BENZATÍNICA COMPUERTA	Suspensión inyectable Benzatinica 600 000 UI Procaínica 300 000 UI Cristalina 300 000 UI Frasco ampula y diluyente con 3 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
160	CAUSES 2016	010.000.2510.00	BENCILPENICILINA PROCAÍNICA	Suspensión inyectable 2 400 000 UI Frasco ampula con diluyente	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
161	CAUSES 2016	010.000.1923.00	BENCILPENICILINA PROCAÍNICA CON BENCILPENICILINA CRISTALINA	Suspensión inyectable 300 000 UI /100 000 UI Frasco ampula y diluyente con 2 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
162	CAUSES 2016	010.000.1924.00	BENCILPENICILINA PROCAÍNICA CON BENCILPENICILINA CRISTALINA	Suspensión inyectable 600 000 UI/200 000 UI Frasco ampula y diluyente con 2 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
163	CAUSES 2016	010.000.1933.00	BENCILPENICILINA SÓDICA CRISTALINA	Solución inyectable 5 000 000 UI Frasco ampula	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
164	CAUSES 2016	010.000.1921.00	BENCILPENICILINA SÓDICA CRISTALINA	Solución inyectable 1 000 000 UI Frasco ampula con o sin 2 ml de diluyente	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
165	CAUSES 2016	010.000.1925.00	BENZATINA BENCILPENICILINA	Suspensión inyectable 1 200 000 UI Frasco ampula y diluyente con 5 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
166	CAUSES 2016	010.000.1939.00	CEFALEXINA	Tableta ó cápsula 500 mg 20 tabletas ó cápsulas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN											CAUSES-2N-2018			
JCSSA001401			HOSPITAL REGIONAL COCHILA											
	Normatividad Aplicable	Criterios a evaluar ESTRUCTURA			Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO			Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional				Evidencia Observacional				Evidencia Observacional				
		El evaluador deberá:				El evaluador deberá:				El evaluador deberá:			Criterios y Subcriterios	
Núm.		Clave	Nombre	Descripción										
Analgesia														
167	CAUSES 2016	010.000.5256.00	CEFALOTINA	Solución inyectable 1 g/5 ml Frasco ámpula y 5 ml de diluyente	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
168	CAUSES 2016	010.000.5295.00	CEFEPIMA	Solución inyectable 1 g/3 ó 10 ml Frasco ámpula y 3 ml de diluyente.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
169	CAUSES 2016	010.000.5295.01	CEFEPIMA	Solución inyectable 1 g/3 ó 10 ml Frasco ámpula y 10 ml de diluyente.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
170	CAUSES 2016	010.000.5284.00	CEFEPIMA	Solución inyectable 500 mg/5 ml Frasco ámpula y 5 ml de diluyente	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
171	CAUSES 2016	010.000.1935.00	CEFOTAXIMA	Solución inyectable 1 g/4 ml Frasco ámpula y 4 ml de diluyente	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
172	CAUSES 2016	010.000.1937.00	CEFTRIAXONA	Solución inyectable 1 g/10 ml Frasco ámpula y 10 ml de diluyente	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
173	CAUSES 2016	010.000.4255.00	CIPROFLOXACINO	Cápsula ó tableta 250 mg 8 cápsulas ó tabletas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
174	CAUSES 2016	010.000.4259.00	CIPROFLOXACINO	Solución inyectable 200 mg/100 ml Envase con 100 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
175	CAUSES 2016	010.000.4258.00	CIPROFLOXACINO	Suspensión 250 mg/5 ml Envase con 5 g y 93 ml de diluyente	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
176	CAUSES 2016	010.000.2132.00	CLARITROMICINA	Tableta 250 mg 10 tabletas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
177	CAUSES 2016	010.000.1976.00	CLINDAMICINA	Solución inyectable 900 mg/50 ml Frasco con 50 ml.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
178	CAUSES 2016	010.000.1973.00	CLINDAMICINA	Solución inyectable 300 mg/2 ml Ampolleta con 2 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
179	CAUSES 2016	010.000.2133.00	CLINDAMICINA	Cápsula 300 mg 16 cápsulas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
180	CAUSES 2016	010.000.1991.00	CLORANFENICOL	Cápsula 500 mg 20 cápsulas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
181	CAUSES 2016	010.000.0906.00	DAPSONA	Tableta 100 mg 1000 tabletas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN												CAUSES-2N-2018	
JCSSA001401		HOSPITAL REGIONAL COCHILA				FARMACIA HMI							
Núm.	Normatividad Aplicable	Criterios a evaluar ESTRUCTURA			Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional				Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Criterios y Subcriterios	
		El evaluador deberá:				El evaluador deberá:			El evaluador deberá:				
Clave	Nombre	Descripción			Analgesia								
182	CAUSES 2016	010.000.1927.00	DICLOXACILINA	Suspensión 250 mg/ 5 ml Envase para 60 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
183	CAUSES 2016	010.000.1928.00	DICLOXACILINA	Solución inyectable 250 mg/5 ml Frasco ampula y 5 ml de diluyente	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
184	CAUSES 2016	010.000.1926.00	DICLOXACILINA	Cápsula o comprimido 500 mg 20 cápsulas o comprimidos	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
185	CAUSES 2016	010.000.1940.00	DOXICICLINA	Cápsula o tableta 100 mg 10 cápsulas o tabletas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
186	CAUSES 2016	010.000.1941.00	DOXICICLINA	Cápsula o tableta 50 mg 28 cápsulas o tabletas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
187	CAUSES 2016	010.000.1971.00	ERITROMICINA	Cápsula o tableta 500 mg 20 cápsulas o tabletas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
188	CAUSES 2016	010.000.1972.00	ERITROMICINA	Suspensión 250 mg/ 5 ml Envase para 100 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
189	CAUSES 2016	010.000.1955.00	GENTAMICINA	Solución inyectable 20 mg Ampolleta con 2 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
190	CAUSES 2016	010.000.1954.00	GENTAMICINA	Solución inyectable 80 mg Ampolleta con 2 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
191	CAUSES 2016	010.000.5287.00	IMIPENEM Y CILASTATINA	Solución inyectable 250 mg/250 mg Envase con un frasco ampula	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
192	CAUSES 2016	010.000.5265.00	IMIPENEM Y CILASTATINA	Solución inyectable 500 mg/ 500 mg Envase con un frasco ampula	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
193	CAUSES 2016	010.000.2018.00	ITRACONAZOL	Cápsula 100 mg 15 cápsulas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
194	CAUSES 2016	010.000.1951.00	KANAMICINA	Solución inyectable 1 g Frasco ampula	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
195	CAUSES 2016	010.000.2016.00	KETOCONAZOL	Tableta 200 mg 10 tabletas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
196	CAUSES 2016	010.000.4249.00	LEVOFLOXACINO	Solución inyectable 500 mg/100 ml Envase con 100 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN											CAUSES-2N-2018		
JCSSA001401					HOSPITAL REGIONAL COCUILA								
Criterios a evaluar ESTRUCTURA					FARMACIA HMI								
Normatividad Aplicable	Evidencia Observacional				Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
						Evidencia Observacional			Evidencia Observacional				
	El evaluador deberá:					El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			Criterios y Subcriterios	
Núm.		Clave	Nombre	Descripción									
Analgesia													
197	CAUSES 2016				1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	
198	CAUSES 2016				1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	
199	CAUSES 2016				1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	
200	CAUSES 2016				1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	
201	CAUSES 2016				1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	
202	CAUSES 2016				1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	
203	CAUSES 2016				1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	
204	CAUSES 2016				1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	
205	CAUSES 2016				1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	
206	CAUSES 2016				1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	
207	CAUSES 2016				1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	
208	CAUSES 2016				1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	
209	CAUSES 2016				1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	
210	CAUSES 2016				1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	
211	CAUSES 2016				1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN											CAUSES-2N-2018		
JCSSA001401				HOSPITAL REGIONAL COCUILA									
				FARMACIA HMI									
	Normatividad Aplicable	Criterios a evaluar ESTRUCTURA			Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional				Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Criterios y Subcriterios	
		El evaluador deberá:				El evaluador deberá:			El evaluador deberá:				
Núm.		Clave	Nombre	Descripción	Analgesia								
212	CAUSES 2016	010.000.5302.00	NITROFURANTOÍNA	Suspensión 25 mg/ 5ml Envase con 120 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
213	CAUSES 2016	010.000.4261.02	OFLOXACINA	Tableta 400 mg 12 tabletas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
214	CAUSES 2016	010.000.4261.01	OFLOXACINA	Tableta 400 mg 8 tabletas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
215	CAUSES 2016	010.000.4261.00	OFLOXACINA	Tableta 400 mg 6 tabletas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
216	CAUSES 2016	010.000.4592.00	PIPERACILINA-TAZOBACTAM	Solución inyectable 4 g / 500 mg Frasco ampula.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
217	CAUSES 2016	010.000.2138.00	PIRANTEL	Tableta 250 mg 6 tabletas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
218	CAUSES 2016	010.000.2040.00	PRAZICUANTEL	Tableta 600 mg 25 tabletas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
219	CAUSES 2016	010.000.2032.00	PRIMAQUINA	Tableta 15 mg 20 tabletas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
220	CAUSES 2016	010.000.2031.00	PRIMAQUINA	Tableta 5 mg 20 tabletas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
221	CAUSES 2016	010.000.1981.00	TETRACICLINA	Tableta o cápsula 250 mg 10 tabletas o cápsulas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
222	CAUSES 2016	010.000.5255.00	TRIMETOPRIMA Y SULFAMETOXAZOL	Solución inyectable 160 mg y 800 mg 6 ampolletas con 3 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
223	CAUSES 2016	010.000.1904.00	TRIMETOPRIMA-SULFAMETOXAZOL	Suspensión 40 mg/200 mg/ 5 ml Envase con 120 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
224	CAUSES 2016	010.000.1903.00	TRIMETOPRIMA-SULFAMETOXAZOL	Tableta o comprimido 80 mg y 400 mg 20 tabletas o comprimidos	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
225	CAUSES 2016	010.000.4372.00	VALACICLOVIR	Comprimido recubierto 500 mg 10 comprimidos recubiertos	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
226	CAUSES 2016	010.000.4372.01	VALACICLOVIR	Comprimido recubierto 500 mg 42 comprimidos recubiertos	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN												CAUSES-2N-2018	
JCSSA001401				HOSPITAL REGIONAL COCUILA									
	Normatividad Aplicable	Criterios a evaluar ESTRUCTURA			Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional				Evidencia Observacional			Evidencia Observacional				
		El evaluador deberá:				El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			Criterios y Subcriterios	
Núm.		Clave	Nombre	Descripción									
Analgesia													
227	CAUSES 2016	010.000.4251.00	VANCOMICINA	Solución inyectable 500 mg Frasco ampula	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
Enfermedades Inmunoalérgicas													
228	CAUSES 2016	010.000.2141.00	BETAMETASONA	Solución inyectable 4 mg / ml Ampolleta o frasco ampula con 1 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
229	CAUSES 2016	010.000.2142.00	CLORFENAMINA	Solución inyectable 10 mg/ml 5 ampolletas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
230	CAUSES 2016	010.000.0408.00	CLORFENAMINA	Jarabe 0.5 mg / ml Envase con 60 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
231	CAUSES 2016	010.000.0402.00	CLORFENAMINA	Tableta 4 mg 20 Tabletas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
232	CAUSES 2016	010.000.5079.00	CLOROPIRAMINA	Solución inyectable 20 mg / 2 ml 5 ampolletas con 2 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
233	CAUSES 2016	010.000.0464.00	CROMOGLICATO DE SODIO	Suspensión aerosol 3.6 g/100 g Envase con 16 g para 112 inhalaciones	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
234	CAUSES 2016	010.000.0405.00	DIFENHIDRAMINA	Jarabe 12.5 mg/5 ml Envase con 60 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
235	CAUSES 2016	010.000.0406.00	DIFENHIDRAMINA	Solución inyectable 100 mg/10 ml Frasco ampula con 10 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
236	CAUSES 2016	010.000.0474.00	HIDROCORTISONA	Solución inyectable 100 mg/2 ml 50 Frascos ampula y 50 ampolletas con 2 ml de diluyente	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
237	CAUSES 2016	010.000.2144.00	LORATADINA	Tableta o gragea 10 mg 20 tabletas o grageas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
238	CAUSES 2016	010.000.2145.00	LORATADINA	Jarabe 5 mg / 5 ml Envase con 60 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
Gastroenterología													
239	CAUSES 2016	010.000.1224.00	ALUMINIO Y MAGNESIO	Suspensión oral Al 3.7mg 4 g ó 8.9g/ 100 ml Envase con 240 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN												CAUSES-2N-2018			
JCSSA001401				HOSPITAL REGIONAL COCULA								FARMACIA HMI			
Núm.	Criterios a evaluar ESTRUCTURA	Criterios a evaluar PROCESO	Criterios a evaluar DOCUMENTAL	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	Puntaje	Puntaje	Puntaje	Puntaje	Puntaje	Puntaje	Puntaje				
												Evidencia Observacional	Evidencia Observacional	Evidencia Observacional	Evidencia Observacional
Clave	Nombre	Descripción	Analgesia												
240	CAUSES 2016	010.000.1223.00	ALUMINIO Y MAGNESIO	Tableta masticable Al 200 mg 200 ó 447.3 mg 50 tabletas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa				
241	CAUSES 2016	010.000.1263.00	BISMUTO	Suspensión oral 1.750 g/ 100 ml Envase con 240 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa				
242	CAUSES 2016	010.000.2146.00	BUTILHIOSCINA-METAMIZOL	Solución inyectable 20 mg/2.5 g/5 ml 5 ampolletas con 5 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa				
243	CAUSES 2016	010.000.1206.00	BUTILHIOSCINAO HIOSCINA	Gragea o tableta 10 mg 10 grageas o tabletas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa				
244	CAUSES 2016	010.000.1207.00	BUTILHIOSCINAO HIOSCINA	Solución inyectable 20 mg/ ml 3 Ampolletas con 1.0 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa				
245	CAUSES 2016	010.000.2248.00	CINITAPRIDA	Granulado 1 mg 30 sobres	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa				
246	CAUSES 2016	010.000.2249.00	CINITAPRIDA	Solución oral 20 mg/100 ml (1 mg/5 ml) Envase con 120 ml y cucharita dosificadora	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa				
247	CAUSES 2016	010.000.2247.00	CINITAPRIDA	Comprimido 1 mg 25 comprimidos	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa				
248	CAUSES 2016	010.000.0260.02	LIDOCAÍNA	Gel 20 mg/ml Envase con 30 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa				
249	CAUSES 2016	010.000.1363.00	LIDOCAÍNA - HIDROCORTISONA	Ungüento 50 mg/2.5 mg/1 g Envase con 20 g y aplicador	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa				
250	CAUSES 2016	010.000.1364.00	LIDOCAÍNA - HIDROCORTISONA	Supositorio 60 mg/5 mg 6 supositorios	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa				
251	CAUSES 2016	010.000.4184.00	LOPERAMIDA	Comprimido, tableta o gragea 2 mg 12 comprimidos, tabletas o grageas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa				
252	CAUSES 2016	010.000.1242.00	METOCLOPRAMIDA	Tableta 10 mg 20 tabletas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa				
253	CAUSES 2016	010.000.1241.00	METOCLOPRAMIDA	Solución inyectable 10 mg/2 ml 6 ampolletas con 2 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa				
254	CAUSES 2016	010.000.1243.00	METOCLOPRAMIDA	Solución 4 mg/ml Frasco gotero con 20 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa				

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN										CAUSES-2N-2018			
JCSSA001401				HOSPITAL REGIONAL COCHILA									
	Normatividad Aplicable	Criterios a evaluar ESTRUCTURA			Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional				Evidencia Observacional			Evidencia Observacional				
		El evaluador deberá:				El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			Criterios y Subcriterios	
Núm.		Clave	Nombre	Descripción									
Analgesia													
255	CAUSES 2016	010.000.5187.00	OMEPRAZOL O PANTOPRAZOL	Solución inyectable Omeprazol 40 mg ó Pantoprazol 40 mg Envase con un frasco ampula con liofilizado y ampolleta con 10 ml de diluyente	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
256	CAUSES 2016	010.000.5186.02	PANTOPRAZOL O RABEPRAZOL U OMEPRAZOL	Tableta o gragea o cápsula Pantoprazol 40 mg, ó Rabeprazol 20 mg, u Omeprazol 20 mg 28 tabletas o grageas o cápsulas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
257	CAUSES 2016	010.000.5186.01	PANTOPRAZOL O RABEPRAZOL U OMEPRAZOL	Tableta o gragea o cápsula Pantoprazol 40 mg, ó Rabeprazol 20 mg, u Omeprazol 20 mg 14 tabletas o grageas o cápsulas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
258	CAUSES 2016	010.000.5186.00	PANTOPRAZOL O RABEPRAZOL U OMEPRAZOL	Tableta o gragea o cápsula Pantoprazol 40 mg, ó Rabeprazol 20 mg, u Omeprazol 20 mg 7 tabletas o grageas o cápsulas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
259	CAUSES 2016	010.000.1271.00	PLÁNTAGO PSYLLIUM	Polvo 49.7 g/100 g Envase con 400 g	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
260	CAUSES 2016	010.000.1234.01	RANITIDINA	Solución inyectable 50 mg 5 ampolletas con 5 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
261	CAUSES 2016	010.000.1234.00	RANITIDINA	Solución inyectable 50 mg 5 ampolletas con 2 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
262	CAUSES 2016	010.000.1233.00	RANITIDINA	Gragea o tableta 150 mg 20 grageas o tabletas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
263	CAUSES 2016	010.000.2151.00	RANITIDINA	Jarabe 150 mg/ 10 ml Envase 200 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
264	CAUSES 2016	010.000.1272.00	SENÓSIDOS A-B	Tableta 8.6 mg 20 tabletas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
265	CAUSES 2016	010.000.1270.00	SENÓSIDOS A-B	Solución oral 200 mg/100 ml Envase con 75 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
266	CAUSES 2016	010.000.5176.00	SUCRALFATO	Tableta 1 g 40 tabletas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
267	CAUSES 2016	010.000.4504.00	SULFASALAZINA	Tableta con capa entérica 500 mg 60 tabletas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
Gineco-obstetricia													
268	CAUSES 2016	010.000.4161.00	ÁCIDO ALENDRÓNICO	Tableta o comprimido 10 mg 30 tabletas o comprimidos	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN											CAUSES-2N-2018			
JCSSA001401			HOSPITAL REGIONAL COCULA											
	Normatividad Aplicable	Criterios a evaluar ESTRUCTURA			Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO			Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional				Evidencia Observacional				Evidencia Observacional				
		El evaluador deberá:				El evaluador deberá:				El evaluador deberá:			Criterios y Subcriterios	
Núm.		Clave	Nombre	Descripción										
Analgesia														
269	CAUSES 2016	010.000.4164.00	ÁCIDO ALENDRÓNICO	Tableta o comprimido 70 mg 4 tabletas o comprimidos	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa		
270	CAUSES 2016	010.000.4167.00	ÁCIDO RISEDRÓNICO	Gragea o tableta 35 mg 4 grageas o tabletas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa		
271	CAUSES 2016	010.000.1541.00	CARBETOCINA	Solución Inyectable 100 microgramo Ampolleta	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa		
272	CAUSES 2016	010.000.1093.00	DANAZOL	Cápsula o comprimido 100 mg 50 cápsulas o comprimidos	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa		
273	CAUSES 2016	040.000.1544.00	ERGOMETRINA	Solución inyectable 0.2 mg/ ml 50 ampolletas con 1 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa		
274	CAUSES 2016	010.000.1489.00	ESTRÓGENOS CONJUGADOS	Gragea o tableta 0.625 mg 42 grageas o tabletas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa		
275	CAUSES 2016	010.000.1508.00	ESTRÓGENOS CONJUGADOS Y MEDROXIPROGESTERO	Gragea 0.625 mg / 2.5 mg 28 grageas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa		
276	CAUSES 2016	010.000.3412.00	INDOMETACINA	Supositorio 100 mg 6 supositorios	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa		
277	CAUSES 2016	010.000.3412.01	INDOMETACINA	Supositorio 100 mg 15 supositorios	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa		
278	CAUSES 2016	010.000.1591.00	INMUNOGLOBULINA ANTI D	Solución inyectable 0.300 mg Frasco ampula con o sin diluyente o una jeringa o una ampolleta	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa		
279	CAUSES 2016	010.000.3044.00	MEDROXIPROGESTERO	Tabletas 10 mg 10 tabletas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa		
280	CAUSES 2016	010.000.3045.00	MEDROXIPROGESTERO	Suspensión inyectable 150 mg/1 ml Frasco ampula o jeringa prellenada de 1ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa		
281	CAUSES 2016	010.000.1561.00	METRONIDAZOL	Óvulo o tableta vaginal 500 mg 10 óvulos o tabletas vaginales	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa		
282	CAUSES 2016	010.000.1566.00	NISTATINA	Óvulo o tableta vaginal 100 000 UI 12 óvulos o tabletas vaginales	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa		
283	CAUSES 2016	010.000.1562.00	NITROFURAL	Óvulo 6 mg 6 óvulos	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa		

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN CAUSES-2N-2018

JCSSA001401					HOSPITAL REGIONAL COCULA								
					FARMACIA HMI								
	Normatividad Aplicable	Criterios a evaluar ESTRUCTURA			Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional				Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Criterios y Subcriterios	
		El evaluador deberá:				El evaluador deberá:			El evaluador deberá:				
Núm.		Clave	Nombre	Descripción									
Analgesia													
284	CAUSES 2016				1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
		010.000.1552.00	ORCIPRENALINA	Tableta 20 mg 30 tabletas									
285	CAUSES 2016				1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
		010.000.1551.00	ORCIPRENALINA	Solución inyectable. 0.5 mg/ ml 3 ampolletas con 1 ml									
286	CAUSES 2016				1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
		010.000.1542.00	OXITOCINA	Solución inyectable. 5 UI/ ml 50 ampolletas con 1 ml									
287	CAUSES 2016				1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
		010.000.4217.00	PROGESTERONA	Perlas 200 mg 14 perlas									
288	CAUSES 2016				1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
		010.000.4163.00	RALOXIFENO	Tableta 60 mg 14 tabletas									
Hematología													
289	CAUSES 2016				1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
		010.000.0624.01	ACENOCUMAROL	Tableta 4 mg 30 tabletas									
290	CAUSES 2016				1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
		010.000.0624.00	ACENOCUMAROL	Tableta 4 mg 20 tabletas									
291	CAUSES 2016				1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
		010.000.5935.00	DABIGATRÁN	Cápsula 150 mg Envase con 60 cápsulas									
292	CAUSES 2016				1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
		010.000.5551.01	DABIGATRÁN ETEXILATO	Cápsula 75 mg Envase con 60 cápsulas									
293	CAUSES 2016				1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
		010.000.5552.01	DABIGATRÁN ETEXILATO	Cápsula 110 mg Envase con 60 cápsulas									
294	CAUSES 2016				1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
		010.000.5551.00	DABIGATRÁN ETEXILATO	Cápsula 75 mg Envase con 30 cápsulas									
295	CAUSES 2016				1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
		010.000.5552.00	DABIGATRÁN ETEXILATO	Cápsula 110 mg Envase con 30 cápsulas									
296	CAUSES 2016				1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
		010.000.4241.00	DEXAMETASONA	Solución inyectable 8 mg/ 2 ml 1 ampolleta o frasco ampula con 2 ml									
297	CAUSES 2016				1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
		010.000.4242.00	ENOXAPARINA	Solución inyectable 20 mg 2 Jeringas de 0.2 ml									

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN											CAUSES-2N-2018		
JCSSA001401					HOSPITAL REGIONAL COCULA								
Criterios a evaluar ESTRUCTURA					FARMACIA HMI		Criterios a evaluar DOCUMENTAL					MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
Normatividad Aplicable	Evidencia Observacional				Puntaje	Evidencia Observacional		Puntaje	Evidencia Observacional		Puntaje	Criterios y Subcriterios	
	El evaluador deberá:					El evaluador deberá:			El evaluador deberá:				
Núm.		Clave	Nombre	Descripción									
Analgesia													
298	CAUSES 2016	010.000.4224.00	ENOXAPARINA	Solución inyectable 60 mg Envase con 2 jeringas de 0.6 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	
299	CAUSES 2016	010.000.2154.00	ENOXAPARINA	Solución inyectable 40 mg/ 0.4 ml 2 Jeringas de 0.4 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	
300	CAUSES 2016	010.000.1732.01	FITOMENADIONA	Solución o Emulsión inyectable 2 mg 5 ampolletas con 0.2 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	
301	CAUSES 2016	010.000.1702.00	FUMARATO FERROSO	Suspensión oral 29 mg/ml Envase con 120 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	
302	CAUSES 2016	010.000.1701.00	FUMARATO FERROSO	Tableta 200 mg 50 tabletas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	
303	CAUSES 2016	010.000.0622.00	HEPARINA	Solución inyectable 25 000 UI/ 5 ml (5000 UI/ ml) 50 frascos ampula con 5 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	
304	CAUSES 2016	010.000.0621.00	HEPARINA	Solución inyectable 10 000 UI/ 10 ml (1000 UI/ ml) 50 frascos ampula con 10 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	
305	CAUSES 2016	010.000.1708.00	HIDROXOCOBALAMINA	Solución inyectable 100 microgramo/ 2 ml 3 ampolletas con 2 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	
306	CAUSES 2016	010.000.2155.01	NADROPARINA	Solución inyectable 2 850 UI Axa/0.3 ml 10 jeringas con 0.3 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	
307	CAUSES 2016	010.000.2155.00	NADROPARINA	Solución inyectable 2 850 UI Axa/0.3 ml 2 jeringas con 0.3 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	
308	CAUSES 2016	010.000.4222.00	NADROPARINA	Solución inyectable 5700 UI Axa/0.6 ml Envase con 2 jeringas prellenadas con 0.6 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	
309	CAUSES 2016	010.000.4223.00	NADROPARINA	Solución inyectable 3800 UI Axa/0.4 ml 2 jeringas prellenadas con 0.4 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	
310	CAUSES 2016	010.000.4221.00	NADROPARINA	Solución inyectable 15 200 UI Axa/0.8 ml Envase con 2 jeringas con 0.8 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	
311	CAUSES 2016	010.000.1703.00	SULFATO FERROSO	Tableta 200 mg 30 tabletas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	
312	CAUSES 2016	010.000.1704.00	SULFATO FERROSO	Solución 125 mg/ ml Envase gotero con 15 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	

CEDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN													
JCSSA001401 HOSPITAL REGIONAL COCHILA													
Núm.	Normatividad Aplicable	Criterios a evaluar ESTRUCTURA			Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional				Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Criterios y Subcriterios	
		El evaluador deberá:				El evaluador deberá:			El evaluador deberá:				
Analgesia													
Intoxicaciones													
313	CAUSES 2016	010.000.2242.00	CARBÓN ACTIVADO	Polvo 1 kg Envase con 1 kg	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
314	CAUSES 2016	040.000.0302.00	NALOXONA	Solución inyectable 0.4 mg/ml 10 ampolletas con 1 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
Nefrología y Urología													
315	CAUSES 2016	010.000.2303.00	ACETAZOLAMIDA	Solución inyectable 500 mg/ 5ml Frasco ampula con 5 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
316	CAUSES 2016	010.000.2302.00	ACETAZOLAMIDA	Tableta 250 mg 20 tabletas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
317	CAUSES 2016	010.000.2304.01	ESPIRONOLACTONA	Tableta 25 mg 30 tabletas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
318	CAUSES 2016	010.000.2156.00	ESPIRONOLACTONA	Tableta 100 mg 30 tabletas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
319	CAUSES 2016	010.000.2304.00	ESPIRONOLACTONA	Tableta 25 mg 20 tabletas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
320	CAUSES 2016	010.000.2307.00	FUROSEMIDA	Tableta 40 mg 20 tabletas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
321	CAUSES 2016	010.000.2308.00	FUROSEMIDA	Solución inyectable 20 mg/ 2 ml 5 ampolletas con 2 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
322	CAUSES 2016	010.000.2301.00	HIDROCLOROTIAZIDA	Tableta 25 mg 20 tabletas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
323	CAUSES 2016	010.000.2306.00	MANITOL	Solución inyectable al 20% 50 g/ 250 ml Envase con 250 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		

CEDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN												
HOSPITAL REGIONAL COCULA												
JCSSA001401												
	Normatividad Aplicable	Criterios a evaluar ESTRUCTURA			Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD
		Evidencia Observacional				Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Criterios y Subcriterios
		El evaluador deberá:				El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			
Núm.		Clave	Nombre	Descripción	Analgesia							
Neumología												
324	CAUSES 2016	010.000.2463.00	AMBROXOL	Solución 300 mg/ 100 ml Envase con 120 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
325	CAUSES 2016	010.000.2462.00	AMBROXOL	Comprimido 30 mg 20 comprimidos	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
326	CAUSES 2016	010.000.0426.00	AMINOFILINA	Solución inyectable 250 mg/ 10 ml 5 ampolletas de 10 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
327	CAUSES 2016	010.000.0477.00	BECLOMETASONA, DIPROPIONATO DE	Suspensión en aerosol 10 mg/inhalador Envase con inhalador con 200 dosis de50 microgramo	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
328	CAUSES 2016	010.000.2508.00	BECLOMETASONA, DIPROPIONATO DE	Suspensión en aerosol 50 mg/inhalador Inhalador con 200 dosis de 250 microgramo	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
329	CAUSES 2016	010.000.2187.00	IPRATROPIO	Solución 0.25 mg/ ml Frasco ampula con 20 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
330	CAUSES 2016	010.000.2162.00	IPRATROPIO	Suspensión en aerosol 0.286 mg/g Envase 15 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
331	CAUSES 2016	010.000.2162.01	IPRATROPIO	Suspensión en aerosol 0.374 mg/g Envase 10 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
332	CAUSES 2016	010.000.2190.01	IPRATROPIO MONOHIDRATADO, BROMURO DE	Solución para inhalación 20 µg/100 µg Envase con 120 disparos (120 dosis)	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
333	CAUSES 2016	010.000.2188.00	IPRATROPIO-SALBUTAMOL	Solución 0.50 mg/2.50 mg/2.5 ml 10 ampolletas de 2.5 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
334	CAUSES 2016	010.000.4330.00	MONTELUKAST	Comprimido recubierto 10 mg 30 comprimidos	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
335	CAUSES 2016	010.000.4329.00	MONTELUKAST	Comprimido masticable 5 mg 30 comprimidos	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
336	CAUSES 2016	010.000.4335.02	MONTELUKAST	Granulado 4 mg 30 sobres	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
337	CAUSES 2016	010.000.0439.00	SALBUTAMOL	Solución para nebulizador 0.5 g/ 100 ml Envase con 10 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	

CEDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN											CAUSES-2N-2018		
JCSSA001401					HOSPITAL REGIONAL COCULA								
					FARMACIA HMI								
	Normatividad Aplicable	Criterios a evaluar ESTRUCTURA			Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional				Evidencia Observacional			Evidencia Observacional				
		El evaluador deberá:				El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			Criterios y Subcriterios	
Núm.		Clave	Nombre	Descripción									
Analgesia													
338	CAUSES 2016	010.000.0431.00	SALBUTAMOL	Jarabe 2 mg/ 5 ml Envase con 60 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
339	CAUSES 2016	010.000.0429.00	SALBUTAMOL	Suspensión en aerosol 20 mg Envase con inhalador con 200 dosis de100 microgramo	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
340	CAUSES 2016	010.000.0443.00	SALMETEROL, FLUTICASONA	Suspensión en aerosol 0.33 mg / 0.67 mg/g Envase con 120 dosis y dispositivo inhalador	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
341	CAUSES 2016	010.000.0437.00	TEOFILINA	Comprimido ó tableta ó cápsula de liberación prolongada 100 mg. 20 Comprimidos ó tabletas ó cápsulas de liberación prolongada	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
342	CAUSES 2016	010.000.5075.00	TEOFILINA	Elixir 533 mg/100 ml Envase con 450 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
343	CAUSES 2016	010.000.0438.00	TERBUTALINA	Polvo 0.5 mg/dosis Envase con inhalador para 200 dosis	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
344	CAUSES 2016	010.000.0433.00	TERBUTALINA	Tableta 5 mg 20 tabletas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
345	CAUSES 2016	010.000.0432.00	TERBUTALINA	Solución inyectable 0.25 mg/ ml 3 ampolletas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
346	CAUSES 2016	010.000.2263.00	TIOTROPIO, BROMURO DE	Cápsula 18 microgramo 30 cápsulas (repuesto)	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
347	CAUSES 2016	010.000.2262.00	TIOTROPIO, BROMURO DE	Cápsula 18 microgramo 30 cápsulas y dispositivo inhalador	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

CAUSES-2N-2018

JCSSA001401					HOSPITAL REGIONAL COCUILA								
					FARMACIA HMI								
	Normatividad Aplicable	Criterios a evaluar ESTRUCTURA			Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional				Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Criterios y Subcriterios	
		El evaluador deberá:				El evaluador deberá:			El evaluador deberá:				
Núm.		Clave	Nombre	Descripción									
Analgesia													
Neurología													
348	CAUSES 2016	010.000.2620.00	ÁCIDO VALPROICO	Cápsula 250 mg 60 cápsulas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
349	CAUSES 2016	040.000.2608.00	CARBAMAZEPINA	Tableta 200 mg 20 tabletas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
350	CAUSES 2016	040.000.2609.00	CARBAMAZEPINA	Suspensión oral 100 mg/ 5 ml Envase con 120 ml y dosificador de 5 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
351	CAUSES 2016	040.000.2164.00	CARBAMAZEPINA	Tableta 400 mg 20 tabletas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
352	CAUSES 2016	040.000.2612.00	CLONAZEPAM	Tableta 2 mg 30 tabletas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
353	CAUSES 2016	040.000.2613.00	CLONAZEPAM	Solución 2.5 mg/ ml Envase con 10 ml y gotero integral	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
354	CAUSES 2016	040.000.2614.00	CLONAZEPAM	Solución inyectable 1 mg/ml 5 ampolletas con un ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
355	CAUSES 2016	040.000.3215.00	DIAZEPAM	Tableta 10 mg 20 tabletas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
356	CAUSES 2016	010.000.2610.00	FENITOÍNA	Tableta 30 mg 50 tabletas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
357	CAUSES 2016	010.000.2624.00	FENITOÍNA	Solución inyectable 250 mg/5 ml Una ampolleta con 5 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
358	CAUSES 2016	010.000.0525.00	FENITOÍNA	Tableta o cápsula 100 mg 50 tabletas o cápsulas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
359	CAUSES 2016	010.000.2611.00	FENITOÍNA	Suspensión oral 37.5 mg/ 5 ml Envase con 120 ml y dosificador de 5 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
360	CAUSES 2016	040.000.2619.00	FENOBARBITAL	Elixir 20 mg/ 5 ml Envase con 60 ml y dosificador de 5 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
361	CAUSES 2016	040.000.2602.00	FENOBARBITAL	Tableta 15 mg 10 tabletas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN											CAUSES-2N-2018		
JCSSA001401					HOSPITAL REGIONAL COCULA								
					FARMACIA HMI								
	Normatividad Aplicable	Criterios a evaluar ESTRUCTURA			Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional				Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Criterios y Subcriterios	
		El evaluador deberá:				El evaluador deberá:			El evaluador deberá:				
Núm.		Clave	Nombre	Descripción									
Analgesia													
362	CAUSES 2016				1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	
		040.000.2601.00	FENOBARBITAL	Tableta 100 mg 20 tabletas									
363	CAUSES 2016				1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	
		010.000.4359.00	GABAPENTINA	Cápsula 300 mg 15 cápsulas									
364	CAUSES 2016				1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	
		010.000.5664.00	LACOSAMIDA	Solución inyectable 200 mg Frasco ampula con 20 ml (10 mg/ml)									
365	CAUSES 2016				1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	
		010.000.5662.00	LACOSAMIDA	Tableta 150 mg 28 tabletas									
366	CAUSES 2016				1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	
		010.000.5660.00	LACOSAMIDA	Tableta 50 mg 14 tabletas									
367	CAUSES 2016				1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	
		010.000.5661.00	LACOSAMIDA	Tableta 100 mg 28 tabletas									
368	CAUSES 2016				1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	
		010.000.4356.01	PREGABALINA	Cápsula 75 mg 28 cápsulas									
369	CAUSES 2016				1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	
		010.000.5365.00	TOPIRAMATO	Tableta 25 mg 60 tabletas									
370	CAUSES 2016				1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	
		010.000.5363.00	TOPIRAMATO	Tableta 100 mg 60 tabletas									
371	CAUSES 2016				1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	
		010.000.5359.00	VALPROATO DE MAGNESIO	Tableta de liberación prolongada 600 mg 30 tabletas									
372	CAUSES 2016				1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	
		010.000.2622.00	VALPROATO DE MAGNESIO	Tableta con cubierta entérica 185.6 mg 40 tabletas									
373	CAUSES 2016				1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	
		010.000.2623.00	VALPROATO DE MAGNESIO	Solución 186 mg/ ml Envase con 40 ml									
374	CAUSES 2016				1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	
		010.000.2630.00	VALPROATO SEMISÓDICO	Tableta de liberación prolongada 500 mg 30 tabletas									
Nutriología													
375	CAUSES 2016				1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	
		010.000.2707.00	ÁCIDO ASCÓRBICO	Tableta 100 mg 20 tabletas									

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN											CAUSES-2N-2018	
JCSSA001401			HOSPITAL REGIONAL COCHILA									
Núm.	Criterios a evaluar ESTRUCTURA	Criterios a evaluar PROCESO	Criterios a evaluar DOCUMENTAL	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	Criterios y Subcriterios	FARMACIA HMI						
						Evidencia Observacional	Evidencia Observacional	Evidencia Observacional	El evaluador deberá:	El evaluador deberá:		
											El evaluador deberá:	
Clave	Nombre	Descripción	Analgesia									
376	CAUSES 2016	010.000.1706.01	ÁCIDO FÓLICO	Tableta 5 mg 92 tabletas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
377	CAUSES 2016	010.000.1700.00	ÁCIDO FÓLICO	Tableta 4 mg 90 tabletas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
378	CAUSES 2016	010.000.1706.00	ÁCIDO FÓLICO	Tableta 5 mg 20 tabletas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
379	CAUSES 2016	010.000.1711.00	ÁCIDO FÓLICO	Tableta 0.4 mg 90 tabletas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
380	CAUSES 2016	010.000.2714.00	COMPLEJO B	Tableta, comprimido o cápsula Tiamina 100 mg, piridoxina 5 mg, cianocobalamina 50 microgramo 30 tabletas, comprimidos o cápsulas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
381	CAUSES 2016	010.000.2739.00	DIETA POLIMÉRICA A BASE DE CASEINATO DE CALCIO O PROTEÍNAS, GRASAS, VITAMINAS, MINERALES	Polvo Densidad energética 0.99-1.06 Envase con 400 - 454 g con o sin sabor	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
382	CAUSES 2016	030.000.0013.00	FÓRMULA DE PROTEÍNA EXTENSAMENTE HIDROLIZADA	Polvo Proteína hidrolizada de caseína o suero. Péptidos: 85% o más y de menos de 1500 Daltons; macro y micronutrientes. Envase con 400 a 454 g	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
383	CAUSES 2016	010.000.5383.00	MULTIVITAMINAS (POLIVITAMINAS) Y MINERALES	Jarabe Vitamina A, D, E, C, B1, B2, B6, B12, nicotinamina y hierro Envase con 240 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
384	CAUSES 2016	010.000.4376.00	MULTIVITAMINAS (POLIVITAMINAS) Y MINERALES	Tableta, cápsula o gragea Vitamina B1, B2, B6, B12, niacinamida, E, A, D3, Acido pantoténico, sulfato ferroso, cobre, magnesio, zinc 30 tabletas, cápsulas o grageas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
385	CAUSES 2016	010.000.5232.00	PIRIDOXINA	Tableta 300 mg 10 tabletas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
386	CAUSES 2016	030.000.0003.00	SUCEDÁNEO DE LECHE HUMANA DE PRETÉRMINO	Polvo Densidad energética 0.80 a 0.81 Envase de lata con 400 a 454 g y medida de 4.40 a 4.50g	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
387	CAUSES 2016	030.000.0011.00	SUCEDÁNEO DE LECHE HUMANA DE TÉRMINO	Polvo Densidad energética 0.66-0.68 Envase con 400 a 454 g	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
388	CAUSES 2016	030.000.0012.00	SUCEDÁNEO DE LECHE HUMANA DE TÉRMINO SIN LACTOSA	Polvo Densidad energética 0.66-0.68 Envase con 375 a 400 g	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
389	CAUSES 2016	010.000.5395.00	TIAMINA	Solución inyectable 500 mg 3 frascos ampula	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	

CEDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN												CAUSES-2N-2018	
JCSSA001401 HOSPITAL REGIONAL COCULA													
	Normatividad Aplicable	Criterios a evaluar ESTRUCTURA			Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional				Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Criterios y Subcriterios	
		El evaluador deberá:				El evaluador deberá:			El evaluador deberá:				
Núm.		Clave	Nombre	Descripción									
Analgesia													
390	CAUSES 2016	020.000.3835.01	VITAMINA A	Solución 200 000 UI por dosis Envase con 50 dosis	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	
391	CAUSES 2016	010.000.2191.00	VITAMINA A	Cápsula 50 000 UI 40 Cápsulas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	
392	CAUSES 2016	020.000.3835.00	VITAMINA A	Solución 200 000 UI por dosis Envase con 25 dosis	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	
393	CAUSES 2016	010.000.1098.00	VITAMINAS A, C Y D	Solución Palmitato de retinol 7000-9000 UI, Ac.ascórbico 80-125 mg, Colecalciferol 1400-1800 UI en un ml. Envase con 15 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	
Oftalmologia													
394	CAUSES 2016	010.000.2830.00	ACICLOVIR	Ungüento oftálmico 3 g/ 100 g Envase con 4.5 g	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	
395	CAUSES 2016	010.000.2172.00	ALCOHOL POLIVINÍLICO	Solución oftálmica 14 mg/ml Gotero integral con 15 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	
396	CAUSES 2016	010.000.4420.00	BRIMONIDINA-TIMOLOL	Solución oftálmica 2.00 mg / 6.80 mg Envase con gotero integral con 5 ml.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	
397	CAUSES 2016	010.000.2821.00	CLORANFENICOL	Solución oftálmica 5 mg/ml Gotero integral con 15 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	
398	CAUSES 2016	010.000.2822.00	CLORANFENICOL	Ungüento oftálmico 5 mg/g Envase con 5 g	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	
399	CAUSES 2016	010.000.2175.00	CLORANFENICOL-SULFACETAMIDA SÓDICA	Suspensión oftálmica 0.5 g/100 ml 10g/100 ml Gotero integral con 5 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	
400	CAUSES 2016	010.000.2899.00	CLORURO DE SODIO	Pomada o Solución oftálmica 50 mg/g ó ml Envase con 7 g o con gotero integral con 10 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	
401	CAUSES 2016	010.000.2893.00	HIPROMELOSA	Solución oftálmica 2% 20 mg/ ml Gotero integral 15 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	
402	CAUSES 2016	010.000.2814.00	HIPROMELOSA	Solución oftálmica al 0.5 % 5 mg/ ml Gotero integral con 15 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	
403	CAUSES 2016	010.000.2804.00	NAFAZOLINA	Solución oftálmica 1 mg/ml Gotero integral con 15 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN CAUSES-2N-2018

HOSPITAL REGIONAL COCILA					FARMACIA HMI								
Núm.	Normatividad Aplicable	Criterios a evaluar ESTRUCTURA			Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional				Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Criterios y Subcriterios	
		El evaluador deberá:				El evaluador deberá:			El evaluador deberá:				
Clave	Nombre	Descripción			Analgesia								
404	CAUSES 2016	010.000.2824.00	NEOMICINA, POLIMIXINA B Y BACITRACINA	Ungüento oftálmico Neomicina 3.5 mg/g polimixina B 5000 U/g bacitracina 40 U/ g. Envase con 3.5 g	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
405	CAUSES 2016	010.000.2823.00	NEOMICINA, POLIMIXINA B Y GRAMICIDINA	Solución oftálmica Neomicina 1.75 mg/ml Polimixina B 5 000 U/ ml Gramicidina 25 microgramo/ ml. Gotero integral con 15 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
406	CAUSES 2016	010.000.2852.00	PILOCARPINA	Solución oftálmica al 4% 40 mg/ ml Gotero integral con 15 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
407	CAUSES 2016	010.000.2851.00	PILOCARPINA	Solución oftálmica al 2% 20 mg/ ml Gotero integral con 15 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
408	CAUSES 2016	010.000.2841.00	PREDNISOLONA	Solución oftálmica 5 mg/ml Gotero integral con 5 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
409	CAUSES 2016	010.000.2185.00	PREDNISOLONA	Ungüento oftálmico 5 mg/g Envase con 3 g	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
410	CAUSES 2016	010.000.2186.00	PREDNISOLONA- SULFACETAMIDA	Suspensión oftálmica Prednisolona 5 mg/ sulfacetamida 100 mg/ ml Gotero integral con 5 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
411	CAUSES 2016	010.000.2829.00	SULFACETAMIDA	Solución oftálmica 0.1 g/ml Gotero integral con 15 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
412	CAUSES 2016	010.000.4407.00	TETRACAÍNA	Solución oftálmica 5 mg/ ml Gotero integral con 10 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
413	CAUSES 2016	010.000.2858.00	TIMOLOL	Solución oftálmica 5 mg/ ml Gotero integral con 5 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
414	CAUSES 2016	010.000.2189.00	TOBRAMICINA	Solución oftálmica 3 mg/ml Gotero integral con 5 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
415	CAUSES 2016	010.000.4418.00	TRAVOPROST	Solución oftálmica 40 microgramo/ml Frasco gotero con 2.5 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
Oncología													
416	CAUSES 2016	010.000.5233.00	ÁCIDO FOLÍNICO	Tableta 15 mg 12 tabletas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
417	CAUSES 2016	010.000.2152.00	ÁCIDO FOLÍNICO	Solución inyectable 15 mg/5 ml 5 ampolletas con 5 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		

CEDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN												
JCSSA001401 HOSPITAL REGIONAL COCULA												
FARMACIA HMI												
Núm.	Normatividad Aplicable	Criterios a evaluar ESTRUCTURA			Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD
		Evidencia Observacional				Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Criterios y Subcriterios
		El evaluador deberá:				El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			
Clave	Nombre	Descripción			Analgesia							
418	CAUSES 2016	010.000.5468.00	ÁCIDO ZOLEDRÓNICO	Solución inyectable 4.0 mg/5 ml Frasco ampula	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
419	CAUSES 2016	010.000.1776.00	METOTREXATO	Solución inyectable 500 mg Frasco ampula	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
420	CAUSES 2016	010.000.1760.00	METOTREXATO	Solución inyectable 50 mg Frasco ampula	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
421	CAUSES 2016	010.000.1759.00	METOTREXATO	Tableta 2.5 mg 50 tabletas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
Otorrinolaringología												
422	CAUSES 2016	010.000.5451.00	CINARIZINA	Tableta 75 mg 60 tabletas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
423	CAUSES 2016	010.000.3112.00	DIFENIDOL	Solución inyectable 40 mg/ 2 ml 2 ampolletas con 2 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
424	CAUSES 2016	010.000.3111.00	DIFENIDOL	Tableta 25 mg 30 tabletas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
425	CAUSES 2016	010.000.2196.00	DIMENHIDRINATO	Solución inyectable 50 mg/ml Ampolleta con 1 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	

CEDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN												
CAUSES-2N-2018												
JCSSA001401 HOSPITAL REGIONAL COCULA												
Criterios a evaluar ESTRUCTURA					FARMACIA HMI		Criterios a evaluar DOCUMENTAL			MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD		
Normatividad Aplicable	Evidencia Observacional				Puntaje	Evidencia Observacional		Puntaje	Evidencia Observacional		Puntaje	Criterios y Subcriterios
	El evaluador deberá:					El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			
	Núm.	Clave	Nombre	Descripción		Analgesia						
Planificación Familiar												
426	CAUSES 2016	010.000.3505.00	DESOGESTREL Y ETINILESTRADIOL	Tableta Desogestrel 0.15 mg Etinilestradiol 0.03 mg 21 tabletas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
427	CAUSES 2016	010.000.3508.00	DESOGESTREL Y ETINILESTRADIOL	Tableta Desogestrel 0.15 mg etinilestradiol 0.03 mg 28 tabletas (21 con hormonales y 7 sin hormonales)	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
428	CAUSES 2016	010.000.3510.00	ETONOGESTREL	Implante Etonogestrel 68.0 mg Implante y aplicador	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
429	CAUSES 2016	010.000.2208.00	LEVONORGESTREL	Polvo 52 mg Envase con un dispositivo	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
430	CAUSES 2016	010.000.4526.00	LEVONORGESTREL	Gragea 0.03 mg 35 Grageas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
431	CAUSES 2016	010.000.2210.00	LEVONORGESTREL	Comprimido o tableta 0.750 mg 2 comprimidos o tabletas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
432	CAUSES 2016	010.000.3507.00	LEVONORGESTREL Y ETINILESTRADIOL	Gragea Levonorgestrel 0.15 mg etinilestradiol 0.03 mg 28 Grageas (21 con hormonales y 7 sin hormonales)	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
433	CAUSES 2016	010.000.3504.00	LEVONORGESTREL Y ETINILESTRADIOL	Gragea Levonorgestrel 0.15 mg Etinilestradiol 0.03 mg 21 grageas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
434	CAUSES 2016	010.000.3509.00	MEDROXIPROGESTERONA Y CIPIONATO DE ESTRADIOL	Suspensión inyectable Medroxiprogesterona 25 mg/ Estradiol 5 mg/ 0.5 ml Ampolleta o jeringa prellenada con 0.5 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
435	CAUSES 2016	010.000.3511.00	NORELGESTROMINA-ETINILESTRADIOL	Parche Norelgestromina 6 mg Etinilestradiol 0.60 mg 3 parches	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
436	CAUSES 2016	010.000.3503.00	NORETISTERONA	Solución inyectable 200 mg/ ml Ampolleta con 1 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
437	CAUSES 2016	010.000.3515.00	NORETISTERONA Y ESTRADIOL	Solución inyectable 50 mg/ 5 mg/ml Ampolleta o jeringa	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	

CEDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN															
JCSSA001401 HOSPITAL REGIONAL COCHILA															
Criterios a evaluar ESTRUCTURA					FARMACIA HMI										
Normatividad Aplicable	Evidencia Observacional				Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO				Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
						Evidencia Observacional					Evidencia Observacional				
	El evaluador deberá:					El evaluador deberá:					El evaluador deberá:			Criterios y Subcriterios	
Núm.		Clave	Nombre	Descripción	Analgesia										
Psiquiatría															
438	CAUSES 2016	040.000.2499.00	ALPRAZOLAM	Tableta 2 mg 30 tabletas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa				
439	CAUSES 2016	040.000.2500.00	ALPRAZOLAM	Tableta 0.25 mg 30 tabletas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa				
440	CAUSES 2016	040.000.5478.00	LORAZEPAM	Tableta 1 mg 40 tabletas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa				
Reumatología y Traumatología															
441	CAUSES 2016	010.000.2503.00	ALOPURINOL	Tableta 100 mg 20 tabletas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa				
442	CAUSES 2016	010.000.2503.01	ALOPURINOL	Tableta 100 mg 50 tabletas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa				
443	CAUSES 2016	010.000.3451.00	ALOPURINOL	Tableta 300 mg 20 tabletas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa				
444	CAUSES 2016	010.000.3461.00	AZATIOPRINA	Tableta 50 mg 50 tabletas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa				
445	CAUSES 2016	010.000.5505.00	CELECOXIB	Cápsula 100 mg 20 cápsulas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa				
446	CAUSES 2016	010.000.3409.00	COLCHICINA	Tableta 1 mg 30 tabletas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa				
447	CAUSES 2016	010.000.5501.00	DICLOFENACO	Solución inyectable 75 mg/ 3 ml 2 ampolletas con 3 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa				
448	CAUSES 2016	010.000.3417.00	DICLOFENACO	Cápsula o gragea de liberación prolongada 100 mg 20 cápsulas o grageas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa				
449	CAUSES 2016	010.000.4202.00	INDOMETACINA	Solución inyectable 1 mg/2 ml Frasco ampula con 2 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa				
450	CAUSES 2016	010.000.3413.00	INDOMETACINA	Cápsula 25 mg 30 cápsulas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa				

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN												CAUSES-2N-2018	
JCSSA001401					HOSPITAL REGIONAL COCHILA								
					FARMACIA HMI								
	Normatividad Aplicable	Criterios a evaluar ESTRUCTURA			Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional				Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Criterios y Subcriterios	
		El evaluador deberá:				El evaluador deberá:			El evaluador deberá:				
Núm.		Clave	Nombre	Descripción									
Analgesia													
451	CAUSES 2016				1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	
		010.000.2504.00	KETOPROFENO	Cápsula 100 mg 15 cápsulas									
452	CAUSES 2016				1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	
		010.000.4515.00	LEFLUNOMIDA	Comprimido 100 mg 3 comprimidos									
453	CAUSES 2016				1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	
		010.000.4514.00	LEFLUNOMIDA	Comprimido 20 mg 30 comprimidos									
454	CAUSES 2016				1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	
		010.000.3444.00	METOCARBAMOL	Tableta 400 mg 30 tabletas									
455	CAUSES 2016				1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	
		010.000.3407.00	NAPROXENO	Tableta 250 mg 30 tabletas									
456	CAUSES 2016				1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	
		010.000.3419.00	NAPROXENO	Suspensión oral 125 mg/ 5 ml Envase con 100 ml									
Soluciones Electrolíticas y Sustitutos del Plasma													
457	CAUSES 2016				1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	
		010.000.3663.00	ALMIDÓN	Solución inyectable al 10% 10 g/100 ml 250 ml									
458	CAUSES 2016				1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	
		010.000.3619.00	BICARBONATO DE SODIO	Solución inyectable al 7.5% 0.75 g/10 ml 50 ampolletas con 10 ml									
459	CAUSES 2016				1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	
		010.000.3618.00	BICARBONATO DE SODIO	Solución inyectable al 7.5% 3.75 g/50 ml Envase con 50 ml									
460	CAUSES 2016				1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	
		010.000.0524.00	CLORURO DE POTASIO	Solución inyectable 1.49 g/ 10 ml 50 ampolletas con 10 ml									
461	CAUSES 2016				1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	
		010.000.3609.00	CLORURO DE SODIO	Solución inyectable al 0.9% 0.9 g/100 ml Envase con 500 ml									
462	CAUSES 2016				1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	
		010.000.3626.00	CLORURO DE SODIO	Solución inyectable al 0.9% 0.9 g/ 100 ml Envase con 50 ml									
463	CAUSES 2016				1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	
		010.000.3608.00	CLORURO DE SODIO	Solución inyectable al 0.9% 0.9 g/100 ml Envase con 250 ml									
464	CAUSES 2016				1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	
		010.000.4551.00	DEXTRÁN	Solución inyectable al 6% Dextrán (60 000) 6 g/ 100 ml Cloruro de sodio 7.5 g/ 100 ml 250 ml									

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN												CAUSES-2N-2018	
JCSSA001401				HOSPITAL REGIONAL COCUILA									
Criterios a evaluar ESTRUCTURA					FARMACIA HMI								
Normatividad Aplicable	Evidencia Observacional				Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
						Evidencia Observacional			Evidencia Observacional				
	El evaluador deberá:					El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			Criterios y Subcriterios	
Núm.		Clave	Nombre	Descripción									
Analgesia													
465	CAUSES 2016	010.000.0641.00	DEXTRÁN	Solución inyectable al 10% Dextrán (40 000) 10 g/ 100 ml glucosa 5 g/ 100 ml 500 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
466	CAUSES 2016	010.000.3622.00	ELECTROLITOS ORALES	Polvo Glucosa anhidra o glucosa 13.5 g Cloruro de potasio 1.5 g Cloruro de sodio 2.6 g Citrato trisódico dihidratado 2.9 g Envase con 20.5 g	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
467	CAUSES 2016	010.000.3623.00	ELECTROLITOS ORALES	Polvo para solución Glucosa 20 g, KCl 1.5 g, NaCl 3.5 g, citrato trisódico 2.9 g. Envase con 27.9 g	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
468	CAUSES 2016	010.000.3617.00	FOSFATO DE POTASIO	Solución inyectable Potasio dibásico 1.550 g/10 ml, potasio monofásico 0.300 g/ 10 ml 50 ampolletas con 10 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
469	CAUSES 2016	010.000.3620.01	GLUCONATO DE CALCIO	Solución inyectable al 10% 1 g/10 ml 100 ampolletas con 10 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
470	CAUSES 2016	010.000.3620.00	GLUCONATO DE CALCIO	Solución inyectable al 10% 1 g/10 ml 50 ampolletas con 10 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
471	CAUSES 2016	010.000.3632.00	GLUCOSA	Solución inyectable al 5% Glucosa anhidra o glucosa 5 g / 100 ml o glucosa monohidratada equivalente a 5 g de glucosa Envase con bolsa de 100 ml y adaptador para vial.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
472	CAUSES 2016	010.000.3631.00	GLUCOSA	Solución inyectable al 5% Glucosa anhidra o glucosa 5 g / 100 ml o glucosa monohidratada equivalente a 5 g de glucosa Envase con bolsa de 50 ml y adaptadorpara vial.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
473	CAUSES 2016	010.000.3607.00	GLUCOSA	Solución inyectable al 50% 50 g/ 100 ml Envase con 50 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
474	CAUSES 2016	010.000.3606.00	GLUCOSA	Solución inyectable al 50% Glucosa anhidra 50 g/100 ml Envase con 250 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
475	CAUSES 2016	010.000.3604.00	GLUCOSA	Solución inyectable al 10% Glucosa anhidra 10 g/ 100 ml Envase con 500 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
476	CAUSES 2016	010.000.3605.00	GLUCOSA	Solución inyectable al 10% Glucosa anhidra 10 g/ 100 ml Envase con 1000 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
477	CAUSES 2016	010.000.3625.00	GLUCOSA	Solución inyectable al 5% Glucosa anhidra 5 g/ 100 ml Envase con 100 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
478	CAUSES 2016	010.000.3624.00	GLUCOSA	Solución inyectable al 5 % Glucosa anhidra 5 g/100 ml Envase con 50 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

CAUSES-2N-2018

JCSSA001401					HOSPITAL REGIONAL COCULA								
FARMACIA HMI													
Núm.	Normatividad Aplicable	Criterios a evaluar ESTRUCTURA			Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional				Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Criterios y Subcriterios	
		El evaluador deberá:				El evaluador deberá:			El evaluador deberá:				
Clave	Nombre	Descripción			Analgesia								
479	CAUSES 2016	010.000.3629.00	MAGNESIO SULFATO DE	Solución inyectable 1 g/10 ml 100 ampolletas con 10 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
480	CAUSES 2016	010.000.3661.00	POLIGELINA	Solución inyectable Poligelina 3.5 g/100 ml Envase con 500 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
481	CAUSES 2016	010.000.3664.00	POLIGELINA	Solución inyectable Polimerizado de gelatina succinilada degradada 4 g/100 ml Envase con 500 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
482	CAUSES 2016	010.000.3616.00	SOLUCIÓN HARTMANN	Solución inyectable Cloruro de sodio 0.600 g Cloruro de potasio 0.030 g Cloruro de calcio dihidratado 0.020 g Lactato de sodio 0.310 g, miliequivalentes por litro: sodio 130, potasio 4 calcio 2.72-3, cloruro 109, lactato 28 Envase con 1000 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
Odontología													
483	CAUSES 2016	060.040.8041	AGUJAS DENTALES	Tipo Carpule. Desechables. Longitud: 20-25 mm. Calibre: 30 G. Tamaño: Corta Pieza	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
484	CAUSES 2016	060.040.8058	AGUJAS DENTALES	Tipo Carpule. Desechables. Longitud: 25-42 mm. Calibre: 27 G. Tamaño: Larga Envase con 100 piezas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
485	CAUSES 2016	060.064.0064	ALEACIONES PARA AMALGAMA DENTAL	En tabletas de fase dispersa. Composición: Plata 68.0 - 72%. Estaño 15.0 - 21%. Cobre 10.5 - 15%. Mercurio 3% máximo. Zinc 2% máximo 0.38875 g Envase con 80 tabletas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN CAUSES-2N-2018

JCSSA001401				HOSPITAL REGIONAL COCULA								
FARMACIA HMI												
Núm.	Normatividad Aplicable	Criterios a evaluar ESTRUCTURA			Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD
		Evidencia Observacional				Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Criterios y Subcriterios
		El evaluador deberá:				El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			
Clave	Nombre	Descripción			Analgesia							
Planificación Familiar												
486	CAUSES 2016	060.308.0227	CONDON FEMENINO	De poliuretano o látex lubricado con dos anillos flexibles en los extremos Envase con 1, 2 ó 3 piezas en empaque individual	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
487	CAUSES 2016	060.308.0177	CONDON MASCULINO	De hule látex Envase con 100 piezas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
488	CAUSES 2016	060.308.0029	DISPOSITIVOS	Intrauterino. T de cobre, 380 A. Anticonceptivo estéril con 380 mm2, de cobre, plástico grado médico 77% y sulfato de bario USP 23%, con filamento largo de 30 cm con tubo insertor, tope y émbolo insertor Pieza	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
489	CAUSES 2016	060.308.0151	DISPOSITIVOS	Intrauterino. Cu 375 corto. Anticonceptivo de polietileno estéril con 375 mm2, de cobre, con brazos laterales, curvados y flexibles, con 5 nódulos de retención cada uno, que le dan un ancho total de 16 a 20.5 mm. Filamento de 20 a 25 cm de longitud, con tubo insertor con tope cervical Pieza	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
490	CAUSES 2016	060.308.0169	DISPOSITIVOS	Intrauterino. Cu 375 estándar. Anticonceptivo de polietileno estéril con 375 mm2, de cobre, con brazos laterales, curvados y flexibles, con 5 nódulos de retención cada uno, que le da un ancho total de 16 a 20.5 mm. Filamento de 20 a 25 cm de longitud, con tubo insertor con tope cervical Pieza	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
491	CAUSES 2016	060.308.0193	DISPOSITIVOS	Intrauterino, T de cobre para nulíparas, estéril, con 380 mm2 de cobre enrollado con bordes redondos, con longitud horizontal de 22.20 a 23.20 mm, longitud vertical de 28.0 a 30.0 mm, filamento de 20 a 25 cm, bastidor con una mezcla del 77 al 85% de plástico grado médico y del 15 al 23% de sulfato de bario, con tubo insertor y aplicador montable con tope cervical Pieza	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
					491			491			491	

CALIFICACIÓN FARMACIA HMI	100.00%
---------------------------	---------

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

CAUSES-2N-2018

JCSSA001401		HOSPITAL REGIONAL COCULA		FARMACIA HP									
Núm.	Normatividad Aplicable	Criterios a evaluar ESTRUCTURA			Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional				Evidencia Observacional			Evidencia Observacional				
		El evaluador deberá:				El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			Criterios y Subcriterios	
Vacunas, Toxoides, Inmunoglobulinas, Antitoxinas													
1	CAUSES 2016	020.000.3847.00	FABOTERÁPICO POLIVALENTE ANTIALACRAN	FABOTERÁPICO POLIVALENTE ANTIALACRAN Solución inyectable Frasco ampula con liofilizado y ampolleta con diluyente de 5 ml.	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
2		020.000.3848.00	FABOTERÁPICO POLIVALENTE ANTIRACNIDO	FABOTERÁPICO POLIVALENTE ANTIRACNIDO Solución inyectable Frasco ampula con liofilizado y ampolleta con diluyente de 5 ml.	1		1		4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
3		020.000.3850.00	FABOTERÁPICO POLIVALENTE ANTICORALILLO	FABOTERÁPICO POLIVALENTE ANTICORALILLO Solución inyectable Frasco ampula con liofilizado y ampolleta con diluyente de 5 ml.	1		1		4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
4		020.000.3849.00	FABOTERÁPICO POLIVALENTE ANTIVIPERINO	FABOTERÁPICO POLIVALENTE ANTIVIPERINO Solución inyectable Frasco ampula con liofilizado y ampolleta con diluyente de 10 ml.	1		1		4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
Analgesia													
5	CAUSES 2016	010.000.0103.00	ÁCIDO ACETILSALICÍLICO	ÁCIDO ACETILSALICÍLICO Tableta soluble o efervescente 300 mg 20 tabletas solubles o efervescentes	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
6		010.000.0101.00	ÁCIDO ACETILSALICÍLICO	ÁCIDO ACETILSALICÍLICO Tableta 500 mg 20 tabletas	1		1		4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
7		040.000.2100.01	BUPRENORFINA	BUPRENORFINA Tableta sublingual 0.2 mg 20 tabletas	1		1		4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
8		040.000.2098.00	BUPRENORFINA	BUPRENORFINA Parche 20 mg Envase con 4 parches	1		1		4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
9		040.000.2097.00	BUPRENORFINA	BUPRENORFINA Parche 30 mg Envase con 4 parches	1		1		4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
10		040.000.4026.00	BUPRENORFINA	BUPRENORFINA Solución inyectable 0.30 mg/ml 6 ampolletas o frasco ampula con 1 ml	1		1		4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
11		040.000.2100.00	BUPRENORFINA	BUPRENORFINA Tableta sublingual 0.2 mg 10 tabletas	1		1		4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
12		010.000.4028.00	CLONIXINATO DE LISINA	CLONIXINATO DE LISINA Solución inyectable 100 mg/ 2 ml 5 ampolletas con 2 ml	1		1		4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
13		010.000.0247.00	DEXMEDETOMIDINA	DEXMEDETOMIDINA Solución inyectable 200 microgramo 1 frasco ampula	1		1		4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
14		010.000.4036.00	ETOFENAMATO	ETOFENAMATO Solución inyectable 1 g Ampolleta de 2 ml	1		1		4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
15		010.000.3422.00	KETOROLACO	KETOROLACO Solución Inyectable 30 mg 3 frascos ampula ó 3 ampolletas 1 ml	1		1		4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
16		010.000.0109.00	METAMIZOL SÓDICO	METAMIZOL SÓDICO Solución inyectable 1 g/ 2 ml 3 ampolletas con 2 ml	1		1		4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
17		010.000.0108.00	METAMIZOL SÓDICO	METAMIZOL SÓDICO Comprimido 500 mg 10 comprimidos	1		1		4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
18		040.000.2099.00	MORFINA	MORFINA Solución inyectable 2.5 mg 5 ampolletas con 2.5 ml	1		1		4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
19		040.000.4029.00	MORFINA	MORFINA Tableta 30 mg 20 tabletas	1		1		4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

CAUSES-2N-2018

JCSSA001401				HOSPITAL REGIONAL COCULA											
FARMACIA HP															
Núm.	Normatividad Aplicable	Criterios a evaluar ESTRUCTURA			Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO			Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL			Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional				Evidencia Observacional				Evidencia Observacional				Criterios y Subcriterios	
		El evaluador deberá:				El evaluador deberá:				El evaluador deberá:					
Clave	Nombre	Descripción													
20		040.000.4032.00	OXICODONA	OXICODONA Tableta de liberación prolongada 20 mg 30 tabletas	1			1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	
21		040.000.4033.00	OXICODONA	OXICODONA Tableta de liberación prolongada 10 mg 30 tabletas	1			1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	
22		010.000.0514.02	PARACETAMOL	PARACETAMOL Supositorio 100 mg 10 supositorios	1			1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	
23		010.000.0105.00	PARACETAMOL	PARACETAMOL Supositorio 300 mg 3 supositorios	1			1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	
24		010.000.0104.00	PARACETAMOL	PARACETAMOL Tableta 500 mg 10 tabletas	1			1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	
25		010.000.0106.00	PARACETAMOL	PARACETAMOL Solución oral 100 mg/ml Envase con gotero 15 ml	1			1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	
26		010.000.5720.00	PARACETAMOL	PARACETAMOL Solución inyectable 500 mg / 50ml Frasco ampula con 50 ml	1			1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	
27		010.000.5721.00	PARACETAMOL	PARACETAMOL Solución inyectable 1g / 100ml Frasco ampula con 100 ml	1			1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	
28		040.000.2106.00	TRAMADOL	TRAMADOL Solución inyectable 100 mg/ 2 ml 5 ampolletas	1			1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	
29		040.000.2096.00	TRAMADOL-PARACETAMOL	TRAMADOL-PARACETAMOL Tableta 37.5 mg / 325.0 mg 20 tabletas	1			1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	
Anestesia															
30		010.000.0204.00	ATROPINA	ATROPINA Solución inyectable 1 mg/ml 50 ampolletas con 1 ml	1			1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	
31		010.000.4055.00	BUPIVACAÍNA	BUPIVACAÍNA Solución inyectable Bupivacaína 15 mg Dextrosa 240 mg 5 ampolletas con 3 ml	1			1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	
32		010.000.0271.00	BUPIVACAÍNA	BUPIVACAÍNA Solución inyectable 5 mg/ml Envase con 30 ml	1			1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	
33		010.000.4061.00	CISATRACURIO, BESILATO DE	CISATRACURIO, BESILATO DE Solución inyectable 10 mg/5 ml (2 mg/ml) Ampolleta con 5 ml (10 mg/5 ml)	1			1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	
34		010.000.0234.00	DESFLURANO	DESFLURANO Liquido 240 ml. Envase con 240 ml.	1			1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	
35		040.000.0202.00	DIAZEPAM	DIAZEPAM Solución inyectable 10 mg/ 2 ml 50 ampolletas con 2 ml	1			1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	
36		040.000.0243.00	ETOMIDATO	ETOMIDATO Solución inyectable 20 mg/10 ml 5 ampolletas con 10 ml	1			1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	
37		040.000.0242.00	FENTANILO	FENTANILO Solución inyectable 0.5 mg/10 ml 6 ampolletas o frascos ampula con 10 ml	1			1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	
38		040.000.4054.00	FLUMAZENIL	FLUMAZENIL Solución inyectable 0.5 mg/5 ml Ampolleta con 5 ml	1			1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	
39		040.000.0226.00	KETAMINA	KETAMINA Solución inyectable 500 mg/10 ml Frasco ampula con 10 ml	1			1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

CAUSES-2N-2018

JCSSA001401				HOSPITAL REGIONAL COCULA				FARMACIA HP								
Núm.	Clave	Nombre	Descripción	Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO			Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL			Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD			
					Evidencia Observacional				Evidencia Observacional				Evidencia Observacional		Criterios y Subcriterios	
					El evaluador deberá:				El evaluador deberá:				El evaluador deberá:			
40	CAUSES 2016	010.000.0263.00	LIDOCAÍNA	LIDOCAÍNA Solución inyectable al 5 % 100 mg/2 ml 50 ampolletas con 2 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa					
41		010.000.0262.00	LIDOCAÍNA	LIDOCAÍNA Solución inyectable al 2 % 1 g/50 ml 5 frascos ampula con 50 ml	1			1				4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa		
42		010.000.0261.00	LIDOCAÍNA	LIDOCAÍNA Solución inyectable al 1 % 500 mg/50 ml 5 frascos ampula con 50 ml	1			1				4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa		
43		010.000.0264.00	LIDOCAÍNA	LIDOCAÍNA Solución al 10 % 10 g/100 ml 115 ml con atomizador manual	1			1				4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa		
44		010.000.0265.00	LIDOCAÍNA, EPINEFRINA	LIDOCAÍNA, EPINEFRINA Solución inyectable al 2% Lidocaína 1 g Epinefrina 0.25 mg 5 frascos ampula con 50 ml	1			1				4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa		
45		010.000.0267.00	LIDOCAÍNA, EPINEFRINA	LIDOCAÍNA, EPINEFRINA Solución inyectable al 2% Lidocaína 36 mg Epinefrina 0.018 mg 50 cartuchos dentales con 1.8 ml	1			1				4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa		
46		040.000.2108.00	MIDAZOLAM	MIDAZOLAM Solución inyectable 5 mg/5ml 5 ampolletas con 5 ml	1			1				4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa		
47		040.000.4060.00	MIDAZOLAM	MIDAZOLAM Solución inyectable 50 mg/10 ml 5 ampolletas con 10 ml	1			1				4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa		
48		040.000.4057.00	MIDAZOLAM	MIDAZOLAM Solución inyectable 15 mg/3 ml 5 ampolletas con 3 ml	1			1				4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa		
49		010.000.0291.00	NEOSTIGMINA	NEOSTIGMINA Solución inyectable 0.5 mg/ml 6 ampolletas con 1 ml	1			1				4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa		
50		010.000.0246.00	PROPOFOL	PROPOFOL Emulsión inyectable 200 mg/20 ml 5 ampolletas o frascos ampula de 20 ml	1			1				4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa		
51		010.000.4059.00	ROCURONIO, BROMURO DE	ROCURONIO, BROMURO DE Solución inyectable 50 mg/5 ml 12 ampolletas o frasco ampula 5 ml	1			1				4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa		
52		010.000.0269.00	ROPIVACAÍNA	ROPIVACAÍNA Solución inyectable 40 mg/20 ml 5 ampolletas con 20 ml	1			1				4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa		
53		010.000.0233.00	SEVOFLURANO	SEVOFLURANO Líquido o solución 250 ml Envase con 250 ml	1			1				4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa		
54		010.000.0252.00	SUXAMETONIO, CLORURO DE	SUXAMETONIO, CLORURO DE Solución inyectable 40 mg/2 ml 5 ampolletas con 2 ml	1			1				4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa		
55		040.000.0221.00	TIOFENTAL SÓDICO	TIOFENTAL SÓDICO Solución inyectable 0.5 g/20 ml Frasco ampula y diluyente con 20 ml	1			1				4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa		
56	010.000.0254.00	VECURONIO	VECURONIO Solución inyectable 4 mg/1 ml 50 frascos ampula con liofilizado y 50ampolletas con 1 ml de diluyente	1	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa								

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN CAUSES-2N-2018

JCSSA001401 HOSPITAL REGIONAL COCULA				FARMACIA HP				MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD							
Núm.	Normatividad Aplicable	Criterios a evaluar ESTRUCTURA			Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO			Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL			Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional				Evidencia Observacional				Evidencia Observacional				Criterios y Subcriterios	
		El evaluador deberá:				El evaluador deberá:				El evaluador deberá:					
Clave	Nombre	Descripción			Cardiología										
57	CAUSES 2016	010.000.5099.00	ADENOSINA	ADENOSINA Solución inyectable 6 mg 6 frascos ampula con 2 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	Verificar sistema de abasto.	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa				
58		010.000.4107.00	AMIODARONA	AMIODARONA Solución inyectable 150 mg 6 ampolletas con 3 ml	1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa				
59		010.000.4110.00	AMIODARONA	AMIODARONA Tableta 200 mg 20 tabletas	1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa				
60		010.000.2111.01	AMLODIPINO	AMLODIPINO Tableta o cápsula 5 mg 30 tabletas	1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa				
61		010.000.2530.00	CANDESARTÁN CILEXETILO-HIDROCLOROTIAZIDA	CANDESARTÁN CILEXETILO-HIDROCLOROTIAZIDA Tableta 16.0 mg/12.5mg 28 tabletas	1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa				
62		010.000.0574.00	CAPTOPRIL	CAPTOPRIL Tableta 25 mg 30 tabletas	1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa				
63		010.000.2101.00	CLONIDINA	CLONIDINA Comprimido 0.1 mg 30 comprimidos	1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa				
64		010.000.4246.01	CLOPIDOGREL	CLOPIDOGREL Gragea o tableta 75 mg 28 grageas o tabletas	1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa				
65		010.000.4246.00	CLOPIDOGREL	CLOPIDOGREL Gragea o tableta 75 mg 14 grageas o tabletas	1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa				
66		010.000.0561.00	CLORTALIDONA	CLORTALIDONA Tableta 50 mg 20 tabletas	1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa				
67		010.000.0504.00	DIGOXINA	DIGOXINA Solución inyectable 0.5 mg/2 ml 6 ampolletas de 2 ml	1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa				
68		010.000.0502.00	DIGOXINA	DIGOXINA Tableta 0.25 mg 20 tabletas	1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa				
69		010.000.0503.00	DIGOXINA	DIGOXINA Elixir 0.05 mg/ml Envase con 60 ml	1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa				
70		010.000.0615.00	DOBUTAMINA	DOBUTAMINA Solución inyectable 250 mg 5 ampolletas con 5 ml cada una o un frasco ampula con 20 ml	1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa				
71		010.000.0614.00	DOPAMINA	DOPAMINA Solución inyectable 200 mg/ 5 ml 5 ampolletas con 5 ml	1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa				
72		010.000.2501.00	ENALAPRIL O LISINOPRIL O RAMIPRIL	ENALAPRIL O LISINOPRIL O RAMIPRIL Cápsula o tableta 10 mg. 30 cápsulas o tabletas	1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa				
73	010.000.0611.00	EPINEFRINA	EPINEFRINA Solución inyectable 1 mg (1:1 000) 50 ampolletas de 1.0 ml	1	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa								
74	010.000.5104.00	ESMOLOL	ESMOLOL Solución inyectable 100 mg/ 10 ml Frasco ampula con 10 ml	1	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa								
75	010.000.4095.00	IRBESARTÁN	IRBESARTÁN Tableta 150 mg 28 tabletas	1	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa								
76	010.000.4096.00	IRBESARTÁN	IRBESARTÁN Tableta 300 mg 28 tabletas	1	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa								

acreditación de establecimientos y servicios de atención médica

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

CAUSES-2N-2018

JCSSA001401 HOSPITAL REGIONAL COCULA				FARMACIA HP												
Núm.	Normatividad Aplicable	Criterios a evaluar ESTRUCTURA			Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO			Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL			Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD		
		Evidencia Observacional				Evidencia Observacional				Evidencia Observacional				Criterios y Subcriterios		
		El evaluador deberá:				El evaluador deberá:				El evaluador deberá:						
		Clave	Nombre	Descripción												
77		010.000.0522.00	LIDOCAÍNA	LIDOCAÍNA Solución inyectable 100 mg/ 5 ml Ampolleta con 5 ml	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
78		010.000.2520.00	LOSARTÁN	LOSARTÁN Gragea o comprimido recubierto 50 mg 30 grageas o comprimidos	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
79		010.000.0566.00	METILDOPA	METILDOPA Tableta 250 mg 30 tabletas	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
80		010.000.0572.00	METOPROLOL	METOPROLOL Tableta 100 mg 20 tabletas	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
81		010.000.0599.00	NIFEDIPINO	NIFEDIPINO Comprimido de liberación prolongada 30 mg 30 comprimidos	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
82		010.000.0597.00	NIFEDIPINO	NIFEDIPINO Cápsula de gelatina blanda 10 mg 20 cápsulas	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
83		010.000.0569.00	NITROPRUSIATO DE SODIO	NITROPRUSIATO DE SODIO Solución inyectable 50 mg Frasco ampula	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
84		010.000.0530.00	PROPRANOLOL	PROPRANOLOL Tableta 40 mg 30 tabletas	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
85		010.000.0539.00	PROPRANOLOL	PROPRANOLOL Tableta 10 mg 30 tabletas	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
86		010.000.2540.00	TELMISARTÁN	TELMISARTÁN Tableta 40 mg 30 tabletas	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
87		010.000.2542.00	TELMISARTÁN-HIDROCLOROTIAZID A	TELMISARTÁN-HIDROCLOROTIAZIDA Tableta 80.0 mg/12.5 mg 14 tabletas	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
88		010.000.0598.00	VERAPAMILO	VERAPAMILO Solución inyectable 5 mg/ 2 ml Ampolleta con 2 ml	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
89		010.000.0596.00	VERAPAMILO	VERAPAMILO Gragea o tableta recubierta 80 mg 20 grageas o tabletas recubiertas	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
90		010.000.0623.00	WARFARINA	WARFARINA Tableta 5 mg 25 Tablet	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN CAUSES-2N-2018

JCSSA001401				HOSPITAL REGIONAL COCULA				FARMACIA HP				MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD			
Núm.	Normatividad Aplicable	Criterios a evaluar ESTRUCTURA			Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO			Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL			Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional				Evidencia Observacional				Evidencia Observacional				Criterios y Subcriterios	
		El evaluador deberá:				El evaluador deberá:				El evaluador deberá:					
		Clave	Nombre	Descripción											
						Dermatología									
91	CAUSES 2016	010.000.0904.00	ÁCIDO RETINOICO	ÁCIDO RETINOICO Crema 0.05 g/ 100 g Envase con 20 g	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa				
92		010.000.0831.00	ALANTOÍNA Y ALQUITRÁN DE HULLA	ALANTOÍNA Y ALQUITRÁN DE HULLA Suspensión dérmica 20 mg/ml y 9.4 mg/ml Envase con 120 ml	1		1		4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa					
93		010.000.0871.00	ALIBOUR	ALIBOUR Polvo Sulfato de cobre 177 mg/g Sulfato de zinc 619.5 mg/g alcanfor 26.5 mg/g 12 sobres con 2.2 g	1		1		4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa					
94		010.000.0801.00	BAÑO COLOIDE	BAÑO COLOIDE Polvo Harina de soya 965 mg/g Polividona 20 mg/g Un sobre con 90 g	1		1		4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa					
95		010.000.0861.00	BENCILO	BENCILO Emulsión dérmica 300 mg/ml Envase con 120 ml	1		1		4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa					
96		010.000.0822.02	BENZOILO	BENZOILO Loción dérmica o gel dérmico 5 g/100 ml o 5 g/ 100 g Envase con 60 ml	1		1		4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa					
97		010.000.0822.01	BENZOILO	BENZOILO Loción dérmica o gel dérmico 5 g/100 ml o 5 g/ 100 g Envase con 50 ml	1		1		4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa					
98		010.000.0822.00	BENZOILO	BENZOILO Loción dérmica o gel dérmico 5 g/100 ml o 5 g/ 100 g Envase con 30 ml	1		1		4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa					
99		010.000.2119.00	BETAMETASONA	BETAMETASONA Ungüento 50 mg/ 100 g Envase con 30 g	1		1		4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa					
100		010.000.4136.00	CLINDAMICINA	CLINDAMICINA Gel 1 g/ 100 g Envase con 30 g	1		1		4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa					
101		010.000.0813.00	HIDROCORTISONA	HIDROCORTISONA Crema 1 mg/g Envase con 15 g	1		1		4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa					
102		010.000.2024.00	ISOCONAZOL	ISOCONAZOL Crema 1 g/ 100 g Envase con 20 g	1		1		4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa					
103		010.000.0891.00	MICONAZOL	MICONAZOL Crema 20 mg/ 1 g Envase con 20 g	1		1		4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa					
104		010.000.0804.00	ÓXIDO DE ZINC	ÓXIDO DE ZINC Pasta 25 g/100 g Envase con 30 g	1		1		4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa					
105		010.000.0865.00	PERMETRINA	PERMETRINA Solución 1 g Envase con 110 ml	1		1		4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa					
106		010.000.0901.00	PODOFILINA	PODOFILINA Solución dérmica 250 mg/ml Envase con 5 ml	1		1		4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa					
107		010.000.4126.00	SULFADIAZINA DE PLATA	SULFADIAZINA DE PLATA Crema 1 g / 100 g Envase con 375 g	1		1		4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa					

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

CAUSES-2N-2018

JCSSA001401				HOSPITAL REGIONAL COCULA				FARMACIA HP							
Núm.	Clave	Nombre	Descripción	Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO			Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL			Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD		
					Evidencia Observacional				Evidencia Observacional						
					El evaluador deberá:				El evaluador deberá:				Criterios y Subcriterios		
Endocrinología y Metabolismo															
108	010.000.5106.00	ATORVASTATINA	ATORVASTATINA Tableta 20 mg 10 tabletas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica					
109	010.000.0655.00	BEZAFIBRATO	BEZAFIBRATO Tableta 200 mg 30 tabletas	1		1		4. Planeación	4.3 Planeación Operativa						
110	010.000.1006.00	CALCIO	CALCIO Comprimido efervescente 500 mg 12 comprimidos	1		1		4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica						
111	010.000.3432.00	DEXAMETASONA	DEXAMETASONA Tableta 0.5 mg 30 tabletas	1		1		4. Planeación	4.3 Planeación Operativa						
112	010.000.4024.05	EZETIMIBA	EZETIMIBA Tableta 10 mg 30 tabletas	1		1		4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica						
113	010.000.4156.00	INSULINA ASPÁRTICA	INSULINA ASPÁRTICA Solución inyectable 100 UI/ml Frasco ampula con 10 ml	1		1		4. Planeación	4.3 Planeación Operativa						
114	010.000.4165.01	INSULINA DETEMIR	INSULINA DETEMIR Solución inyectable 100 U (14.20 mg) Envase con 5 plumas prellenadas con 3 ml (100 U/ml)	1		1		4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica						
115	010.000.4165.00	INSULINA DETEMIR	INSULINA DETEMIR Solución inyectable 100 U (14.20 mg) Envase con 1 pluma prellenada con 3 ml (100 U/ml)	1		1		4. Planeación	4.3 Planeación Operativa						
116	010.000.4158.01	INSULINA GLARGINA	INSULINA GLARGINA Solución inyectable 3.64 mg/ml Envase con 5 cartuchos de vidrio con 3 ml en dispositivo desechable	1		1		4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica						
117	010.000.4158.00	INSULINA GLARGINA	INSULINA GLARGINA Solución inyectable 3.64 mg/ml Envase con un frasco ampula con 10 ml	1		1		4. Planeación	4.3 Planeación Operativa						
118	010.000.1051.00	INSULINA HUMANA	INSULINA HUMANA Solución inyectable 100 UI/ml Un frasco ampula con 5 ml	1		1		4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica						
119	010.000.4157.00	INSULINA HUMANA	INSULINA HUMANA Suspensión inyectable 100 UI/ml Un frasco ampula con 10 ml	1		1		4. Planeación	4.3 Planeación Operativa						
120	010.000.1051.01	INSULINA HUMANA	INSULINA HUMANA Solución inyectable 100 UI/ml Un frasco ampula con 10 ml	1		1		4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica						
121	010.000.1050.01	INSULINA HUMANA	INSULINA HUMANA Suspensión inyectable 100 UI/ml Un frasco ampula con 10 ml	1		1		4. Planeación	4.3 Planeación Operativa						
122	010.000.1050.00	INSULINA HUMANA	INSULINA HUMANA Suspensión inyectable 100 UI/ml Un frasco ampula con 5 ml	1		1		4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica						
123	010.000.4162.00	INSULINA LISPRO	INSULINA LISPRO Solución inyectable 100 UI/ml Frasco ampula con 10 ml	1		1		4. Planeación	4.3 Planeación Operativa						
124	010.000.4148.00	INSULINA LISPRO, LISPRO PROTAMINA	INSULINA LISPRO, LISPRO PROTAMINA Suspensión inyectable 100 UI 2 cartuchos con 3 ml o frasco ampula con 10 ml	1	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica								
125	010.000.1007.00	LEVOTIROXINA	LEVOTIROXINA Tableta 100 microgramo 100 tabletas	1	1	4. Planeación	4.3 Planeación Operativa								
126	010.000.3433.00	METILPREDNISOLONA	METILPREDNISOLONA Suspensión inyectable 40 mg/ ml Frasco ampula con 2 ml	1	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica								
127	010.000.0476.00	METILPREDNISOLONA	METILPREDNISOLONA Solución inyectable 500 mg/ 8 ml 50 frascos ampula y 50 ampolletas con 8 ml de diluyente	1	1	4. Planeación	4.3 Planeación Operativa								

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN													CAUSES-2N-2018			
JCSSA001401															HOSPITAL REGIONAL COCULA	
FARMACIA HP																
	Normatividad Aplicable	Criterios a evaluar ESTRUCTURA			Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD				
		Evidencia Observacional				Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Criterios y Subcriterios				
		El evaluador deberá:				El evaluador deberá:			El evaluador deberá:							
Núm.		Clave	Nombre	Descripción												
128		010.000.0657.00	PRAVASTATINA	PRAVASTATINA Tableta 10 mg 30 tabletas	1			1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
129		010.000.0472.00	PREDNISONA	PREDNISONA Tableta 5 mg 20 tabletas	1			1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
130		010.000.0473.00	PREDNISONA	PREDNISONA Tableta 50 mg 20 tabletas	1			1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
131		010.000.4124.00	SIMVASTATINA	SIMVASTATINA Tableta 20 mg 14 tabletas	1			1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
132		010.000.4124.01	SIMVASTATINA	SIMVASTATINA Tableta 20 mg 30 tabletas	1			1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
133		010.000.1022.00	TIAMAZOL	TIAMAZOL Tableta 5 mg 20 tabletas	1			1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN CAUSES-2N-2018

JCSSA001401				HOSPITAL REGIONAL COCULA				FARMACIA HP				MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD			
Núm.	Clave	Nombre	Descripción	Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO				Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL				Puntaje	Criterios y Subcriterios
					Evidencia Observacional					Evidencia Observacional					
					El evaluador deberá:					El evaluador deberá:					
Enfermedades Infecciosas y Parasitarias															
134	010.000.2126.00	ACICLOVIR	ACICLOVIR Comprimido o tableta 400 mg 35 comprimidos o tabletas	1					1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
135	010.000.4264.00	ACICLOVIR	ACICLOVIR Solución inyectable 250 mg 5 frascos ampula	1					1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
136	010.000.4263.00	ACICLOVIR	ACICLOVIR Comprimido o tableta 200 mg 25 comprimidos o tabletas	1					1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
137	010.000.1344.00	ALBENDAZOL	ALBENDAZOL Tableta 200 mg 2 tabletas	1					1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
138	010.000.1345.00	ALBENDAZOL	ALBENDAZOL Suspensión oral 400 mg/20 ml Envase con 20 ml	1					1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
139	010.000.2012.00	AMFORTERICINA B	AMFORTERICINA B solución inyectable 50 mg Frasco ampula	1					1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
140	010.000.1956.00	AMIKACINA	AMIKACINA Solución inyectable 500 mg/ 2 ml 1 ampolleta o frasco ampula	1					1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
141	010.000.1957.00	AMIKACINA	AMIKACINA Solución inyectable 100 mg/ 2 ml 1 ampolleta o frasco ampula	1					1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
142	010.000.1956.01	AMIKACINA	AMIKACINA Solución inyectable 500 mg/ 2 ml 2 ampolletas o frasco ampula	1					1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
143	010.000.2128.01	AMOXICILINA	AMOXICILINA Cápsula 500 mg 15 cápsulas	1					1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
144	010.000.2127.00	AMOXICILINA	AMOXICILINA Suspensión 500 mg/ 5 ml Envase para 75 ml	1					1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
145	010.000.2128.00	AMOXICILINA	AMOXICILINA Cápsula 500 mg 12 cápsulas	1					1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
146	010.000.2230.01	AMOXICILINA-ACIDO CLAVULÁNICO	AMOXICILINA-ACIDO CLAVULÁNICO Tableta 500 mg/125 mg 16 tabletas	1					1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
147	010.000.2130.00	AMOXICILINA-ACIDO CLAVULÁNICO	AMOXICILINA-ACIDO CLAVULÁNICO Solución inyectable 500 mg/100 mg Envase con un frasco ampula con 10 ml	1					1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
148	010.000.2129.00	AMOXICILINA-ACIDO CLAVULÁNICO	AMOXICILINA-ACIDO CLAVULÁNICO Suspensión 125 mg/31.25 mg/ 5 ml Envase con 60 ml	1					1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
149	010.000.2230.00	AMOXICILINA-ACIDO CLAVULÁNICO	AMOXICILINA-ACIDO CLAVULÁNICO Tableta 500 mg/125 mg 12 tabletas	1					1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
150	010.000.1930.00	AMPICILINA	AMPICILINA Suspensión 250 mg/ 5 ml Envase para 60 ml	1					1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
151	010.000.1931.00	AMPICILINA	AMPICILINA Solución inyectable 500 mg/2 ml Frasco ampula y diluyente con 2 ml	1					1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
152	010.000.1929.00	AMPICILINA	AMPICILINA Tableta o cápsula 500 mg 20 tabletas o cápsulas	1					1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
153	010.000.1969.01	AZITROMICINA	AZITROMICINA Tableta 500 mg 4 tabletas	1					1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN CAUSES-2N-2018

JCSSA001401		HOSPITAL REGIONAL COCULA												
					FARMACIA HP									
Núm.	Normatividad Aplicable	Criterios a evaluar ESTRUCTURA				Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional					Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Criterios y Subcriterios	
		El evaluador deberá:					El evaluador deberá:			El evaluador deberá:				
		Clave	Nombre	Descripción										
154		010.000.1938.00	BENCILPENICILINA BENZATÍNICA COMUESTA	BENCILPENICILINA BENZATÍNICA COMUESTA Suspensión inyectable Benzatínica 600 000 UI Procaínica 300 000 UI Cristalina 300 000 UI Frasco ampula y diluyente con 3 ml	1			1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	
155		010.000.2510.00	BENCILPENICILINA PROCAÍNICA	BENCILPENICILINA PROCAÍNICA Suspensión inyectable 2 400 000 UI Frasco ampula con diluyente	1			1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	
156		010.000.1923.00	BENCILPENICILINA PROCAÍNICA CON BENCILPENICILINA CRISTALINA	BENCILPENICILINA PROCAÍNICA CON BENCILPENICILINA CRISTALINA Suspensión inyectable 300 000 UI /100 000 UI Frasco ampula y diluyente con 2 ml	1			1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	
157		010.000.1924.00	BENCILPENICILINA PROCAÍNICA CON BENCILPENICILINA CRISTALINA	BENCILPENICILINA PROCAÍNICA CON BENCILPENICILINA CRISTALINA Suspensión inyectable 600 000 UI/200 000 UI Frasco ampula y diluyente con 2 ml	1			1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	
158		010.000.1933.00	BENCILPENICILINA SÓDICA CRISTALINA	BENCILPENICILINA SÓDICA CRISTALINA Solución inyectable 5 000 000 UI Frasco ampula	1			1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	
159		010.000.1921.00	BENCILPENICILINA SÓDICA CRISTALINA	BENCILPENICILINA SÓDICA CRISTALINA Solución inyectable 1 000 000 UI Frasco ampula con o sin 2 ml de diluyente	1			1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	
160		010.000.1925.00	BENZATINA BENCILPENICILINA	BENZATINA BENCILPENICILINA Suspensión inyectable 1 200 000 UI Frasco ampula y diluyente con 5 ml	1			1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	
161		010.000.1939.00	CEFALEXINA	CEFALEXINA Tableta ó cápsula 500 mg 20 tabletas ó cápsulas	1			1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	
162		010.000.5256.00	CEFALOTINA	CEFALOTINA Solución inyectable 1 g/5 ml Frasco ampula y 5 ml de diluyente	1			1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	
163		010.000.5295.00	CEFEPIMA	CEFEPIMA Solución inyectable 1 g/3 ó 10 ml Frasco ampula y 3 ml de diluyente.	1			1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	
164		010.000.5295.01	CEFEPIMA	CEFEPIMA Solución inyectable 1 g/3 ó 10 ml Frasco ampula y 10 ml de diluyente.	1			1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	
165		010.000.5284.00	CEFEPIMA	CEFEPIMA Solución inyectable 500 mg/5 ml Frasco ampula y 5 ml de diluyente	1			1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	
166		010.000.1935.00	CEFOTAXIMA	CEFOTAXIMA Solución inyectable 1 g/4 ml Frasco ampula y 4 ml de diluyente	1			1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	
167		010.000.1937.00	CEFTRIAXONA	CEFTRIAXONA Solución inyectable 1 g/10 ml Frasco ampula y 10 ml de diluyente	1			1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	
168		010.000.4255.00	CIPROFLOXACINO	CIPROFLOXACINO Cápsula ó tableta 250 mg 8 cápsulas ó tabletas	1			1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	
169		010.000.4259.00	CIPROFLOXACINO	CIPROFLOXACINO Solución inyectable 200 mg/100 ml Envase con 100 ml	1			1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	
170		010.000.4258.00	CIPROFLOXACINO	CIPROFLOXACINO Suspensión 250 mg/5 ml Envase con 5 g y 93 ml de diluyente	1			1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	
171		010.000.2132.00	CLARITROMICINA	CLARITROMICINA Tableta 250 mg 10 tabletas	1			1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	
172		010.000.1976.00	CLINDAMICINA	CLINDAMICINA Solución inyectable 900 mg/50 ml Frasco con 50 ml.	1			1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa	

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

CAUSES-2N-2018

JCSSA001401 HOSPITAL REGIONAL COCULA				FARMACIA HP											
Núm.	Normatividad Aplicable	Criterios a evaluar ESTRUCTURA			Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO			Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL			Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional				Evidencia Observacional				Evidencia Observacional				Criterios y Subcriterios	
		El evaluador deberá:				El evaluador deberá:				El evaluador deberá:					
		Clave	Nombre	Descripción											
173	CAUSES 2016	010.000.1973.00	CLINDAMICINA	CLINDAMICINA Solución inyectable 300 mg/2 ml Ampolleta con 2 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica				
174		010.000.2133.00	CLINDAMICINA	CLINDAMICINA Cápsula 300 mg 16 cápsulas	1		1		1	4. Planeación	4.3 Planeación Operativa				
175		010.000.1991.00	CLORANFENICOL	CLORANFENICOL Cápsula 500 mg 20 cápsulas	1		1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica				
176		010.000.2030.00	CLOROQUINA	CLOROQUINA Tableta 150 mg 1000 tabletas	1		1		1	4. Planeación	4.3 Planeación Operativa				
177		010.000.0906.00	DAPSONA	DAPSONA Tableta 100 mg 1000 tabletas	1		1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica				
178		010.000.1927.00	DICLOXACILINA	DICLOXACILINA Suspensión 250 mg/ 5 ml Envase para 60 ml	1		1		1	4. Planeación	4.3 Planeación Operativa				
179		010.000.1928.00	DICLOXACILINA	DICLOXACILINA Solución inyectable 250 mg/5 ml Frasco ampula y 5 ml de diluyente	1		1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica				
180		010.000.1926.00	DICLOXACILINA	DICLOXACILINA Cápsula o comprimido 500 mg 20 cápsulas o comprimidos	1		1		1	4. Planeación	4.3 Planeación Operativa				
181		010.000.1940.00	DOXICICLINA	DOXICICLINA Cápsula o tableta 100 mg 10 cápsulas o tabletas	1		1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica				
182		010.000.1941.00	DOXICICLINA	DOXICICLINA Cápsula o tableta 50 mg 28 cápsulas o tabletas	1		1		1	4. Planeación	4.3 Planeación Operativa				
183		010.000.1971.00	ERITROMICINA	ERITROMICINA Cápsula o tableta 500 mg 20 cápsulas o tabletas	1		1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica				
184		010.000.1972.00	ERITROMICINA	ERITROMICINA Suspensión 250 mg/ 5 ml Envase para 100 ml	1		1		1	4. Planeación	4.3 Planeación Operativa				
185		010.000.2403.00	ESTREPTOMICINA	ESTREPTOMICINA Solución inyectable 1 g Frasco ampula y diluyente con 2 ml	1		1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica				
186		010.000.2405.00	ETAMBUTOL	ETAMBUTOL Tableta 400 mg 50 tabletas	1		1		1	4. Planeación	4.3 Planeación Operativa				
187		010.000.1955.00	GENTAMICINA	GENTAMICINA Solución inyectable 20 mg Ampolleta con 2 ml	1		1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica				
188		010.000.1954.00	GENTAMICINA	GENTAMICINA Solución inyectable 80 mg Ampolleta con 2 ml	1		1		1	4. Planeación	4.3 Planeación Operativa				
189		010.000.5287.00	IMIPENEM Y CILASTATINA	IMIPENEM Y CILASTATINA Solución inyectable 250 mg/250 mg Envase con un frasco ampula	1		1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica				
190		010.000.5265.00	IMIPENEM Y CILASTATINA	IMIPENEM Y CILASTATINA Solución inyectable 500 mg/ 500 mg Envase con un frasco ampula	1		1		1	4. Planeación	4.3 Planeación Operativa				
191		010.000.2404.00	ISONIAZIDA	ISONIAZIDA Tableta 100 mg 200 tabletas	1		1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica				
192		010.000.2417.00	ISONIAZIDA Y RIFAMPICINA	ISONIAZIDA Y RIFAMPICINA Tableta recubierta 400 mg/ 300 mg 90 tabletas recubiertas	1		1		1	4. Planeación	4.3 Planeación Operativa				
193		010.000.2418.00	ISONIAZIDA, RIFAMPICINA, PIRAZINAMIDA, ETAMBUTOL	ISONIAZIDA, RIFAMPICINA, PIRAZINAMIDA, ETAMBUTOL Tableta 75 mg/ 150 mg/ 400 mg/ 300 mg 240 tabletas	1		1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica				

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN CAUSES-2N-2018

JCSSA001401 HOSPITAL REGIONAL COCULA				FARMACIA HP												
Núm.	Normatividad Aplicable	Criterios a evaluar ESTRUCTURA			Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO			Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL			Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD		
		Evidencia Observacional				Evidencia Observacional				Evidencia Observacional				Criterios y Subcriterios		
		El evaluador deberá:				El evaluador deberá:				El evaluador deberá:						
		Clave	Nombre	Descripción												
194		010.000.2018.00	ITRACONAZOL	ITRACONAZOL Cápsula 100 mg 15 cápsulas	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa
195		010.000.1951.00	KANAMICINA	KANAMICINA Solución inyectable 1 g Frasco ampula	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa
196		010.000.2016.00	KETOCONAZOL	KETOCONAZOL Tableta 200 mg 10 tabletas	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa
197		010.000.4249.00	LEVOFLOXACINO	LEVOFLOXACINO Solución inyectable 500 mg/100 ml Envase con 100 ml	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa
198		010.000.4299.00	LEVOFLOXACINO	LEVOFLOXACINO Tableta 500 mg 7 tabletas	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa
199		010.000.4300.00	LEVOFLOXACINO	LEVOFLOXACINO Tableta 750 mg 7 tabletas	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa
200		010.000.4290.00	LINEZOLID	LINEZOLID Tableta 600 mg 10 tabletas	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa
201		010.000.2136.00	MEBENDAZOL	MEBENDAZOL Tableta 100 mg 6 tabletas	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa
202		010.000.5292.00	MEROPENEM	MEROPENEM Solución inyectable 1 g 1 frasco ampula	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa
203		010.000.1309.00	METRONIDAZOL	METRONIDAZOL Solución inyectable 200 mg/ 10 ml 2 ampolletas ó frascos ampula con 10 ml	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa
204		010.000.1310.00	METRONIDAZOL	METRONIDAZOL Suspensión 250 mg/ 5 ml Envase con 120 ml	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa
205		010.000.1308.01	METRONIDAZOL	METRONIDAZOL Tableta 500 mg 30 tabletas	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa
206		010.000.1311.00	METRONIDAZOL	METRONIDAZOL Solución inyectable 500 mg/100 ml Envase con 100 ml	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa
207		010.000.1308.00	METRONIDAZOL	METRONIDAZOL Tableta 500 mg 20 tabletas	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa
208		010.000.4139.01	MINOCICLINA	MINOCICLINA Gragea 100 mg 48 grageas	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa
209		010.000.4260.00	NISTATINA	NISTATINA Suspensión Oral 100,000 UI/ml Envase para 24 ml	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa
210		010.000.2524.00	NITAZOXANIDA	NITAZOXANIDA Suspensión oral 100 mg/5 ml Envase con 30 ml	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa
211		010.000.2519.00	NITAZOXANIDA	NITAZOXANIDA Tableta 200 mg 6 tabletas	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa
212		010.000.1911.00	NITROFURANTOÍNA	NITROFURANTOÍNA Cápsula 100 mg 40 cápsulas	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa
213		010.000.5302.00	NITROFURANTOÍNA	NITROFURANTOÍNA Suspensión 25 mg/ 5ml Envase con 120 ml	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa
214		010.000.4261.02	OFLOXACINA	OFLOXACINA Tableta 400 mg 12 tabletas	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa

acreditación de establecimientos y servicios de atención médica

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

CAUSES-2N-2018

JCSA001401 HOSPITAL REGIONAL COCULA				FARMACIA HP											
Núm.	Normatividad Aplicable	Criterios a evaluar ESTRUCTURA			Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO			Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL			Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional				Evidencia Observacional				Evidencia Observacional				Criterios y Subcriterios	
		El evaluador deberá:				El evaluador deberá:				El evaluador deberá:					
		Clave	Nombre	Descripción											
215		010.000.4261.01	OFLOXACINA	OFLOXACINA Tableta 400 mg 8 tabletas	1				1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa
216		010.000.4261.00	OFLOXACINA	OFLOXACINA Tableta 400 mg 6 tabletas	1				1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa
217		010.000.4592.00	PIPERACILINA-TAZOBACTAM	PIPERACILINA-TAZOBACTAM Solución inyectable 4 g / 500 mg Frasco ampula.	1				1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa
218		010.000.2138.00	PIRANTEL	PIRANTEL Tableta 250 mg 6 tabletas	1				1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa
219		010.000.2040.00	PRAZICUANTEL	PRAZICUANTEL Tableta 600 mg 25 tabletas	1				1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa
220		010.000.2032.00	PRIMAQUINA	PRIMAQUINA Tableta 15 mg 20 tabletas	1				1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa
221		010.000.2031.00	PRIMAQUINA	PRIMAQUINA Tableta 5 mg 20 tabletas	1				1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa
222		010.000.2409.00	RIFAMPICINA	RIFAMPICINA Cápsula o comprimido o tableta recubierta 300 mg 1 000 cápsulas o comprimidos o tabletas recubiertas	1				1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa
223		010.000.2410.00	RIFAMPICINA	RIFAMPICINA Suspensión 100 mg/ 5 ml Envase con 120 ml	1				1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa
224		010.000.1981.00	TETRACICLINA	TETRACICLINA Tableta o cápsula 250 mg 10 tabletas o cápsulas	1				1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa
225		010.000.5255.00	TRIMETOPRIMA Y SULFAMETOXAZOL	TRIMETOPRIMA Y SULFAMETOXAZOL Solución inyectable 160 mg y 800 mg 6 ampolletas con 3 ml	1				1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa
226		010.000.1904.00	TRIMETOPRIMA-SULFAMETOXAZOL	TRIMETOPRIMA-SULFAMETOXAZOL Suspensión 40 mg/200 mg/ 5 ml Envase con 120 ml	1				1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa
227		010.000.1903.00	TRIMETOPRIMA-SULFAMETOXAZOL	TRIMETOPRIMA-SULFAMETOXAZOL Tableta o comprimido 80 mg y 400 mg 20 tabletas o comprimidos	1				1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa
228		010.000.4372.00	VALACICLOVIR	VALACICLOVIR Comprimido recubierto 500 mg 10 comprimidos recubiertos	1				1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa
229		010.000.4372.01	VALACICLOVIR	VALACICLOVIR Comprimido recubierto 500 mg 42 comprimidos recubiertos	1				1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa
230		010.000.4251.00	VANCOMICINA	VANCOMICINA Solución inyectable 500 mg Frasco ampula	1				1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica	4.3 Planeación Operativa

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

CAUSES-2N-2018

JCSSA001401 HOSPITAL REGIONAL COCULA					FARMACIA HP										
Núm.	Normatividad Aplicable	Criterios a evaluar ESTRUCTURA			Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO			Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL			Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional				Evidencia Observacional				Evidencia Observacional				Criterios y Subcriterios	
		El evaluador deberá:				El evaluador deberá:				El evaluador deberá:					
Clave	Nombre	Descripción													
Enfermedades Inmunoalérgicas															
231	CAUSES 2016	010.000.2141.00	BETAMETASONA	BETAMETASONA Solución inyectable 4 mg / ml Ampolleta o frasco ampula con 1 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4.	Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
232		010.000.2142.00	CLORFENAMINA	CLORFENAMINA Solución inyectable 10 mg/ml 5 ampolletas	1				1	4.	Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
233		010.000.0408.00	CLORFENAMINA	CLORFENAMINA Jarabe 0.5 mg / ml Envase con 60 ml	1				1	4.	Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
234		010.000.0402.00	CLORFENAMINA	CLORFENAMINA Tableta 4 mg 20 Tabletas	1				1	4.	Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
235		010.000.5079.00	CLOROPIRAMINA	CLOROPIRAMINA Solución inyectable 20 mg / 2 ml 5 ampolletas con 2 ml	1				1	4.	Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
236		010.000.0464.00	CROMOGLICATO DE SODIO	CROMOGLICATO DE SODIO Suspensión aerosol 3.6 g/100 g Envase con 16 g para 112 inhalaciones	1				1	4.	Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
237		010.000.0405.00	DIFENHIDRAMINA	DIFENHIDRAMINA Jarabe 12.5 mg/5 ml Envase con 60 ml	1				1	4.	Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
238		010.000.0406.00	DIFENHIDRAMINA	DIFENHIDRAMINA Solución inyectable 100 mg/10 ml Frasco ampula con 10 ml	1				1	4.	Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
239		010.000.0474.00	HIDROCORTISONA	HIDROCORTISONA Solución inyectable 100 mg/2 ml 50 Frascos ampula y 50 ampolletas con 2 ml de diluyente	1				1	4.	Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
240		010.000.2144.00	LORATADINA	LORATADINA Tableta o gragea 10 mg 20 tabletas o grageas	1				1	4.	Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
241	010.000.2145.00	LORATADINA	LORATADINA Jarabe 5 mg / 5 ml Envase con 60 ml	1	1	4.	Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa							
Gastroenterología															
242		010.000.1224.00	ALUMINIO Y MAGNESIO	ALUMINIO Y MAGNESIO Suspensión oral Al 3.7mg 4 g ó 8.9g/ 100 ml Envase con 240 ml	1		1		1	4.	Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
243		010.000.1223.00	ALUMINIO Y MAGNESIO	ALUMINIO Y MAGNESIO Tableta masticable Al 200 mg 200 ó 447.3 mg 50 tabletas	1				1	4.	Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
244		010.000.1263.00	BISMUTO	BISMUTO Suspensión oral 1.750 g/ 100 ml Envase con 240 ml	1				1	4.	Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
245		010.000.2146.00	BUTILHIOSCINA-METAMIZOL	BUTILHIOSCINA-METAMIZOL Solución inyectable 20 mg/2.5 g/5 ml 5 ampolletas con 5 ml	1				1	4.	Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
246		010.000.1206.00	BUTILHIOSCINAO HIOSCINA	BUTILHIOSCINAO HIOSCINA Gragea o tableta 10 mg 10 grageas o tabletas	1				1	4.	Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
247		010.000.1207.00	BUTILHIOSCINAO HIOSCINA	BUTILHIOSCINAO HIOSCINA Solución inyectable 20 mg/ ml 3 Ampolletas con 1.0 ml	1				1	4.	Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
248		010.000.2248.00	CINITAPRIDA	CINITAPRIDA Granulado 1 mg 30 sobres	1				1	4.	Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
249		010.000.2249.00	CINITAPRIDA	CINITAPRIDA Solución oral 20 mg/100 ml (1 mg/5 ml) Envase con 120 ml y cucharita dosificadora	1				1	4.	Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN CAUSES-2N-2018

JCSSA001401 HOSPITAL REGIONAL COCULA				FARMACIA HP												
Núm.	Normatividad Aplicable	Criterios a evaluar ESTRUCTURA			Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO			Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL			Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD		
		Evidencia Observacional				Evidencia Observacional				Evidencia Observacional						
		El evaluador deberá:				El evaluador deberá:				El evaluador deberá:				Criterios y Subcriterios		
		Clave	Nombre	Descripción												
250	CAUSES 2016	010.000.2247.00	CINITAPRIDA	CINITAPRIDA Comprimido 1 mg 25 comprimidos	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.		1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa				
251		010.000.0260.02	LIDOCAÍNA	LIDOCAÍNA Gel 20 mg/ml Envase con 30 ml	1			1					4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
252		010.000.1363.00	LIDOCAÍNA - HIDROCORTISONA	LIDOCAÍNA - HIDROCORTISONA Unguento 50 mg/2.5 mg/l g Envase con 20 g y aplicador	1			1					4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
253		010.000.1364.00	LIDOCAÍNA - HIDROCORTISONA	LIDOCAÍNA - HIDROCORTISONA Supositorio 60 mg/5 mg 6 supositorios	1			1					4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
254		010.000.4184.00	LOPERAMIDA	LOPERAMIDA Comprimido, tableta o gragea 2 mg 12 comprimidos, tabletas o grageas	1			1					4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
255		010.000.1242.00	METOCLOPRAMIDA	METOCLOPRAMIDA Tableta 10 mg 20 tabletas	1			1					4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
256		010.000.1241.00	METOCLOPRAMIDA	METOCLOPRAMIDA Solución inyectable 10 mg/2 ml 6 ampollitas con 2 ml	1			1					4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
257		010.000.1243.00	METOCLOPRAMIDA	METOCLOPRAMIDA Solución 4 mg/ml Frasco gotero con 20 ml	1			1					4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
258		010.000.5187.00	OMEPRAZOL O PANTOPRAZOL	OMEPRAZOL O PANTOPRAZOL Solución inyectable Omeprazol 40 mg ó Pantoprazol 40 mg Envase con un frasco ampula con liofilizado y ampollita con 10 ml de diluyente	1			1					4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
259		010.000.5186.02	PANTOPRAZOL O RABEPRAZOL U OMEPRAZOL	PANTOPRAZOL O RABEPRAZOL U OMEPRAZOL Tableta o gragea o cápsula Pantoprazol 40 mg, ó Rabeprazol 20 mg, u Omeprazol 20 mg 28 tabletas o grageas o cápsulas	1			1					4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
260		010.000.5186.01	PANTOPRAZOL O RABEPRAZOL U OMEPRAZOL	PANTOPRAZOL O RABEPRAZOL U OMEPRAZOL Tableta o gragea o cápsula Pantoprazol 40 mg, ó Rabeprazol 20 mg, u Omeprazol 20 mg 14 tabletas o grageas o cápsulas	1			1					4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
261		010.000.5186.00	PANTOPRAZOL O RABEPRAZOL U OMEPRAZOL	PANTOPRAZOL O RABEPRAZOL U OMEPRAZOL Tableta o gragea o cápsula Pantoprazol 40 mg, ó Rabeprazol 20 mg, u Omeprazol 20 mg 7 tabletas o grageas o cápsulas	1			1					4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
262		010.000.1271.00	PLÁNTAGO PSYLLIUM	PLÁNTAGO PSYLLIUM Polvo 49.7 g/100 g Envase con 400 g	1			1					4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
263		010.000.1234.01	RANITIDINA	RANITIDINA Solución inyectable 50 mg 5 ampollitas con 5 ml	1			1					4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
264		010.000.1234.00	RANITIDINA	RANITIDINA Solución inyectable 50 mg 5 ampollitas con 2 ml	1			1					4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
265		010.000.1233.00	RANITIDINA	RANITIDINA Gragea o tableta 150 mg 20 grageas o tabletas	1			1					4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
266		010.000.2151.00	RANITIDINA	RANITIDINA Jarabe 150 mg/ 10 ml Envase 200 ml	1			1					4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
267		010.000.1272.00	SENÓSIDOS A-B	SENÓSIDOS A-B Tableta 8.6 mg 20 tabletas	1			1					4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
268	010.000.1270.00	SENÓSIDOS A-B	SENÓSIDOS A-B Solución oral 200 mg/100 ml Envase con 75 ml	1	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa									

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN											CAUSES-2N-2018				
JCSSA001401											HOSPITAL REGIONAL COCULA				
FARMACIA HP															
Núm.	Normatividad Aplicable	Criterios a evaluar ESTRUCTURA			Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO			Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL			Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional				Evidencia Observacional				Evidencia Observacional				Criterios y Subcriterios	
		El evaluador deberá:				El evaluador deberá:				El evaluador deberá:					
		Clave	Nombre	Descripción											
269		010.000.5176.00	SUCRALFATO	SUCRALFATO Tableta 1 g 40 tabletas	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
270		010.000.4504.00	SULFASALAZINA	SULFASALAZINA Tableta con capa entérica 500 mg 60 tabletas	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
Gineco-obstetricia															
271	CAUSES 2016	010.000.1093.00	DANAZOL	DANAZOL Cápsula o comprimido 100 mg 50 cápsulas o comprimidos	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
272		010.000.1489.00	ESTRÓGENOS CONJUGADOS	ESTRÓGENOS CONJUGADOS Gragea o tableta 0.625 mg 42 grageas o tabletas	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
273		010.000.1508.00	ESTRÓGENOS CONJUGADOS Y MEDROXIPROGESTERO	ESTRÓGENOS CONJUGADOS Y MEDROXIPROGESTERO Gragea 0.625 mg / 2.5 mg 28 grageas	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
274		010.000.3412.00	INDOMETACINA	INDOMETACINA Supositorio 100 mg 6 supositorios	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
275		010.000.3412.01	INDOMETACINA	INDOMETACINA Supositorio 100 mg 15 supositorios	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
276		010.000.1591.00	INMUNOGLOBULINA ANTI D	INMUNOGLOBULINA ANTI D solución inyectable 0.300 mg Frasco ampula con o sin diluyente o una jeringa o una ampolleta	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación			1	Verificar sistema de abasto.			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
277		010.000.3044.00	MEDROXIPROGESTERO	MEDROXIPROGESTERO Tabletas 10 mg 10 tabletas	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
278		010.000.3045.00	MEDROXIPROGESTERO	MEDROXIPROGESTERO Suspensión inyectable 150 mg/1 ml Frasco ampula o jeringa prellenada de 1ml	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
279		010.000.1561.00	METRONIDAZOL	METRONIDAZOL Óvulo o tableta vaginal 500 mg 10 óvulos o tabletas vaginales	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
280		010.000.1566.00	NISTATINA	NISTATINA Óvulo o tableta vaginal 100 000 UI 12 óvulos o tabletas vaginales	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
281	010.000.1562.00	NITROFURAL	NITROFURAL Óvulo 6 mg 6 óvulos	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	

acreditación de establecimientos y servicios de atención médica

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

CAUSES-2N-2018

JCSSA001401 HOSPITAL REGIONAL COCULA				FARMACIA HP										
Normatividad Aplicable	Criterios a evaluar ESTRUCTURA			Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO			Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL			Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
	Evidencia Observacional				Evidencia Observacional				Evidencia Observacional					
	El evaluador deberá:				El evaluador deberá:				El evaluador deberá:				Criterios y Subcriterios	
Núm.	Clave	Nombre	Descripción											
	Hematología													
282	010.000.0624.01	ACENOCUMAROL	ACENOCUMAROL Tableta 4 mg 30 tabletas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa					
283	010.000.0624.00	ACENOCUMAROL	ACENOCUMAROL Tableta 4 mg 20 tabletas	1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa					
284	010.000.5935.00	DABIGATRÁN	DABIGATRÁN Cápsula 150 mg Envase con 60 cápsulas	1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa					
285	010.000.5551.01	DABIGATRÁN ETEXILATO	DABIGATRÁN ETEXILATO Cápsula 75 mg Envase con 60 cápsulas	1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa					
286	010.000.5552.01	DABIGATRÁN ETEXILATO	DABIGATRÁN ETEXILATO Cápsula 110 mg Envase con 60 cápsulas	1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa					
287	010.000.5551.00	DABIGATRÁN ETEXILATO	DABIGATRÁN ETEXILATO Cápsula 75 mg Envase con 30 cápsulas	1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa					
288	010.000.5552.00	DABIGATRÁN ETEXILATO	DABIGATRÁN ETEXILATO Cápsula 110 mg Envase con 30 cápsulas	1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa					
289	010.000.4241.00	DEXAMETASONA	DEXAMETASONA Solución inyectable 8 mg/ 2 ml 1 ampolleta o frasco ampula con 2 ml	1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa					
290	010.000.4242.00	ENOXAPARINA	ENOXAPARINA Solución inyectable 20 mg 2 Jeringas de 0.2 ml	1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa					
291	010.000.4224.00	ENOXAPARINA	ENOXAPARINA Solución inyectable 60 mg Envase con 2 jeringas de 0.6 ml	1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa					
292	010.000.2154.00	ENOXAPARINA	ENOXAPARINA Solución inyectable 40 mg/ 0.4 ml 2 Jeringas de 0.4 ml	1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa					
293	010.000.1732.01	FITOMENADIONA	FITOMENADIONA Solución o Emulsión inyectable 2 mg 5 ampolletas con 0.2 ml	1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa					
294	010.000.1702.00	FUMARATO FERROSO	FUMARATO FERROSO Suspensión oral 29 mg/ml Envase con 120 ml	1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa					
295	010.000.1701.00	FUMARATO FERROSO	FUMARATO FERROSO Tableta 200 mg 50 tabletas	1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa					
296	010.000.0622.00	HEPARINA	HEPARINA Solución inyectable 25 000 UI/ 5 ml (5000 UI/ ml) 50 frascos ampula con 5 ml	1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa					
297	010.000.0621.00	HEPARINA	HEPARINA Solución inyectable 10 000 UI/ 10 ml (1000 UI/ ml) 50 frascos ampula con 10 ml	1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa					
298	010.000.1708.00	HIDROXOCOBALAMINA	HIDROXOCOBALAMINA Solución inyectable 100 microgramo/ 2 ml 3 ampolletas con 2 ml	1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa					
299	010.000.2155.01	NADROPARINA	NADROPARINA Solución inyectable 2 850 UI Axa/0.3 ml 10 jeringas con 0.3 ml	1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa					
300	010.000.2155.00	NADROPARINA	NADROPARINA Solución inyectable 2 850 UI Axa/0.3 ml 2 jeringas con 0.3 ml	1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa					
301	010.000.4222.00	NADROPARINA	NADROPARINA Solución inyectable 5700 UI Axa/0.6 ml Envase con 2 jeringas prellenadas con 0.6 ml	1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa					

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN CAUSES-2N-2018

JCSSA001401		HOSPITAL REGIONAL COCULA				FARMACIA HP								
Núm.	Normatividad Aplicable	Criterios a evaluar ESTRUCTURA				Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional					Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Criterios y Subcriterios	
		El evaluador deberá:					El evaluador deberá:			El evaluador deberá:				
302		Clave	Nombre	Descripción	1			1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
303		010.000.4223.00	NADROPARINA	NADROPARINA Solución inyectable 3800 UI Axa/0.4 ml 2 jeringas prellenadas con 0.4 ml	1			1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
304		010.000.4221.00	NADROPARINA	NADROPARINA Solución inyectable 15 200 UI Axa/0.8 ml Envase con 2 jeringas con 0.8 ml	1			1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
305		010.000.1703.00	SULFATO FERROSO	SULFATO FERROSO Tableta 200 mg 30 tabletas	1			1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
		010.000.1704.00	SULFATO FERROSO	SULFATO FERROSO Solución 125 mg/ ml Envase gotero con 15 ml	1			1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
Intoxicaciones														
306	CAUSES 2016	010.000.2242.00	CARBÓN ACTIVADO	CARBÓN ACTIVADO Polvo 1 kg Envase con 1 kg	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.		1	Verificar sistema de abasto.		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
307		040.000.0302.00	NALOXONA	NALOXONA Solución inyectable 0.4 mg/ml 10 ampolletas con 1 ml	1			1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
Nefrología y Urología														
308	CAUSES 2016	010.000.2303.00	ACETAZOLAMIDA	ACETAZOLAMIDA Solución inyectable 500 mg/ 5ml Frasco ampula con 5 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.		1	Verificar sistema de abasto.		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
309			010.000.2302.00	ACETAZOLAMIDA	ACETAZOLAMIDA Tableta 250 mg 20 tabletas		1			1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
310			010.000.2304.01	ESPIRONOLACTONA	ESPIRONOLACTONA Tableta 25 mg 30 tabletas		1			1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
311			010.000.2156.00	ESPIRONOLACTONA	ESPIRONOLACTONA Tableta 100 mg 30 tabletas		1			1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
312			010.000.2304.00	ESPIRONOLACTONA	ESPIRONOLACTONA Tableta 25 mg 20 tabletas		1			1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
313			010.000.2307.00	FUROSEMIDA	FUROSEMIDA Tableta 40 mg 20 tabletas		1			1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
314			010.000.2308.00	FUROSEMIDA	FUROSEMIDA Solución inyectable 20 mg/ 2 ml 5 ampolletas con 2 ml		1			1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
315			010.000.2301.00	HIDROCLOROTIAZIDA	HIDROCLOROTIAZIDA Tableta 25 mg 20 tabletas		1			1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
316			010.000.2306.00	MANITOL	MANITOL Solución inyectable al 20% 50 g/ 250 ml Envase con 250 ml		1			1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

CAUSES-2N-2018

JCSSA001401				HOSPITAL REGIONAL COCULA				FARMACIA HP					
Normatividad Aplicable	Criterios a evaluar ESTRUCTURA				Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
	Evidencia Observacional					Evidencia Observacional			Evidencia Observacional				
	El evaluador deberá:					El evaluador deberá:			El evaluador deberá:				
Núm.	Clave	Nombre	Descripción									Criterios y Subcriterios	
	Neumología												
317	010.000.2463.00	AMBROXOL	AMBROXOL Solución 300 mg/ 100 ml Envase con 120 ml		1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
318	010.000.2462.00	AMBROXOL	AMBROXOL Comprimido 30 mg 20 comprimidos		1		1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
319	010.000.0426.00	AMINOFILINA	AMINOFILINA Solución inyectable 250 mg/ 10 ml 5 ampolletas de 10 ml		1		1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
320	010.000.0477.00	BECLOMETASONA, DIPROPIONATO DE	BECLOMETASONA, DIPROPIONATO DE Suspensión en aerosol 10 mg/inhalador Envase con inhalador con 200 dosis de50 microgramo		1		1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
321	010.000.2508.00	BECLOMETASONA, DIPROPIONATO DE	BECLOMETASONA, DIPROPIONATO DE Suspensión en aerosol 50 mg/inhalador Inhalador con 200 dosis de 250 microgramo		1		1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
322	010.000.2187.00	IPRATROPIO	IPRATROPIO Solución 0.25 mg/ ml Frasco ampula con 20 ml		1		1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
323	010.000.2162.00	IPRATROPIO	IPRATROPIO Suspensión en aerosol 0.286 mg/g Envase 15 ml		1		1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
324	010.000.2162.01	IPRATROPIO	IPRATROPIO Suspensión en aerosol 0.374 mg/g Envase 10 ml		1		1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
325	010.000.2190.01	IPRATROPIO MONOHIDRATADO, BROMURO DE	Solución para inhalación 20 µg/100 µg Envase con 120 disparos (120 dosis)		1		1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
326	010.000.2188.00	IPRATROPIO-SALBUTAMOL	IPRATROPIO-SALBUTAMOL Solución 0.50 mg/2.50 mg/2.5 ml 10 ampolletas de 2.5 ml		1		1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
327	010.000.4330.00	MONTELUKAST	MONTELUKAST Comprimido recubierto 10 mg 30 comprimidos		1		1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
328	010.000.4329.00	MONTELUKAST	MONTELUKAST Comprimido masticable 5 mg 30 comprimidos		1		1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
329	010.000.4335.02	MONTELUKAST	MONTELUKAST Granulado 4 mg 30 sobres		1		1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
330	010.000.0439.00	SALBUTAMOL	SALBUTAMOL Solución para nebulizador 0.5 g/ 100 ml Envase con 10 ml		1		1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
331	010.000.0431.00	SALBUTAMOL	SALBUTAMOL Jarabe 2 mg/ 5 ml Envase con 60 ml		1		1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
332	010.000.0429.00	SALBUTAMOL	SALBUTAMOL Suspensión en aerosol 20 mg Envase con inhalador con 200 dosis de100 microgramo		1		1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
333	010.000.0443.00	SALMETEROL, FLUTICASONA	SALMETEROL, FLUTICASONA Suspensión en aerosol 0.33 mg / 0.67 mg/g Envase con 120 dosis y dispositivo inhalador		1		1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
334	010.000.0437.00	TEOFILINA	TEOFILINA Comprimidos o tabletas o cápsulas de liberación prolongada 100 mg. 20 Comprimidos ó tabletas ó cápsulas de liberación prolongada		1		1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
335	010.000.5075.00	TEOFILINA	TEOFILINA Elixir 533 mg/100 ml Envase con 450 ml		1		1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
336	010.000.0438.00	TERBUTALINA	TERBUTALINA Polvo 0.5 mg/dosis Envase con inhalador para 200 dosis		1		1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		

acreditación de establecimientos y servicios de atención médica

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

CAUSES-2N-2018

JCSSA001401				HOSPITAL REGIONAL COCULA				FARMACIA HP							
Núm.	Normatividad Aplicable	Criterios a evaluar ESTRUCTURA			Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO			Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL			Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional				Evidencia Observacional				Evidencia Observacional				Criterios y Subcriterios	
		El evaluador deberá:				El evaluador deberá:				El evaluador deberá:					
		Clave	Nombre	Descripción											
337		010.000.0433.00	TERBUTALINA	TERBUTALINA Tableta 5 mg 20 tabletas	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica
338		010.000.0432.00	TERBUTALINA	TERBUTALINA Solución inyectable 0.25 mg/ ml 3 ampolletas	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica
339		010.000.2263.00	TIOTROPIO, BROMURO DE	TIOTROPIO, BROMURO DE Cápsula 18 microgramo 30 cápsulas (repuesto)	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica
340		010.000.2262.00	TIOTROPIO, BROMURO DE	TIOTROPIO, BROMURO DE Cápsula 18 microgramo 30 cápsulas y dispositivo inhalador	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica
Neurología															
341		010.000.2620.00	ÁCIDO VALPROICO	ÁCIDO VALPROICO Cápsula 250 mg 60 cápsulas	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica
342		010.000.3307.00	ATOMOXETINA	ATOMOXETINA Cápsula 10 mg 14 cápsulas	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica
343		010.000.3308.00	ATOMOXETINA	ATOMOXETINA Cápsula 40 mg 14 cápsulas	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica
344		010.000.3309.00	ATOMOXETINA	ATOMOXETINA Cápsula 60 mg 14 cápsulas	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica
345		040.000.2608.00	CARBAMAZEPINA	CARBAMAZEPINA Tableta 200 mg 20 tabletas	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica
346		040.000.2609.00	CARBAMAZEPINA	CARBAMAZEPINA Suspensión oral 100 mg/ 5 ml Envase con 120 ml y dosificador de 5 ml	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica
347		040.000.2164.00	CARBAMAZEPINA	CARBAMAZEPINA Tableta 400 mg 20 tabletas	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica
348		040.000.2612.00	CLONAZEPAM	CLONAZEPAM Tableta 2 mg 30 tabletas	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica
349		040.000.2613.00	CLONAZEPAM	CLONAZEPAM Solución 2.5 mg/ ml Envase con 10 ml y gotero integral	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica
350		040.000.2614.00	CLONAZEPAM	CLONAZEPAM Solución inyectable 1 mg/ml 5 ampolletas con un ml	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica
351		040.000.3215.00	DIAZEPAM	DIAZEPAM Tableta 10 mg 20 tabletas	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica
352		010.000.2610.00	FENITOÍNA	FENITOÍNA Tableta 30 mg 50 tabletas	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica
353		010.000.2624.00	FENITOÍNA	FENITOÍNA Solución inyectable 250 mg/5 ml Una ampolleta con 5 ml	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica
354		010.000.0525.00	FENITOÍNA	FENITOÍNA Tableta o cápsula 100 mg 50 tabletas o cápsulas	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN CAUSES-2N-2018

JCSSA001401 HOSPITAL REGIONAL COCULA				FARMACIA HP											
Núm.	Normatividad Aplicable	Criterios a evaluar ESTRUCTURA			Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO			Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL			Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional				Evidencia Observacional				Evidencia Observacional				Criterios y Subcriterios	
		El evaluador deberá:				El evaluador deberá:				El evaluador deberá:					
		Clave	Nombre	Descripción											
355	CAUSES 2016	010.000.2611.00	FENITOÍNA	FENITOÍNA Suspensión oral 37.5 mg/ 5 ml Envase con 120 ml y dosificador de 5 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica				
356		040.000.2619.00	FENOBARBITAL	FENOBARBITAL Elixir 20 mg/ 5 ml Envase con 60 ml y dosificador de 5 ml	1		1		1	4. Planeación	4.3 Planeación Operativa				
357		040.000.2602.00	FENOBARBITAL	FENOBARBITAL Tableta 15 mg 10 tabletas	1		1		1	4. Planeación	4.3 Planeación Operativa				
358		040.000.2601.00	FENOBARBITAL	FENOBARBITAL Tableta 100 mg 20 tabletas	1		1		1	4. Planeación	4.3 Planeación Operativa				
359		010.000.5664.00	LACOSAMIDA	LACOSAMIDA Solución inyectable 200 mg Frasco ampula con 20 ml (10 mg/ml)	1		1		1	4. Planeación	4.3 Planeación Operativa				
360		010.000.5662.00	LACOSAMIDA	LACOSAMIDA Tableta 150 mg 28 tabletas	1		1		1	4. Planeación	4.3 Planeación Operativa				
361		010.000.5660.00	LACOSAMIDA	LACOSAMIDA Tableta 50 mg 14 tabletas	1		1		1	4. Planeación	4.3 Planeación Operativa				
362		010.000.5661.00	LACOSAMIDA	LACOSAMIDA Tableta 100 mg 28 tabletas	1		1		1	4. Planeación	4.3 Planeación Operativa				
363		040.000.4470.01	METILFENIDATO	METILFENIDATO Tableta de liberación prolongada 18 mg 30 tabletas de liberación prolongada	1		1		1	4. Planeación	4.3 Planeación Operativa				
364		040.000.4470.00	METILFENIDATO	METILFENIDATO Tableta de liberación prolongada 18 mg 15 tabletas de liberación prolongada	1		1		1	4. Planeación	4.3 Planeación Operativa				
365		040.000.4471.01	METILFENIDATO	METILFENIDATO Tableta de liberación prolongada 27 mg 30 tabletas de liberación prolongada	1		1		1	4. Planeación	4.3 Planeación Operativa				
366		040.000.5351.00	METILFENIDATO	METILFENIDATO Comprimido 10 mg 30 comprimidos.	1		1		1	4. Planeación	4.3 Planeación Operativa				
367		040.000.4472.01	METILFENIDATO	METILFENIDATO Tableta de liberación prolongada 36 mg 30 tabletas de liberación prolongada	1		1		1	4. Planeación	4.3 Planeación Operativa				
368		040.000.4472.00	METILFENIDATO	METILFENIDATO Tableta de liberación prolongada 36 mg 15 tabletas de liberación prolongada	1		1		1	4. Planeación	4.3 Planeación Operativa				
369		040.000.3247.00	PERFENAZINA	PERFENAZINA Solución inyectable 5 mg/ml 3 ampolletas con un ml.	1		1		1	4. Planeación	4.3 Planeación Operativa				
370		010.000.5365.00	TOPIRAMATO	TOPIRAMATO Tableta 25 mg 60 tabletas	1		1		1	4. Planeación	4.3 Planeación Operativa				
371		010.000.5363.00	TOPIRAMATO	TOPIRAMATO Tableta 100 mg 60 tabletas	1		1		1	4. Planeación	4.3 Planeación Operativa				
372		010.000.5359.00	VALPROATO DE MAGNESIO	VALPROATO DE MAGNESIO Tableta de liberación prolongada 600 mg 30 tabletas	1		1		1	4. Planeación	4.3 Planeación Operativa				
373		010.000.2622.00	VALPROATO DE MAGNESIO	VALPROATO DE MAGNESIO Tableta con cubierta entérica 185.6 mg 40 tabletas	1		1		1	4. Planeación	4.3 Planeación Operativa				
374		010.000.2623.00	VALPROATO DE MAGNESIO	VALPROATO DE MAGNESIO Solución 186 mg/ ml Envase con 40 ml	1		1		1	4. Planeación	4.3 Planeación Operativa				

CEDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN											CAUSES-2N-2018				
JCSSA001401 HOSPITAL REGIONAL COCULA															
FARMACIA HP															
Núm.	Normatividad Aplicable	Criterios a evaluar ESTRUCTURA			Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO			Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL			Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional				Evidencia Observacional				Evidencia Observacional					
		El evaluador deberá:				El evaluador deberá:				El evaluador deberá:				Criterios y Subcriterios	
Clave	Nombre	Descripción													
375	010.000.2630.00	VALPROATO SEMISÓDICO	VALPROATO SEMISÓDICO Tableta de liberación prolongada 500 mg 30 tabletas			1			1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
Nutriología															
376	010.000.2707.00	ÁCIDO ASCÓRBICO	ÁCIDO ASCÓRBICO Tableta 100 mg 20 tabletas			1			1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
377	010.000.1706.01	ÁCIDO FÓLICO	ÁCIDO FÓLICO Tableta 5 mg 92 tabletas			1			1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
378	010.000.1700.00	ÁCIDO FÓLICO	ÁCIDO FÓLICO Tableta 4 mg 90 tabletas			1			1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
379	010.000.1706.00	ÁCIDO FÓLICO	ÁCIDO FÓLICO Tableta 5 mg 20 tabletas			1			1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
380	010.000.1711.00	ÁCIDO FÓLICO	ÁCIDO FÓLICO Tableta 0.4 mg 90 tabletas			1			1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
381	010.000.2714.00	COMPLEJO B	COMPLEJO B Tableta, comprimido o cápsula Tiamina 100 mg, piridoxina 5 mg, cianocobalamina 50 microgramo 30 tabletas, comprimidos o cápsulas			1			1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
382	010.000.2739.00	DIETA POLIMÉRICA A BASE DE CASEINATO DE CALCIO O PROTEÍNAS, GRASAS, VITAMINAS, MINERALES	DIETA POLIMÉRICA A BASE DE CASEINATO DE CALCIO O PROTEÍNAS, GRASAS, VITAMINAS, MINERALES Polvo Densidad energética 0.99-1.06 Envase con 400 - 454 g con o sin sabor			1			1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
383	030.000.0013.00	FÓRMULA DE PROTEÍNA EXTENSAMENTE HIDROLIZADA	FÓRMULA DE PROTEÍNA EXTENSAMENTE HIDROLIZADA Polvo Proteína hidrolizada de caseína o suero. Péptidos: 85% o más y de menos de 1500 Daltons; macro y micronutrientes. Envase con 400 a 454 g			1			1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
384	010.000.5383.00	MULTIVITAMINAS (POLIVITAMINAS) Y MINERALES	MULTIVITAMINAS (POLIVITAMINAS) Y MINERALES Jarabe Vitamina A, D, E, C, B1, B2, B6, B12, nicotinamina y hierro Envase con 240 ml			1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.		1	Verificar sistema de abasto.		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
385	010.000.4376.00	MULTIVITAMINAS (POLIVITAMINAS) Y MINERALES	MULTIVITAMINAS (POLIVITAMINAS) Y MINERALES Tableta, cápsula o gragea Vitamina B1, B2, B6, B12, niacinamida, E, A, D3, Acido pantoténico, sulfato ferroso, cobre, magnesio, zinc 30 tabletas, cápsulas o grageas			1			1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
386	010.000.5232.00	PIRIDOXINA	PIRIDOXINA Tableta 300 mg 10 tabletas			1			1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
387	030.000.0003.00	SUCEDÁNEO DE LECHE HUMANA DE PRETÉRMINO	SUCEDÁNEO DE LECHE HUMANA DE PRETÉRMINO Polvo Densidad energética 0.80 a 0.81 Envase de lata con 400 a 454 g y medida de 4.40 a 4.50g			1			1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
388	030.000.0011.00	SUCEDÁNEO DE LECHE HUMANA DE TÉRMINO	SUCEDÁNEO DE LECHE HUMANA DE TÉRMINO Polvo Densidad energética 0.66-0.68 Envase con 400 a 454 g			1			1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
389	030.000.0012.00	SUCEDÁNEO DE LECHE HUMANA DE TÉRMINO SIN LACTOSA	SUCEDÁNEO DE LECHE HUMANA DE TÉRMINO SIN LACTOSA Polvo Densidad energética 0.66-0.68 Envase con 375 a 400 g			1			1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
390	010.000.5395.00	TIAMINA	TIAMINA Solución inyectable 500 mg 3 frascos ampula			1			1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN CAUSES-2N-2018

JCSSA001401 HOSPITAL REGIONAL COCULA											
FARMACIA HP					MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD						
Normatividad Aplicable	Criterios a evaluar ESTRUCTURA				Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje
	Evidencia Observacional					Evidencia Observacional			Evidencia Observacional		
	El evaluador deberá:					El evaluador deberá:			El evaluador deberá:		
Núm.	Clave	Nombre	Descripción								
391	020.000.3835.01	VITAMINA A	VITAMINA A Solución 200 000 UI por dosis Envase con 50 dosis	1			1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
392	010.000.2191.00	VITAMINA A	VITAMINA A Cápsula 50 000 UI 40 Cápsulas	1			1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
393	020.000.3835.00	VITAMINA A	VITAMINA A Solución 200 000 UI por dosis Envase con 25 dosis	1			1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
394	010.000.1098.00	VITAMINAS A, C Y D	VITAMINAS A, C Y D Solución farmacia de retinol 7000-9000 UI, Ac.ascórbico 80-125 mg, Colecalciferol 1400-1800 UI en un ml. Envase con 15 ml	1			1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
Oftalmología											
395	010.000.2830.00	ACICLOVIR	ACICLOVIR Ungüento oftálmico 3 g/ 100 g Envase con 4.5 g	1			1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
396	010.000.2172.00	ALCOHOL POLIVINILICO	ALCOHOL POLIVINILICO Solución oftálmica 14 mg/ml Gotero integral con 15 ml	1			1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
397	010.000.2873.00	ATROPINA	ATROPINA Ungüento oftálmico 10 mg/g Envase con 3 g	1			1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
398	010.000.2872.00	ATROPINA	ATROPINA Solución oftálmica 10 mg/ ml Gotero integral con 15 ml	1			1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
399	010.000.2821.00	CLORANFENICOL	CLORANFENICOL Solución oftálmica 5 mg/ml Gotero integral con 15 ml	1			1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
400	010.000.2822.00	CLORANFENICOL	CLORANFENICOL Ungüento oftálmico 5 mg/g Envase con 5 g	1			1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
401	010.000.2175.00	CLORANFENICOL-SULFACETAMIDA SÓDICA	CLORANFENICOL-SULFACETAMIDA SÓDICA Suspensión oftálmica 0.5 g/100 ml 10g/ 100 ml Gotero integral con 5 ml	1			1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
402	010.000.2899.00	CLORURO DE SODIO	CLORURO DE SODIO Pomada o Solución oftálmica 50 mg/g ó ml Envase con 7 g o con gotero integral con 10 ml	1			1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
403	010.000.2893.00	HIPROMELOSA	HIPROMELOSA Solución oftálmica 2% 20 mg/ ml Gotero integral 15 ml	1			1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
404	010.000.2814.00	HIPROMELOSA	HIPROMELOSA Solución oftálmica al 0.5 % 5 mg/ ml Gotero integral con 15 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.		1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
405	010.000.2804.00	NAFAZOLINA	NAFAZOLINA Solución oftálmica 1 mg/ml Gotero integral con 15 ml	1			1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
406	010.000.2824.00	NEOMICINA, POLIMIXINA B Y BACITRACINA	NEOMICINA, POLIMIXINA B Y BACITRACINA Ungüento oftálmico Neomicina 3.5 mg/g polimixina B 5000 U/g bacitracina 40 U/ g. Envase con 3.5 g	1			1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
407	010.000.2823.00	NEOMICINA, POLIMIXINA B Y GRAMICIDINA	NEOMICINA, POLIMIXINA B Y GRAMICIDINA Solución oftálmica Neomicina 1.75 mg/ml Polimixina B 5 000 U/ ml Gramicidina 25 microgramo/ ml. Gotero integral con 15 ml	1			1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
408	010.000.2841.00	PREDNISOLONA	PREDNISOLONA Solución oftálmica 5 mg/ml Gotero integral con 5 ml	1			1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
409	010.000.2185.00	PREDNISOLONA	PREDNISOLONA Ungüento oftálmico 5 mg/g Envase con 3 g	1			1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa

acreditación de establecimientos y servicios de atención médica

CEDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN											CAUSES-2N-2018			
JCSSA001401 HOSPITAL REGIONAL COCULA														
FARMACIA HP														
Núm.	Normatividad Aplicable	Clave	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD		
			Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Criterios y Subcriterios		
			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:					
410		010.000.2186.00	PREDNISOLONA-SULFACETAMIDA	PREDNISOLONA-SULFACETAMIDA Suspensión oftálmica Prednisolona 5 mg/ sulfacetamida 100 mg/ ml Gotero integral con 5 ml	1			1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
411		010.000.2829.00	SULFACETAMIDA	SULFACETAMIDA Solución oftálmica 0.1 g/ml Gotero integral con 15 ml	1			1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
412		010.000.4407.00	TETRACAÍNA	TETRACAÍNA Solución oftálmica 5 mg/ ml Gotero integral con 10 ml	1			1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
413		010.000.2189.00	TOBRAMICINA	TOBRAMICINA Solución oftálmica 3 mg/ml Gotero integral con 5 ml	1			1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
Oncología														
414	CAUSES 2016	010.000.5233.00	ÁCIDO FOLÍNICO	ÁCIDO FOLÍNICO Tableta 15 mg 12 tabletas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.		1	Verificar sistema de abasto.		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
415		010.000.2152.00	ÁCIDO FOLÍNICO	ÁCIDO FOLÍNICO Solución inyectable 15 mg/5 ml 5 ampolletas con 5 ml	1			1			4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
416		010.000.4429.00	DACTINOMICINA	DACTINOMICINA Solución inyectable 0.5 mg Frasco ampula	1			1			4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
417		010.000.1776.00	METOTREXATO	METOTREXATO Solución inyectable 500 mg Frasco ampula	1			1			4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
418		010.000.1760.00	METOTREXATO	METOTREXATO Solución inyectable 50 mg Frasco ampula	1			1			4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
419		010.000.1759.00	METOTREXATO	METOTREXATO Tableta 2.5 mg 50 tabletas	1			1			4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
Otorrinolaringología														
420	CAUSES 2016	010.000.5451.00	CINARIZINA	CINARIZINA Tableta 75 mg 60 tabletas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.		1	Verificar sistema de abasto.		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
421		010.000.3112.00	DIFENIDOL	DIFENIDOL Solución inyectable 40 mg/ 2 ml 2 ampolletas con 2 ml	1			1			4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
422		010.000.3111.00	DIFENIDOL	DIFENIDOL Tableta 25 mg 30 tabletas	1			1			4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
423		010.000.2196.00	DIMENHIDRINATO	DIMENHIDRINATO Solución inyectable 50 mg/ml Ampolleta con 1 ml	1			1			4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

CAUSES-2N-2018

JCSSA001401				HOSPITAL REGIONAL COCULA				FARMACIA HP				MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD			
Núm.	Clave	Nombre	Descripción	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Criterios a evaluar PROCESO		Criterios a evaluar DOCUMENTAL		MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD					
				Puntaje	e	Puntaje	e	Puntaje	e	Criterios y Subcriterios					
											Evidencia Observacional	Evidencia Observacional	Evidencia Observacional		
El evaluador deberá:				El evaluador deberá:		El evaluador deberá:		El evaluador deberá:							
Planificación Familiar															
424	010.000.3505.00	DESOGESTREL Y ETINILESTRADIOL	DESOGESTREL Y ETINILESTRADIOL Tableta Desogestrel 0.15 mg Etinilestradiol 0.03 mg 21 tabletas	1		1		1		4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa				
425	010.000.3508.00	DESOGESTREL Y ETINILESTRADIOL	DESOGESTREL Y ETINILESTRADIOL Tableta Desogestrel 0.15 mg etinilestradiol 0.03 mg 28 tabletas (21 con hormonales y 7 sin hormonales)	1		1		1		4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa				
426	010.000.3510.00	ETONOGESTREL	ETONOGESTREL Implante Etonogestrel 68.0 mg Implante y aplicador	1		1		1		4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa				
427	010.000.2208.00	LEVONORGESTREL	LEVONORGESTREL Polvo 52 mg Envase con un dispositivo	1		1		1		4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa				
428	010.000.4526.00	LEVONORGESTREL	LEVONORGESTREL Gragea 0.03 mg 35 Grageas	1		1		1		4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa				
429	010.000.2210.00	LEVONORGESTREL	LEVONORGESTREL Comprimido o tableta 0.750 mg 2 comprimidos o tabletas	1		1		1		4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa				
430	010.000.3507.00	LEVONORGESTREL Y ETINILESTRADIOL	LEVONORGESTREL Y ETINILESTRADIOL Gragea Levonorgestrel 0.15 mg etinilestradiol 0.03 mg 28 Grageas (21 con hormonales y 7 sin hormonales)	1		1		1		4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa				
431	010.000.3504.00	LEVONORGESTREL Y ETINILESTRADIOL	LEVONORGESTREL Y ETINILESTRADIOL Gragea Levonorgestrel 0.15 mg Etinilestradiol 0.03 mg 21 grageas	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1		1	Verificar sistema de abasto.	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa				
432	010.000.3509.00	MEDROXIPROGESTERONA Y CIPIONATO DE ESTRADIOL	MEDROXIPROGESTERONA Y CIPIONATO DE ESTRADIOL Suspensión inyectable Medroxiprogesterona 25 mg/ Estradiol 5 mg/ 0.5 ml Ampolleta o jeringa prellenada con 0.5 ml	1		1		1		4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa				
433	010.000.3511.00	NORELGESTROMINA-ETINILESTRADIOL	NORELGESTROMINA-ETINILESTRADIOL Parche Norelgestromina 6 mg Etinilestradiol 0.60 mg 3 parches	1		1		1		4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa				
434	010.000.3503.00	NORETISTERONA	NORETISTERONA Solución inyectable 200 mg/ml Ampolleta con 1 ml	1		1		1		4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa				
435	010.000.3515.00	NORETISTERONA Y ESTRADIOL	NORETISTERONA Y ESTRADIOL Solución inyectable 50 mg/ 5 mg/ml Ampolleta o jeringa	1		1		1		4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa				
436	010.000.3506.00	NORETISTERONA Y ETINILESTRADIOL	NORETISTERONA Y ETINILESTRADIOL Tableta o gragea Noretisterona 0.400 mg Etinilestradiol 0.035 mg 28 tabletas o grageas (21 con hormonales y 7 sin hormonales)	1		1		1		4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa				

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

CAUSES-2N-2018

JCSSA001401 HOSPITAL REGIONAL COCULA				FARMACIA HP									
Normatividad Aplicable	Criterios a evaluar ESTRUCTURA				Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
	Evidencia Observacional					Evidencia Observacional			Evidencia Observacional				
	El evaluador deberá:					El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			Criterios y Subcriterios	
Núm.	Clave	Nombre	Descripción										
Psiquiatría													
437	040.000.2499.00	ALPRAZOLAM	ALPRAZOLAM Tableta 2 mg 30 tabletas	1		1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
438	040.000.2500.00	ALPRAZOLAM	ALPRAZOLAM Tableta 0.25 mg 30 tabletas	1		1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
439	040.000.3305.00	AMITRIPTILINA	AMITRIPTILINA Tableta 25 mg 20 tabletas	1		1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
440	010.000.4490.00	ARIPIPAZOL	ARIPIPAZOL Tableta 15 mg 20 tabletas	1		1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
441	010.000.4491.00	ARIPIPAZOL	ARIPIPAZOL Tableta 20 mg 10 tabletas	1		1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
442	010.000.4492.00	ARIPIPAZOL	ARIPIPAZOL Tableta 30 mg 10 tabletas	1		1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
443	010.000.5487.01	CITALOPRAM	CITALOPRAM Tableta 20 mg 28 tabletas	1		1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
444	010.000.5487.00	CITALOPRAM	CITALOPRAM Tableta 20 mg 14 tabletas	1		1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
445	040.000.3259.01	CLOZAPINA	CLOZAPINA Comprimido 100 mg 50 comprimidos	1		1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
446	040.000.3259.00	CLOZAPINA	CLOZAPINA Comprimido 100 mg 30 comprimidos	1		1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
447	010.000.4485.00	DULOXETINA	DULOXETINA Cápsula 60 mg 14 cápsulas	1		1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
448	010.000.4483.01	FLUOXETINA	FLUOXETINA Cápsula o tableta 20 mg 28 cápsulas o tabletas	1		1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
449	010.000.4483.00	FLUOXETINA	FLUOXETINA Cápsula o tableta 20 mg 14 cápsulas o tabletas	1		1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
450	040.000.4481.01	HALOPERIDOL	HALOPERIDOL Solución inyectable 50 mg / ml 5 ampolletas con 1 ml	1		1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
451	040.000.4481.00	HALOPERIDOL	HALOPERIDOL Solución inyectable 50 mg / ml 1 ampolleta con 1 ml	1		1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
452	040.000.3251.00	HALOPERIDOL	HALOPERIDOL Tableta 5 mg 20 tabletas	1		1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
453	040.000.3253.00	HALOPERIDOL	HALOPERIDOL Solución inyectable 5 mg/ ml 6 ampolletas con 1 ml	1		1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
454	040.000.3302.00	IMIPRAMINA	IMIPRAMINA Gragea o tableta 25 mg 20 tabletas o grageas	1		1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
455	040.000.3204.00	LEVOMEPRIMAZINA	LEVOMEPRIMAZINA Tableta 25 mg 20 tabletas	1		1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
456	CAUSES 2016	LEVOMEPRIMAZINA	LEVOMEPRIMAZINA Solución inyectable 25 mg/ ml 10 ampolletas con 1 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			

acreditación de establecimientos y servicios de atención médica

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

CAUSES-2N-2018

JCSSA001401 HOSPITAL REGIONAL COCULA				FARMACIA HP										
Normatividad Aplicable	Criterios a evaluar ESTRUCTURA			Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO			Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL			Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
	Evidencia Observacional				Evidencia Observacional				Evidencia Observacional					
	El evaluador deberá:				El evaluador deberá:				El evaluador deberá:				Criterios y Subcriterios	
Núm.	Clave	Nombre	Descripción											
457	040.000.3255.00	LITIO	LITIO Tableta 300 mg 50 tabletas	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeacion Estratégica 4.3 Planeación Operativa
458	040.000.5478.00	LORAZEPAM	LORAZEPAM Tableta 1 mg 40 tabletas	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeacion Estratégica 4.3 Planeación Operativa
459	010.000.5485.00	OLANZAPINA	OLANZAPINA Tableta 5 mg 14 tabletas	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeacion Estratégica 4.3 Planeación Operativa
460	010.000.5486.00	OLANZAPINA	OLANZAPINA Tableta 10 mg 14 tabletas	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeacion Estratégica 4.3 Planeación Operativa
461	010.000.5485.01	OLANZAPINA	OLANZAPINA Tableta 5 mg 28 tabletas	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeacion Estratégica 4.3 Planeación Operativa
462	010.000.5486.01	OLANZAPINA	OLANZAPINA Tableta 10 mg 28 tabletas	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeacion Estratégica 4.3 Planeación Operativa
463	010.000.5481.00	PAROXETINA	PAROXETINA Tableta 20 mg 10 tabletas	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeacion Estratégica 4.3 Planeación Operativa
464	010.000.5494.00	QUETIAPINA	QUETIAPINA Tableta de liberación prolongada 300 mg Envase con 30 tabletas de liberación prolongada.	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeacion Estratégica 4.3 Planeación Operativa
465	010.000.5489.00	QUETIAPINA	QUETIAPINA Tableta 100 mg 60 tabletas	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeacion Estratégica 4.3 Planeación Operativa
466	040.000.3268.00	RISPERIDONA	RISPERIDONA Suspensión inyectable de liberación prolongada 25 mg Frasco ampula y jeringa prellenada con2 ml de diluyente.	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeacion Estratégica 4.3 Planeación Operativa
467	040.000.3262.00	RISPERIDONA	RISPERIDONA Solución oral 1.0 mg/ml Envase con 60 ml y gotero dosificador	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeacion Estratégica 4.3 Planeación Operativa
468	040.000.3258.00	RISPERIDONA	RISPERIDONA Tableta 2 mg 40 tabletas	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeacion Estratégica 4.3 Planeación Operativa
469	040.000.4484.00	SERTRALINA	SERTRALINA Cápsula o tableta 50 mg 14 cápsulas o tabletas	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeacion Estratégica 4.3 Planeación Operativa
470	040.000.3241.01	TRIFLUOPERAZINA	TRIFLUOPERAZINA Gragea o tableta 5 mg 30 grageas o tabletas	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeacion Estratégica 4.3 Planeación Operativa
471	040.000.3241.00	TRIFLUOPERAZINA	TRIFLUOPERAZINA Gragea o tableta 5 mg 20 grageas o tabletas	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeacion Estratégica 4.3 Planeación Operativa
472	010.000.4488.00	VENLAFAXINA	VENLAFAXINA Cápsula o gragea de liberación prolongada 75 mg. 10 cápsulas o grageas de liberación prolongada	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeacion Estratégica 4.3 Planeación Operativa
473	010.000.5484.01	ZUCLOPENTIXOL	ZUCLOPENTIXOL Tableta 25 mg 50 tabletas	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeacion Estratégica 4.3 Planeación Operativa
474	010.000.5483.00	ZUCLOPENTIXOL	ZUCLOPENTIXOL Solución inyectable 200 mg Ampolleta de 1 ml	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeacion Estratégica 4.3 Planeación Operativa
475	010.000.5484.00	ZUCLOPENTIXOL	ZUCLOPENTIXOL Tableta 25 mg 20 tabletas	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeacion Estratégica 4.3 Planeación Operativa
	Reumatología y Traumatología													
476	010.000.3461.00	AZATIOPRINA	AZATIOPRINA Tableta 50 mg 50 tabletas	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeacion Estratégica 4.3 Planeación

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN													CAUSAS-2N-2018		
JCSSA001401			HOSPITAL REGIONAL COCULA												
FARMACIA HP															
Núm.	Normatividad Aplicable	Criterios a evaluar ESTRUCTURA			Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO			Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL			Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional				Evidencia Observacional				Evidencia Observacional				Criterios y Subcriterios	
		El evaluador deberá:				El evaluador deberá:				El evaluador deberá:					
		Clave	Nombre	Descripción											
477		010.000.5505.00	CELECOXIB	CELECOXIB Cápsula 100 mg 20 cápsulas	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
478		010.000.5501.00	DICLOFENACO	DICLOFENACO Solución inyectable 75 mg/ 3 ml 2 ampolletas con 3 ml	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
479		010.000.3417.00	DICLOFENACO	DICLOFENACO Cápsula o gragea de liberación prolongada 100 mg 20 cápsulas o grageas	1				1				1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

CAUSES-2N-2018

JCSSA001401 HOSPITAL REGIONAL COCULA				FARMACIA HP										
Normatividad Aplicable	Criterios a evaluar ESTRUCTURA			Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO			Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL			Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
	Evidencia Observacional				Evidencia Observacional				Evidencia Observacional					
	El evaluador deberá:				El evaluador deberá:				El evaluador deberá:				Criterios y Subcriterios	
Núm.	Clave	Nombre	Descripción											
480	010.000.4202.00	INDOMETACINA	INDOMETACINA Solución inyectable 1 mg/2 ml Frasco ampula con 2 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa				
481	010.000.3413.00	INDOMETACINA	INDOMETACINA Cápsula 25 mg 30 cápsulas	1							1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
482	010.000.2504.00	KETOPROFENO	KETOPROFENO Cápsula 100 mg 15 cápsulas	1							1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
483	010.000.4515.00	LEFLUNOMIDA	LEFLUNOMIDA Comprimido 100 mg 3 comprimidos	1							1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
484	010.000.4514.00	LEFLUNOMIDA	LEFLUNOMIDA Comprimido 20 mg 30 comprimidos	1							1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
485	010.000.3444.00	METOCARBAMOL	METOCARBAMOL Tableta 400 mg 30 tabletas	1							1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
486	010.000.3407.00	NAPROXENO	NAPROXENO Tableta 250 mg 30 tabletas	1							1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
487	010.000.3419.00	NAPROXENO	NAPROXENO Suspensión oral 125 mg/ 5 ml Envase con 100 ml	1							1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
Soluciones Electrolíticas y Sustitutos del Plasma														
488	010.000.3663.00	ALMIDÓN	ALMIDÓN Solución inyectable al 10% 10 g/100 ml 250 ml	1	1	1	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa					
489	010.000.3619.00	BICARBONATO DE SODIO	BICARBONATO DE SODIO Solución inyectable al 7.5% 0.75 g/10 ml 50 ampolletas con 10 ml	1						1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
490	010.000.3618.00	BICARBONATO DE SODIO	BICARBONATO DE SODIO Solución inyectable al 7.5% 3.75 g/50 ml Envase con 50 ml	1						1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
491	010.000.0524.00	CLORURO DE POTASIO	CLORURO DE POTASIO Solución inyectable 1.49 g/ 10 ml 50 ampolletas con 10 ml	1						1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
492	010.000.3609.00	CLORURO DE SODIO	CLORURO DE SODIO Solución inyectable al 0.9% 0.9 g/100 ml Envase con 500 ml	1						1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
493	010.000.3626.00	CLORURO DE SODIO	CLORURO DE SODIO Solución inyectable al 0.9% 0.9 g/ 100 ml Envase con 50 ml	1						1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
494	010.000.3608.00	CLORURO DE SODIO	CLORURO DE SODIO Solución inyectable al 0.9% 0.9 g/100 ml Envase con 250 ml	1						1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
495	010.000.4551.00	DEXTRÁN	DEXTRÁN Solución inyectable al 6% Dextrán (60 000) 6 g/ 100 ml Cloruro de sodio 7.5 g/ 100 ml 250 ml	1						1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
496	010.000.0641.00	DEXTRÁN	DEXTRÁN Solución inyectable al 10% Dextrán (40 000) 10 g/ 100 ml glucosa 5 g/ 100 ml 500 ml	1						1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
497	010.000.3622.00	ELECTROLITOS ORALES	ELECTROLITOS ORALES Polvo Glucosa 13.5 g o glucosa 13.5 g Cloruro de potasio 1.5 g Cloruro de sodio 2.6 g Citrato trisódico dihidratado 2.9 g Envase con 20.5 g	1						1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
498	010.000.3623.00	ELECTROLITOS ORALES	ELECTROLITOS ORALES Polvo para solución Glucosa 20 g, KCl 1.5 g, NaCl 3.5 g, citrato trisódico 2.9 g. Envase con 27.9 g	1						1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
499	010.000.3617.00	FOSFATO DE POTASIO	Potasio dibásico 1.550 g/10 ml, potasio monofásico 0.300 g/ 10 ml 50 ampolletas con 10 ml	1						1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN															
JCSSA001401 HOSPITAL REGIONAL COCULA															
FARMACIA HP															
Núm.	Normatividad Aplicable	Criterios a evaluar ESTRUCTURA			Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO			Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL			Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional				Evidencia Observacional				Evidencia Observacional				Criterios y Subcriterios	
		El evaluador deberá:				El evaluador deberá:				El evaluador deberá:					
		Clave	Nombre	Descripción											
500	CAUSES 2016	010.000.3620.01	GLUCONATO DE CALCIO	GLUCONATO DE CALCIO Solución inyectable al 10% 1 g/10 ml 100 ampolletas con 10 ml	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	1	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa				
501		010.000.3620.00	GLUCONATO DE CALCIO	GLUCONATO DE CALCIO Solución inyectable al 10% 1 g/10 ml 50 ampolletas con 10 ml	1							1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
502		010.000.3632.00	GLUCOSA	GLUCOSA Solución inyectable al 5% Glucosa anhidra o glucosa 5 g / 100 ml o glucosa monohidratada equivalente a 5 g de glucosa Envase con bolsa de 100 ml y adaptador para vial.	1							1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
503		010.000.3631.00	GLUCOSA	GLUCOSA Solución inyectable al 5% Glucosa anhidra o glucosa 5 g / 100 ml o glucosa monohidratada equivalente a 5 g de glucosa Envase con bolsa de 50 ml y adaptador para vial.	1							1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
504		010.000.3607.00	GLUCOSA	GLUCOSA Solución inyectable al 50% 50 g/ 100 ml Envase con 50 ml	1							1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
505		010.000.3606.00	GLUCOSA	GLUCOSA Solución inyectable al 50% Glucosa anhidra 50 g/100 ml Envase con 250 ml	1							1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
506		010.000.3604.00	GLUCOSA	GLUCOSA Solución inyectable al 10% Glucosa anhidra 10 g/ 100 ml Envase con 500 ml	1							1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
507		010.000.3605.00	GLUCOSA	GLUCOSA Solución inyectable al 10% Glucosa anhidra 10 g/ 100 ml Envase con 1000 ml	1							1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
508		010.000.3625.00	GLUCOSA	GLUCOSA Solución inyectable al 5% Glucosa anhidra 5 g/ 100 ml Envase con 100 ml	1							1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
509		010.000.3624.00	GLUCOSA	GLUCOSA Solución inyectable al 5 % Glucosa anhidra 5 g/100 ml Envase con 50 ml	1							1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
510		010.000.3629.00	MAGNESIO SULFATO DE	MAGNESIO SULFATO DE Solución inyectable 1 g/10 ml 100 ampolletas con 10 ml	1							1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
511		010.000.3661.00	POLIGELINA	POLIGELINA Solución inyectable Poligelina 3.5 g/100 ml Envase con 500 ml	1							1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
512		010.000.3664.00	POLIGELINA	POLIGELINA Solución inyectable Polimerizado de gelatina succinilada degradada 4 g/100 ml Envase con 500 ml	1							1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	
513		010.000.3616.00	SOLUCIÓN HARTMANN	SOLUCIÓN HARTMANN Solución inyectable Cloruro de sodio 0.600 g Cloruro de potasio 0.030 g Cloruro de calcio dihidratado 0.020 g Lactato de sodio 0.310 g, miliequivalentes por litro: sodio 130, potasio 4 calcio 2.72-3, cloruro 109,	1							1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa	

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN CAUSES-2N-2018

JCSSA001401 HOSPITAL REGIONAL COCULA												
				FARMACIA HP								
Núm.	Clave	Nombre	Descripción									
				Puntaje	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL	
					Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Observacional	
El evaluador deberá:				El evaluador deberá:		El evaluador deberá:		El evaluador deberá:		El evaluador deberá:		
				MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD								
				Criterios y Subcriterios								
Odontología												
514	CAUSES 2016	060.040.8041	AGUJAS DENTALES	AGUJAS DENTALES Tipo Carpule. Desechables. Longitud: 20-25 mm. Calibre: 30 G. Tamaño: Corta Pieza	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
515		060.040.8058	AGUJAS DENTALES	AGUJAS DENTALES Tipo Carpule. Desechables. Longitud: 25-42 mm. Calibre: 27 G. Tamaño: Larga Envase con 100 piezas	1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
516		060.064.0064	ALEACIONES PARA AMALGAMA DENTAL	ALEACIONES PARA AMALGAMA DENTAL En tabletas de fase dispersa. Composición: Plata 68.0 - 72%. Estaño 15.0 - 21%. Cobre 10.5 - 15%. Mercurio 3% máximo. Zinc 2% máximo 0.38875 g Envase con 80 tabletas	1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
Planificación Familiar												
517	CAUSES 2016	060.308.0227	CONDON FEMENINO	CONDON FEMENINO De poliuretano o látex lubricado con dos anillos flexibles en los extremos Envase con 1, 2 ó 3 piezas en empaque individual	1	Verificar existencia, vigencia, suficiencia y estado de conservación.	Verificar sistema de abasto.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
518		060.308.0177	CONDON MASCULINO	CONDON MASCULINO De hule látex Envase con 100 piezas	1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
519		060.308.0029	DISPOSITIVOS	DISPOSITIVOS Intrauterino. T de cobre, 380 A. Anticonceptivo estéril con 380 mm2, de cobre, plástico grado médico 77% y sulfato de bario USP 23%, con filamento largo de 30 cm con tubo insertor, tope y émbolo insertor Pieza	1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
520		060.308.0151	DISPOSITIVOS	DISPOSITIVOS Intrauterino. Cu 375 corto. Anticonceptivo de polietileno estéril con 375 mm2, de cobre, con brazos laterales, curvados y flexibles, con 5 nódulos de retención cada uno, que le dan un ancho total de 16 a 20.5 mm. Filamento de 20 a 25 cm de longitud, con tubo insertor con tope cervical Pieza	1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
521		060.308.0169	DISPOSITIVOS	DISPOSITIVOS Intrauterino. Cu 375 estándar. Anticonceptivo de polietileno estéril con 375 mm2, de cobre, con brazos laterales, curvados y flexibles, con 5 nódulos de retención cada uno, que le da un ancho total de 16 a 20.5 mm. Filamento de 20 a 25 cm de longitud, con tubo insertor con tope cervical Pieza	1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
522		060.308.0193	DISPOSITIVOS	DISPOSITIVOS Intrauterino. T de cobre para nulíparas, estéril, con 380 mm2 de cobre enrollado con bordes redondos, con longitud horizontal de 22.20 a 23.20 mm, longitud vertical de 28.0 a 30.0 mm, filamento de 20 a 25 cm, bastidor con una mezcla del 77 al 85% de plástico grado médico y del 15 al 23% de sulfato de bario, con tubo insertor y aplicador montable con tope cervical Pieza	1			1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
				522			522			522		

CALIFICACIÓN FARMACIA HP	100.00%
--------------------------	---------

acreditación de establecimientos y servicios de atención médica

CARTULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN									
HOSPITAL REGIONAL COCULA									
PSICOLOGIA MG-MI-EP									
Normatividad aplicable	Concepto	Criterios y Evidencia ESTRUCTURAL		Criterios y Evidencia FUNCIONAL		Criterios y Evidencia DOCUMENTAL		MÓDULO DE GESTIÓN DE CALIDAD DE SALUD	
		Evidencia Observacional		Evidencia Observacional		Evidencia Documental		Criterios y Subcriterios	
		El evaluador deberá:		El evaluador deberá:		El evaluador deberá:			
1	Artículo 15, fracción V y VI del RGDS MSPM, NOM-005-SSA-2010, NOM-025-STPS-2008, ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/09/17, ASEP SC.	Condiciones generales	Verificar: 1. Existencia de señalización. 2. Que cuente con señalamiento de emergencia para protección civil. 3. Que el punto de reunión esté delimitado e identificado.	1	Verificar: 1. Limpieza de las instalaciones. 2. Iluminación y ventilación adecuadas. 3. Infraestructura en buen estado. 4. Instalaciones eléctricas en buenas condiciones. 5. Los factores del entorno arquitectónico asociados a riesgo de caídas de pacientes. 6. Contar con un área, sala o local apropiado para la espera de pacientes y usuarios. 7. Reporte e inspección de higiene de manos.	1	Verificar bitácora de aseó firmada por el jefe de servicio o supervisor. 2.	1	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
			Verificar: 1. Que los espacios estén provistos de iluminación suficiente, ya sea natural o artificial, adecuada a la naturaleza del trabajo. 2. Ventilación adecuada para la renovación continua del aire y para evitar el calor excesivo, la condensación del vapor y el polvo.	1	Verificar: 1. Que los espacios estén provistos de iluminación suficiente, ya sea natural o artificial, adecuada a la naturaleza del trabajo. 2. Ventilación adecuada para la renovación continua del aire y para evitar el calor excesivo, la condensación del vapor y el polvo.	1	Verificar el programa de mantenimiento para las luminarias del centro de trabajo.	1	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
3	Numeral 6. Especificaciones, 6.1.4. Consultorio de psicología, 6.1.4.1. NOM-005-SSA-2010.	Consultorio psicología	Verificar las condiciones de infraestructura del área.	1	Verificar que condiciones de pintura, vidrios, cierre de puertas, dimensiones del consultorio y el de terapia, privacidad y accesibilidad.	1	Verificar: 1. Bitácora de mantenimiento. 2. Resguardo. 3. Inventario.	1	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
4	NOM-004-SSA3-2012 expediente clínico.	Expediente clínico	Verificar documentos y papelería oficial para notas de psicología y para estudios psicométricos.	1	Verificar: 1. Historia clínica psicológica y notas de evolución apoyadas a NOM-004-SSA3-2012, a través de registros o revisión de expedientes que se realice. 2. Atención terapéutica. 3. Psicoducción. 4. Evaluación psicológica. 5. Rehabilitación psicosocial.	1	Verificar: 1. Expedientes clínicos. 2. Registro de pacientes. 3. Utilización de los 2 datos de identificación nombre completo y fecha de nacimiento.	1	3.2 análisis e interpretación de la información 3.3 Protección de la información
5	NOM-004-SSA3-2012, NOM-047-SSA2-2015, CIE-10 271.4, 271.5, 271.6, 272.0, 272.1, 272.2, CIE-10 2016, Intervención No. 137. ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/09/17, ASEP IA.	Prevención y detección temprana de adicciones (Consejería)	Verificar existencia de casos con factores de riesgo.	1	Verificar: 1. El proceso de control y seguimiento de actividades preventivas, diagnóstico, tratamiento y servicios de apoyo para: adicciones (Consejería) con registros en nota médica en el expediente clínico. 2. Aplicación de la GPC-05-023-08-ayr. 3. Reporte en el Sistema de Información en Salud.	1	Verificar existencia de: 1. Registros en el expediente clínico de la utilización de los programas preventivos en estos grupos.	1	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
6	Numeral 6. Especificaciones, 6.1.4. Consultorio de psicología, 6.1.4.2. Apoyos Normativo "C" 3. Equipamiento para el consultorio de Psicología 3.1.1. Mobiliario, 3.1.1 al 3.1.6. de la NOM-005-SSA3-2010.	Mobiliario	Verificar las condiciones de pintura, sin zonas de oxidación o deterioro.	1	Verificar que cuenten con el siguiente mobiliario: 1. Asiento para el psicólogo. 2. Asiento para el paciente y su acompañante. 3. En caso de realizar sesiones grupales, asientos suficientes para sus integrantes. 4. Guarda de material y papelería. 5. Mueble para escribir. 6. Sistema para guarda de expedientes clínicos. 7. Para trabajo con menores de edad deberá contar con sillas y mesas del tamaño adecuado.	1	Verificar: 1. Bitácora de mantenimiento. 2. Resguardo. 3. Inventario.	1	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
CALIFICACIÓN PSICOLOGIA		6		6		6			
MG, MI, EP		100.00%							



REUNIÓN DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN											
acreditación de establecimientos y servicios de atención médica											
HOSPITAL REGIONAL COCULA											
TRABAJO SOCIAL HS-IMI-HP											
Normatividad aplicable	Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA			Criterios a evaluar PROCESO			Criterios a evaluar DOCUMENTAL			MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD
		Evidencia Observacional		Puntaje	Evidencia Observacional		Puntaje	Evidencia Documental		Puntaje	
		El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			
1	Numeral 5 Generalidades, 5.3.y 5.6. de la NOM 005-SSA3-2010 y NOM-233-SSA1-2003. ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOP 08/09/17. ASEP 6C	Verificar: 1. Existencia de señalización. 2. Que cuente con señalamiento de emergencia para protección civil. 3. Que el punto de reunión esté delimitado e identificado.		1	Verificar: 1. Que se cuente con las facilidades arquitectónicas para efectuar las actividades propias del establecimiento, de acuerdo con su denominación y oferta de servicios. 2. Contar con un área, sala o local apropiado para la espera de pacientes y usuarios, así como la disponibilidad de servicios sanitarios contemplando al menos un sanitario para personas discapacitadas. 3. Contar con acceso y salida considerando las necesidades especiales de las personas con discapacidad y adultos mayores (rampas, barandales).		1	Verificar: 1. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo de mobiliario. 2. Bitácora de limpieza.		1	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
2	Numeral 5 Generalidades, 5.3.y 5.6. de la NOM 005-SSA3-2010 y NOM-233-SSA1-2003.	Verificar que la iluminación y ventilación sean adecuadas.		1	Verificar que los espacios estén provistos de iluminación suficiente, ya sea natural o artificial, adecuada a la naturaleza del trabajo, así como de ventilación adecuada.		1	Verificar bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo.		1	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
3	Numeral 5. Generalidades, 5.8. Actividades de Trabajo Social, 5.8.1.1. al 5.8.1.7. de la NOM-011-SSA3-2012 (Numerales que se citan como referencia a las actividades de trabajo social).	Verificar: 1. Existencia de programa y plan de trabajo, del trabajador social. 2. Atención y orientación al usuario de los servicios de salud y seguimiento del paciente.		1	Verificar: 1. Que se cuente con el manual de procedimientos del servicio de trabajo social para hospitales generales de la Secretaría de Salud. 2. Que se aplique el estudio socioeconómico. 3. Que incluya el Estudio médico social. 4. Apoyar la referencia y contrarreferencia a unidades de atención médica, que incluya el uso del directorio de instituciones de referencia (Catálogo de Unidades) y el libro de registros. 5. Apoyar trámites médico legales y administrativos. 6. Gestionar descuentos y concesiones. 7. Apoyar en trámites en instituciones de seguridad social y asistencia social. 8. Seguimiento de casos y trabajo de grupos de diferentes patologías (alcoholismo, drogadicción diabetes, etc.).		1	Verificar: 1. Bitácora de trabajo social. 2. Manual de referencia contrarreferencia federal y estatal. 3. Directorio de establecimientos de salud. 4. Libro de registros de las referencias y contrarreferencias. 5. Bitácora de pacientes referidos con seguimiento. 6. Expediente clínico (hoja de estudio social y socioeconómico del paciente que cuente con familiograma). 7. Bitácora de seguimiento de pacientes. 8. En los registros generados por el Área tendrán que ser consistentes con los 2 datos de identificación (nombre completo y fecha de nacimiento).		1	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
				3			3			3	
CALIFICACIÓN TRABAJO SOCIAL HS, IMI, HP		100.00%									

CALIFICACIÓN TRABAJO SOCIAL SS, IMI, HP	100.00%
--	---------

CEDULA DE EVALUACION PARA LA ACREDITACION DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCION													
JCSSA001401 HOSPITAL REGIONAL OCUCULA													
ESTOMATOLOGIA HG- HMI-HP													
Normatividad aplicable		Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTION DE CALIDAD EN SALUD	
			Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental				
			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			Criterios y Subcriterios	
1	Numeral 5 Generalidades, 5.3.y 5.6. de la NOM 005-SSA3-2010 y NOM-233-SSA1-2003.	Condiciones generales	Verificar: 1. Existencia de señalización. 2. Que cuente con señalamiento de emergencia para protección civil. 3. Que el punto de reunión esté delimitado e identificado.	1	0	Verificar: 1. Que el área esté debidamente señalizada con rótulo de acceso restringido y de protección civil. 2. Limpieza y que mantenga la asepsia correspondiente. 3. Iluminación y ventilación adecuadas. 4. Instalaciones hidrosanitarias y eléctricas en buen estado de conservación con tomas de corriente suficientes y bien distribuidas. 5. Espacios tributarios adecuados.	0	Verificar: 1. Bitácora de limpieza y desinfección firmada por turno y por supervisor o jefe del servicio. 2. Bitácora del mantenimiento preventivo y correctivo de la estructura e instalaciones.	1	4.	Planeación	4.1. Planeación Estratégica 4.3. Planeación Operativa	
2	Numeral 6. Manejo de Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos, 6.7 Programa de Contingencias de la NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, Artículo 8 del Reglamento en materia de RPBI de la Ley General del Equilibrio Ecológico y la Protección al Ambiente.		Verificar la existencia de contenedores para el manejo del R.P.B.I. (bolsa roja, amarilla y contenedor para punzocortantes).	1	1	Verificar: 1. Que exista la señalización de la circulación de los contenedores hacia el almacén temporal. 2. Que los R.P.B.I. estén identificados y separados en los contenedores correspondientes de acuerdo a sus características físicas y biológicas infecciosas.	1	Verificar bitácora de registro de la recolección del R.P.B.I. con los datos específicos como fecha, peso, tipo de residuo, firma del responsable del área y firma del responsable de la recolección.	1	4.	Planeación	4.1. Planeación Estratégica 4.3. Planeación Operativa	
3	Apéndice Normativo "B" 2. Equipamiento para el consultorio de estomatología, 2.1. Mobiliario, 2.1.1 al 2.1.8. y el numeral 6. Especificaciones, 6.1.3.1 de la NOM 005-SSA3-2010.		Verificar existencia de: 1. Asiento para odontólogo. 2. Asiento para pacientes y acompañantes. 3. Cubeta o cesto con bolsa para basura municipal. 4. Mueble para guarda de materiales, instrumental o equipo. 5. Mesa con tarja. 6. Mueble para escribir. 7. Mueble con cajonera. 8. Lavabo con cartel de higiene de manos.	1	1	Verificar: 1. Mobiliario en buen estado. 2. Que se cuente con área para el sillón dental y sus accesorios, asegurando los espacios necesarios para circular con facilidad y seguridad, así también para la preparación de materiales y el proceso de lavado y esterilización de instrumental. 3. Podrá contar con un área para entrevistas. 4. Abasto e insumos para la higiene de manos: jabón (líquido o gel).	1	Verificar: 1. Registro de inventario. 2. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo.	1	4.	Planeación	4.1. Planeación Estratégica 4.3. Planeación Operativa	
4	Apéndice Normativo "B" 2. Equipamiento para el consultorio de estomatología, 2.2. Equipo, 2.2.1. al 2.2.4. de la NOM-005-SSA3-2010. Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 22 de junio de 2011. Guía de Buenas Prácticas de manejo del Mercurio en Consultorios Dentales. COFEPRIS.	Equipo	Verificar: 1. Existencia de: autoclave de vapor autogenerado, compresora de aire libre de aceite para unidad dental, con arranque y paro automático, aditamento para purga de condensados y filtros de aire, sillón dental con plataforma y respaldo reclinable, mandil plomado, placas para rayos X dental. 2. Que la unidad dental cuente con: charola porta-instrumentos, lámpara, sistema flush abastecedor de agua para la pieza de mano y jeringa triple, separador o trampa de amalgama. 3. Que exista unidad de Rx dental, negatoscopio y sistema de revelado.	0	1	Verificar: 1. Condiciones generales y funcionalidad del equipo. 2. Vigencia de las placas dentales.	1	Verificar: 1. Registro de inventario. 2. Resguardo del equipo. 3. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo. 4. Programa de mantenimiento.	1	4.	Planeación	4.1. Planeación Estratégica 4.3. Planeación Operativa	
CAUSES-2N-2018													

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN													
JCSA001401 HOSPITAL REGIONAL COCULA													
ESTOMATOLOGÍA HG- HMI-HP													
Normatividad aplicable		Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
			Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental			Criterios y Subcriterios	
			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:				
5		Instrumental	Verificar existencia de: 1. Alveolotomo, pinza gubia. 2. Amalgamador de uso dental o mortero pistilo con capacidad para 125 ml. 3. Arco de young para dique de hule. 4. Contrángulo. 5. Cucharilla para cirugía. 6. Cureta mc call, derecha e izquierda, juego (cureta c k6). 7. Dosificador amalgamador. 8. Elevador recto acanalado, con mango metálico. 9. Elevador de bandera, izquierdo, con mango metálico, extremo en ángulo obtuso y hoja pequeña. 10. Elevador con mango metálico, brazo angulado izquierdo o derecho, extremo fino y corto. 11. Espátula de doble extremo. 12. Espejo dental con mango de rosca estándar. 13. Excavador white. 14. Explorador de una pieza con doble extremo. 15. Fórceps, diferentes medidas y adecuados al operador. 16. Grapas variadas para dique de hule. 17. Jeringa carpulle. 18. Lima para hueso doble extremo con punta de trabajo rectangular y oval. 19. Obturadores de los tipos y condiciones apropiadas al operador. 20. Pieza de mano de alta velocidad esterilizable. 21. Pieza de mano de baja velocidad esterilizable. 22. Pinzas portagrapas. 23. Pinza perforadora ainsworth. 24. Pinza para curaciones modelo collage. 25. Porta amalgama rower con puntas desmontables, doble extremo. 26. Portavasos para escupidera. 27. Recortador de amalgama. 28. Tijeras para encías curvas con hojas cortas, modelo quimby. 29. Tira puente miller. 30. Torundero con tapa.	0	Verificar suficiencia, estado de conservación y funcionalidad.	1	Verificar resguardo del instrumental.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
Apéndice Normativo "B" 2. Equipamiento para el consultorio de estomatología, 2.3. Instrumental, 2.3.1 a la 2.3.36. de la NOM-005-SSA3-2010. Según apéndice AK NOM-016-SSA3-2012.													
6		Insumos y materiales	Verificar existencia de: 1. Floruro de Sodio. 2. Eyectores para saliva. 3. Gasas estériles. 4. Material de sutura. 5. Algodón. 6. Lidocaína con epinefrina, solución inyectable 2%. 7. Sellador de fosetas y fisuras dentales. 8. Resina fotocurable para restauración/Aleación para amalgama dental. 9. Agujas dentales. 10. Lidocaína gel. 11. Ionómetro de vidrio. 12. Radiografías dentales y líquidos reveladores.	0	Verificar suficiencia, estado de conservación y caducidad.	1	Verificar: 1. Resguardo de material. 2. Sistema de abasto.	1					
7	El numeral 8. Medidas básicas de prevención de riesgos de la NOM-013-SSA2-2006.	Medidas de barrera	Verificar existencia de: 1. Bata. 2. Anteojos (paciente y operador) o careta. 3. Guantes. 4. Cubre bocas desechables. 5. Babero. 6. Campos quirúrgicos desechables. 7. Guantes gruesos de hule o nitrilo para lavar material e instrumental.	1	Verificar la correcta aplicación de las medidas de barrera y prevención de riesgos.	1	Verificar: 1. Sistema de abasto de insumos. 2. Bitácora de desinfección la unidad dental y equipo entre pacientes o cambio de cubiertas desechables.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
8	NOM-004-SSA3-2012 y el numeral 9. Expediente clínico de la NOM-013-SSA2-2006. ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/09/17. AESP 1A, 4A.	Expediente Clínico	Verificar la existencia de la Historia clínica estomatológica, odontograma, notas de evolución, de interconsulta y de referencia en su caso, en el expediente clínico.	1	Verificar que la historia clínica Odontológica contenga: 1. Identificación del paciente como mínimo: nombre completo, fecha de nacimiento sexo, edad, domicilio y lugar de residencia. 2. Factores de riesgo conforme a características de la zona donde habita, nivel socioeconómico, accesibilidad a los servicios básicos de higiene, hábitos bucales y de alimentación. 3. Antecedentes heredo-familiares. 4. Antecedentes personales patológicos y no patológicos. 5. Interrogatorio por aparatos y sistemas. 6. Exploración física que consta de: cavidad bucal, cabeza, cuello y registro de signos vitales. 7. Motivo de la consulta. 8. Padecimiento actual. 9. Odontograma inicial, de seguimiento y/o final. 10. Estudios de gabinete y laboratorio (en su caso). 11. Diagnóstico. 12. Fecha de elaboración. 13. Nombre y firma del estomatólogo, del paciente o	1	Verificar: 1. Expediente clínico en formato físico y/o electrónico. 2. Inclusión de los resultados de la atención en el diagnóstico integral de salud.	1	3. Información, conocimiento, innovación y tecnología	3.2 análisis e interpretación de la información			

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN										CAUSAS-2N-2018			
JCSSA001401										HOSPITAL REGIONAL COCULA			
										ESTOMATOLOGÍA	HG- HMI-HP		
Normatividad aplicable		Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
			Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental			Criterios y Subcriterios	
			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:				
						14. Notas de evolución, tratamiento e indicaciones (en el caso de medicamentos señale dosis, vía y periodicidad). 15. Nota de interconsulta (en su caso, incluyendo sugerencias de diagnóstico y tratamiento), control de referencias y contra referencias. 16. Reporte en el sistema de información en salud.							
9	NOM-004-SSA3-2012 y el numeral 9. Expediente clínico de la NOM-013-SSA2-2006.	Consentimiento bajo información	Verificar existencia de formatos de carta de consentimiento bajo información con apego normativo.		1	Verificar que el formato contenga: 1. Nombre del paciente. 2. Nombre de la institución. 3. Nombre del estomatólogo. 4. Diagnóstico. 5. Acto autorizado de naturaleza curativa. 6. Riesgos. 7. Molestias. 8. Efectos secundarios. 9. Alternativas de tratamiento. 10. Motivo de elección. 11. Mayor o menor urgencia. 12. Lugar y fecha donde se emite. 13. Autorización al estomatólogo para atención de contingencias y urgencias, derivadas del acto autorizado, atendiendo al principio de libertad de prescripción. 14. Nombre completo y firma del estomatólogo, paciente y testigos.		1	Revisar Formato	1	3. Información, conocimiento, innovación y tecnología de la información	3.2 análisis e interpretación a.3 de la información 3.3 protección de la información	
10	NOM-013-SSA2-2015 Para la prevención y control de enfermedades bucales NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. GPC-SS-519-11-EyR Prevención de caries dental a través de la aplicación de selladores de fosetas y fisuras. GPC-SS-024-08-EyR Prevención y diagnóstico de caries dental en pacientes de 6 a 16 años. Examen odontológico CIE-10 201.2. Aplicación tópica de flúor CIE-9-MC 00.F3. Control de placa dentobacteriana CIE-9-MC 00.F8. Examen dental CIE-9-MC 89.31. Eliminación de sarro, pulido y desbridamiento de dientes CIE-9-MC 96.54. Intervención 138 CAUSES 2016 Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Prevención de caries dental	Existencia de casos existencia de protocolo específico de atención y programa de, diagnóstico, tratamiento y apoyo de casos de caries dental.		1	Verificar en el expediente clínico: 1. Proceso de control y seguimiento de actividades preventivas, diagnóstico, tratamiento o referencia y servicios de apoyo con registros en nota médica y reporte en el sistema de información SINBA, aplicación de la GPC-SS-519-11-eyr Prevención de caries dental a través de la aplicación de selladores de fosetas y fisuras. GPC-SS-024-08-eyr. 2. Prevención y diagnóstico de caries dental en pacientes de 6 a 16 años.		1	Verificar: 1. Expediente clínico (utilización de los programas preventivos en estos grupos). 2. Registro en expediente clínico y reporte (físico o electrónico) del SINBA-SIS. 3. GPC-SS-519-11-eyr Prevención de caries dental a través de la aplicación de selladores de fosetas y fisuras. GPC-SS-024-08-eyr Prevención y diagnóstico de caries dental en pacientes de 6 a 16 años.	1	1. Personas, Comunidad y población 4.1 Planeación 4.3 Planeación Operativa		
11	NOM-013-SSA2-2015 Para la prevención y control de enfermedades bucales NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. GPC-SS-519-11-EyR Prevención de caries dental a través de la aplicación de selladores de fosetas y fisuras. GPC-SS-024-08-EyR Prevención y diagnóstico de caries dental en pacientes de 6 a 16 años. 234. Examen odontológico CIE-10 201.2. Examen dental CIE-9-MC 89.31. Eliminación de sarro, pulido y desbridamiento de dientes CIE-9-MC 96.54. Intervención 139 CAUSES 2016 Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Aplicación de sellador de fosetas y fisuras dentales	Verificar existencia de casos, de protocolo específico de atención y programa de, diagnóstico, tratamiento y apoyo de casos de fosetas y fisuras dentales.		1	Verificar en el expediente clínico: 1. Proceso de control y seguimiento de actividades preventivas, diagnóstico, tratamiento o referencia y servicios de apoyo con registros en nota médica y reporte en el sistema de información SINBA, aplicación de la GPC-SS-519-11-eyr 2. Prevención de caries dental a través de la aplicación de selladores de fosetas y fisuras. GPC-SS-024-08-eyr Prevención y diagnóstico de caries dental en pacientes de 6 a 16 años.		1	Verificar: 1. Expediente clínico (utilización de los programas preventivos en estos grupos). 2. Registro en expediente clínico y reporte (físico o electrónico) del SINBA-SIS 3. GPC-SS-519-11-eyr Prevención de caries dental a través de la aplicación de selladores de fosetas y fisuras. GPC-SS-024-08-eyr Prevención y diagnóstico de caries dental en pacientes de 6 a 16 años.	1	1. Personas, Comunidad y población 4.1 Planeación 4.3 Planeación Operativa		
12	NOM-013-SSA2-2015 Para la prevención y control de enfermedades bucales NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. GPC-SS-519-11-EyR Prevención de caries dental a través de la aplicación de selladores de fosetas y fisuras. GPC-SS-024-08-EyR Prevención y diagnóstico de caries dental en pacientes de 6 a 16 años. GPC-SS-518-11-EyR Restauraciones dentales con amalgama, resina y ionómero de vidrio. Fractura de los dientes CIE-10 S02.5. Examen odontológico CIE-10 201.2. Restauración de diente mediante obturaciones CIE-9-MC 23.2X. Examen dental CIE-9-MC 89.31. Intervención 140 CAUSES 2016. Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Restauraciones dentales con amalgama, ionómero de vidrio y resina, por caries o fractura de los dientes	Verificar existencia de casos, de protocolo específico de atención y programa de diagnóstico, tratamiento y apoyo de casos de fractura de los dientes.		1	Verificar en el expediente clínico: 1. Proceso de control y seguimiento de actividades preventivas, diagnóstico, tratamiento o referencia y servicios de apoyo con registros en nota médica y reporte en el sistema de información SINBA, aplicación de la GPC-SS-519-11-eyr Prevención de caries dental a través de la aplicación de selladores de fosetas y fisuras. GPC-SS-024-08-eyr Prevención y diagnóstico de caries dental en pacientes de 6 a 16 años. GPC-SS-518-11-eyr. 2. Restauraciones dentales con amalgama, resina y ionómero de vidrio. Fractura de los dientes.		1	Verificar: 1. Expediente clínico (utilización de los programas preventivos en estos grupos). 2. Registro en expediente clínico y reporte (físico o electrónico) del SINBA-SIS 3. GPC-SS-519-11-eyr Prevención de caries dental a través de la aplicación de selladores de fosetas y fisuras. GPC-SS-024-08-eyr Prevención y diagnóstico de caries dental en pacientes de 6 a 16 años. GPC-SS-518-11-eyr. 4. Restauraciones dentales con amalgama, resina y ionómero de vidrio. 5. Fractura de los dientes.	1	1. Personas, Comunidad y población 4.1 Planeación 4.3 Planeación Operativa		

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN															
HOSPITAL REGIONAL COCULA															
ESTOMATOLOGÍA HG- HMI-HP															
Normatividad aplicable	Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA			Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO			Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL			Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional				Evidencia Observacional				Evidencia Documental				Modelo de Gestión de Calidad en Salud	
		El evaluador deberá:				El evaluador deberá:				El evaluador deberá:				Criterios y Subcriterios	
NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica. NOM-015-SSA2-2010 Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus. NOM-013-SSA2-2015 Para la prevención y control de enfermedades bucales NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. GPC-SS-504-11-EyR diagnóstico y tratamiento de focos infecciosos bacterianos en la cavidad bucal. GPC-ISSSTE-517-11-EyR Prevención, diagnóstico y tratamiento de las infecciones odontogénicas causantes de infecciones cervicofaciales en los tres niveles de atención. Absceso periapical sin fistula. CIE-10 K04.7. Gingivitis aguda CIE-10 K05.0. Periodontitis aguda CIE-10 K05.2. Exciisión de lesión o de tejido de encía. CIE-9-MC 24.31.Exciisión de lesión maxilar de origen dentario CIE-9-MC 24.4X. Intervención 141 CAUSES 2016. Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Diagnóstico y tratamiento de focos infecciosos bacterianos agudos en la cavidad bucal	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa de, diagnóstico, tratamiento y apoyo de casos de focos infecciosos bacterianos agudos.	1	Verificar en el expediente clínico: 1. Proceso de control y seguimiento de actividades preventivas, diagnóstico, tratamiento o referencia y servicios de apoyo con registros en nota médica y reporte en el sistema de información SINRA, aplicación de la GPC-SS-504-11-eyr Diagnóstico y tratamiento de focos infecciosos bacterianos en la cavidad bucal. GPC-ISSSTE-517-11-eyr. 2. Prevención, diagnóstico y tratamiento de las infecciones odontogénicas causantes de infecciones cervicofaciales en los tres niveles de atención.	1	Verificar: 1. Expediente clínico (utilización de los programas preventivos en estos grupos). 2. Registro en expediente clínico y reporte (físico o electrónico) del SINRA-SIS. 3. GPC-SS-504-11-eyr Diagnóstico y tratamiento de focos infecciosos bacterianos en la cavidad bucal. GPC-ISSSTE-517-11-eyr. 4. Prevención, diagnóstico y tratamiento de las infecciones odontogénicas causantes de infecciones cervicofaciales en los tres niveles de atención.	1	1. Comunicación con las personas, comunidad y población 4.1. Planeación Estratégica 4.3. Planeación Operativa							
NOM-013-SSA2-2015 Para la prevención y control de enfermedades bucales NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. GPC-SS-504-11-EyR Diagnóstico y tratamiento de focos infecciosos bacterianos en la cavidad bucal. GPC-ISSSTE-517-11-EyR Prevención, diagnóstico y tratamiento de las infecciones odontogénicas causantes de infecciones cervicofaciales en los tres niveles de atención. Necrosis de la pulpa CIE-10 K04.1. Periodontitis crónica CIE-10 K05.3. Raiz dental tratada CIE-10 K08.3. Fractura de los dientes CIE-10 S02.5. Extracción de diente con forceps CIE-9-MC 23. Extracción de raíz residual CIE-9-MC 23.11. Intervención 142 CAUSES 2016 Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Extracción de dientes erupcionados y restos radiculares	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa de, diagnóstico, tratamiento y apoyo de casos de erupciones y restos radiculares.	1	Verificar en el expediente clínico: 1. Proceso de control y seguimiento de actividades preventivas, diagnóstico, tratamiento o referencia y servicios de apoyo con registros en nota médica y reporte en el sistema de información SINRA, aplicación de la GPC-SS-504-11-eyr Diagnóstico y tratamiento de focos infecciosos bacterianos en la cavidad bucal. GPC-ISSSTE-517-11-eyr. 2. Prevención, diagnóstico y tratamiento de las infecciones odontogénicas causantes de infecciones cervicofaciales en los tres niveles de atención.	1	Verificar: 1. Expediente clínico (utilización de los programas preventivos en estos grupos). 2. Registro en expediente clínico y reporte (físico o electrónico) del SINRA-SIS. 3. GPC-SS-504-11-eyr Diagnóstico y tratamiento de focos infecciosos bacterianos en la cavidad bucal. GPC-ISSSTE-517-11-eyr. 4. Prevención, diagnóstico y tratamiento de las infecciones odontogénicas causantes de infecciones cervicofaciales en los tres niveles de atención.	1	1. Comunicación con las personas, comunidad y población 4.1. Planeación Estratégica 4.3. Planeación Operativa							
NOM-013-SSA2-2015 Para la prevención y control de enfermedades bucales NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. GPC-SS-504-11-EyR Diagnóstico y tratamiento de focos infecciosos bacterianos en la cavidad bucal. GPC-ISSSTE-517-11-EyR Prevención, diagnóstico y tratamiento de las infecciones odontogénicas causantes de infecciones cervicofaciales en los tres niveles de atención. GPC-IMSS-692-13-EyR Diagnóstico y abordaje anestésico de pulpitis irreversible sintomática en órganos dentarios permanentes. Pulpitis CIE-10 K04.0. Degeneración de la pulpa CIE-10 K04.2. Formación anormal de tejido duro en la pulpa CIE-10 K04.3. Periodontitis apical aguda originada en la pulpa CIE-10 K04.4. Absceso periapical con fistula CIE-10 K04.6. Otras enfermedades y las no especificadas de la pulpa y del tejido periapical CIE-10 K04.9. Control de placa dentobacteriana CIE-9-MC 00.98. Drenaje de absceso dentario CIE-9-MC 00.01. Tratamiento de conducto radicular con irrigación CIE-9-MC 23.71. Intervención 143 CAUSES 2016 Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Terapia pulpar	Verificar: 1. Existencia de casos 2. Existencia de protocolo específico de atención 3. Programa de, diagnóstico, tratamiento y apoyo de casos de pulpitis.	1	Verificar en el expediente clínico: 1. Proceso de control y seguimiento de actividades preventivas, diagnóstico, tratamiento o referencia y servicios de apoyo con registros en nota médica y reporte en el sistema de información SINRA, aplicación de la GPC-SS-504-11-eyr Diagnóstico y tratamiento de focos infecciosos bacterianos en la cavidad bucal. GPC-ISSSTE-517-11-eyr. 2. Prevención, diagnóstico y tratamiento de las infecciones odontogénicas causantes de infecciones cervicofaciales en los tres niveles de atención. GPC-IMSS-692-13-eyr. 3. Diagnóstico y abordaje anestésico de pulpitis irreversible sintomática en órganos dentarios permanentes.	1	Verificar: 1. Expediente clínico (utilización de los programas preventivos en estos grupos). 2. Registro en expediente clínico y reporte (físico o electrónico) del SINRA-SIS. 3. GPC-SS-504-11-eyr Diagnóstico y tratamiento de focos infecciosos bacterianos en la cavidad bucal. GPC-ISSSTE-517-11-eyr. 4. Prevención, diagnóstico y tratamiento de las infecciones odontogénicas causantes de infecciones cervicofaciales en los tres niveles de atención. GPC-IMSS-692-13-eyr. 5. Diagnóstico y abordaje anestésico de pulpitis irreversible sintomática en órganos dentarios permanentes.	1	1. Comunicación con las personas, comunidad y población 4.1. Planeación Estratégica 4.3. Planeación Operativa							
NOM-013-SSA2-2015 Para la prevención y control de enfermedades bucales NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. GPC-ISSSTE-517-11-EyR Prevención, diagnóstico y tratamiento de las infecciones odontogénicas causantes de infecciones cervicofaciales en los tres niveles de atención. Dientes impactados CIE-10 K01.1. Extracción quirúrgica de diente CIE-9-MC 23.1. Intervención 144 CAUSES 2016 Sistema Nacional de información Básica en Materia de Salud DOF 5/SEP/2012. NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información de Salud.	Extracción de tercer molar	Verificar: 1. Existencia de casos. 2. Existencia de protocolo específico de atención. 3. Programa de, diagnóstico, tratamiento y apoyo de casos de extracción de tercer molar.	1	Verificar en el expediente clínico: 1. Proceso de control y seguimiento de actividades preventivas, diagnóstico, tratamiento o referencia y servicios de apoyo con registros en nota médica y reporte en el sistema de información SINRA, aplicación de la GPC-ISSSTE-517-11-eyr. 2. Prevención, diagnóstico y tratamiento de las infecciones odontogénicas causantes de infecciones cervicofaciales en los tres niveles de atención.	1	Verificar: 1. Expediente clínico (utilización de los programas preventivos en estos grupos). 2. Registro en expediente clínico y reporte (físico o electrónico) del SINRA-SIS. 3. GPC-ISSSTE-517-11-eyr Prevención, diagnóstico y tratamiento de las infecciones odontogénicas causantes de infecciones cervicofaciales en los tres niveles de atención.	1	1. Comunicación con las personas, comunidad y población 4.1. Planeación Estratégica 4.3. Planeación Operativa							

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN										CAUSAS-2N-2018			
JCSA001401 HOSPITAL REGIONAL COCULA													
ESTOMATOLOGÍA HG- HMI-HP													
Normatividad aplicable		Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
			Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental			Criterios y Subcriterios	
			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:				
17	ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/09/17. AESP 1A, 4A	Seguridad del Paciente	Verificar que se tenga acceso al procedimiento documentado de la Acción Esencial 4. de Seguridad en los Procedimientos.		1	Verificar que se conozca y ápi ce el tiempo Fuera antes de cada procedimiento.		1	No aplica.		NA	4.1. Planeación Estratégica 4.3. Planeación Operativa 7.4 Gestión del riesgo en la	
					14						16		
CALIFICACIÓN ESTOMATOLOGÍA HG, HMI, HP			92.00%										



CECILA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

CAHSES-20-2018

CECILA01401

HOSPITAL REGIONAL COCULA

ANATOMÍA PATOLÓGICA - NI-MI-HP

Normatividad aplicable	Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Criterios a evaluar PROCESO		Criterios a evaluar DOCUMENTAL		MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional		Evidencia Observacional		Evidencia Documental		Criterios y Subcriterios	
		El evaluador deberá:		El evaluador deberá:		El evaluador deberá:			
1	LGS, en su artículo 200 bis. RLGMPSAM, en su artículo 220, 221, 222, 143, 145.	Autorizaciones sanitarias	Verificar: 1. Existencia de señalización. 2. Que cuente con señalamiento de emergencia para protección civil. 3. Que el punto de reunión esté delimitado e identificado.	Verificar: 1. Que el documento cuente con las características y tipo de servicio a que está destinado el establecimiento. 2. Que este exhibido en un lugar visible del área. 3. Que esté vigente.	1	Verificar existencia de documento oficial.	1	5. Responsabilidad Social	5.1. Responsabilidad pública
2			Verificar existencia de Aviso de Responsable Sanitario.	Verificar: 1. Que el documento cuente con las características requeridas. 2. Que este exhibido en un lugar visible del área. 3. Que esté vigente y actualizado.	1	Verificar existencia de documento oficial.	1	5. Responsabilidad Social	5.1. Responsabilidad pública
3	NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 5.1.10 ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/09/17. ASEP 5C.	Condiciones generales	Verificar: 1. Que exista señalización. 2. Que el área se encuentre limpia y mantenga la asepea correspondiente. 3. Que cuente con iluminación y ventilación. 4. Que cuente con infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas.	Verificar: 1. Que el área esté debidamente señalizada con rótulo de acceso restringido. 2. Que la iluminación y ventilación sean adecuadas. 3. Que la infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas se encuentre en buen estado. 4. Los factores del entorno arquitectónico asociados a riesgo de caídas de pacientes.	1	Verificar: 1. Bitácora de control de aseo y limpieza del área firmada por el jefe de turno o supervisor. 2. Bitácora del mantenimiento preventivo-correctivo de la estructura e instalaciones. 3. Manual de procedimientos para determinar las características, la frecuencia del aseo y limpieza del área. 4. Bitácora para el registro de indicaciones verbales y telefónicas.	1	4. Planeación	4.1. Planeación Estratégica 4.3. Planeación Operativa 7.4. Gestión del riesgo en la atención
4	NOM-087-ECOL-SSA1-2002, en su numeral 4 y NOM-037-SSA3-2016, en su numeral 6.2.1.10.		Verificar: 1. Existencia de contenedores para el manejo del R.P.B.I. 2. Que cuente con área de depósito y estación temporal de RPB, material y reactivos.	Verificar: 1. Que la señalización de la circulación de los contenedores este colocada del área generadora hacia el almacén temporal. 2. Que los R.P.B.I. estén identificados y en buen estado. 3. Que se encuentren de acuerdo a sus características físicas y biológico	1	Verificar bitácora de registro de la recolección del R.P.B.I. con los datos específicos como fecha, peso, tipo de residuo, firma del responsable del área y firma del responsable de la recolección.	1	4. Planeación	4.1. Planeación Estratégica 4.3. Planeación Operativa 7.4. Gestión del riesgo en la atención
5	NOM-001-SEDE-2012, artículo 517, en su numeral 517-30.	Requisitos generales	Verificar: 1. Que el circuito eléctrico esté conectado a la planta de emergencia. 2. Que se cuente con contactos grado hospital con un color distintivo o una marca.	Revisar en el área su funcionamiento a través del equipo conectado a los contactos grado hospital.	1	No aplica.	NA	4. Planeación	4.1. Planeación Estratégica 4.3. Planeación Operativa 7.4. Gestión del riesgo en la atención
6	RLGMPSAM, en su artículo 168 ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/09/17. ASEP 5B.		Verificar: 1. Que los sanitarios sean independientes para hombres y mujeres. 2. Inodoro para uso de personas con discapacidad. 3. Lavabo con cartel de técnica de higiene de manos.	Verificar: 1. Que tengan papel sanitario y bote de campana o de pedal para basura. 2. Que no se presente fugas de agua o drenaje. 3. Que se encuentren limpios e higiénicos. 4. Abasto e insumos para la higiene de manos: jabón (líquido o gel) y toallas desechables.	1	Verificar: 1. Registro y control del sistema de abasto de los insumos para la higiene de manos. 2. Bitácora de limpieza firmada por turno y por supervisor o jefe del servicio. 3. Bitácora del mantenimiento preventivo y correctivo de la estructura.	1	4. Planeación	4.1. Planeación Estratégica 4.3. Planeación Operativa 7.4. Gestión del riesgo en la atención
7	RLGMPSAM, en su artículo 168. NOM-037-SSA3-2016, en su numeral 6.2.1.1. ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/09/17. ASEP 1E.	Administración, recepción, registro de especímenes y entrega de resultados	Verificar que cuente con mobiliario.	Verificar: 1. Que el mobiliario se encuentre en buenas condiciones. 2. Que se realice el registro de recepción de muestras y entrega de resultados (que conste al menos la fecha, nombre del paciente, tipo de examen realizado y los resultados obtenidos; nombre, número de cédula profesional y firma del médico especialista que interpretó el estudio). Corroborando los datos de la etiqueta del recipiente de la muestra biológica con los datos de las solicitudes.	1	Verificar: 1. Inventario de mobiliario. 2. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo del mobiliario y equipo. 3. Registro cronológico de las muestras.	1	4. Planeación	4.1. Planeación Estratégica 4.3. Planeación Operativa 7.4. Gestión del riesgo en la atención
8	RLGMPSAM, en su artículo 168. NOM-037-SSA3-2016, en los numerales 6.2.1.2, 6.2.1.3, 6.2.1.6. ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/09/17. ASEP 1E.		Verificar que cuente con mobiliario, equipo, instrumental y material para toma de muestras.	Verificar que el mobiliario, equipo, instrumental y material se encuentre en buenas condiciones.	1	Verificar: 1. Inventario de mobiliario y equipo. 2. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo del mobiliario y equipo. 3. Resguardo del instrumental. 4. Sistema de abasto del material para la toma de muestras.	1	4. Planeación	4.1. Planeación Estratégica 4.3. Planeación Operativa 7.4. Gestión del riesgo en la atención
9	RLGMPSAM, en su artículo 168. NOM-037-SSA3-2016, en los numerales 6.2.1.2, 6.2.1.3, 6.2.1.6. ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/09/17. ASEP 1E.	Estudio y descripción anatómopatológica	Verificar que se cuente con el espacio físico y equipo para la disección y toma de cortes.	Verificar que se realice el sistema de disección, muestreo, descripción macroscópica y en su caso estudios transoperatorios.	1	Verificar la hoja de descripción macroscópica.	1	4. Planeación	4.1. Planeación Estratégica 4.3. Planeación Operativa 7.4. Gestión del riesgo en la atención
10			Verificar que se cuente con el mobiliario correspondiente.	Verificar que el mobiliario se encuentre en buenas condiciones.	1	Verificar: 1. Inventario de mobiliario. 2. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo del mobiliario.	1	4. Planeación	4.1. Planeación Estratégica 4.3. Planeación Operativa 7.4. Gestión del riesgo en la atención
11		Fotografía y microfotografía	Verificar: 1. Que cuente con sistema para inclusión de tejidos en parafina u otros materiales, manual o automatizado. 2. Que exista equipo de corte histológico, tinción, montaje y etiquetado, manual o automatizado. 3. Que cuente con equipo de protección para el personal.	Verificar: 1. Que el mobiliario y equipo se encuentre en buenas condiciones. 2. Que el equipo funcione.	1	Verificar: 1. Inventario de mobiliario y equipo. 2. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo del mobiliario y equipo. 3. Bitácora de mantenimiento y calibración del equipo. 4. Sistema de abasto del material para la inclusión de tejidos.	1	4. Planeación	4.1. Planeación Estratégica 4.3. Planeación Operativa 7.4. Gestión del riesgo en la atención
12	RLGMPSAM, en su artículo 168. NOM-037-SSA3-2016, en su numeral 6.2.1.4. NOM-016-SSA3-2012, en su apéndice B.		Verificar que exista el siguiente mobiliario: asiento, bote para basura tipo municipal (bolsa de cualquier color, excepto rojo o amarillo), bote para RPB (bolsa roja), mesa alta de trabajo con tarja, lavabo con el cartel de la técnica de higiene de manos, mesa baja para microscopio con control de iluminación ambiental, sistema de archivo para documentos, sistema de archivo para laminillas.	Verificar: 1. Que el mobiliario se encuentre en buenas condiciones. 2. Abasto de insumos para la higiene de manos: jabón (líquido o gel) y toallas desechables.	1	Verificar: 1. Inventario de mobiliario. 2. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo del mobiliario. 3. Sistema de abasto de los insumos para la higiene de manos.	1	4. Planeación	4.1. Planeación Estratégica 4.3. Planeación Operativa 7.4. Gestión del riesgo en la atención
13		Laboratorio para el desarrollo de los procesos técnicos	Verificar que exista el siguiente mobiliario: asiento, bote para basura tipo municipal (bolsa de cualquier color, excepto rojo o amarillo), bote para RPB (bolsa roja), mesa alta de trabajo con tarja, lavabo con el cartel de la técnica de higiene de manos, mesa baja para microscopio con control de iluminación ambiental, sistema de archivo para documentos, sistema de archivo para laminillas.	Verificar: 1. Que el equipo se encuentre en buenas condiciones. 2. Que el equipo funcione.	1	Verificar: 1. Inventario de equipo. 2. Bitácora de mantenimiento y calibración del equipo. 3. Sistema de abasto del material para la tinción.	1	4. Planeación	4.1. Planeación Estratégica 4.3. Planeación Operativa 7.4. Gestión del riesgo en la atención
14	RLGMPSAM, en su artículo 168. NOM-037-SSA3-2016, en su numeral 6.2.1.5.		Verificar que exista lo siguiente: almacén de especímenes, mesa de necropsias, tarja para lavado de material, sistema de refrigeración para cadáveres, equipo e instrumental de corte y disección para necropsia, charolas y recipientes herméticos, mueble para guarda de instrumental, contenedores para la disposición de residuos peligrosos, balanza granatária, equipo fotográfico, equipo de protección personal, extractor de aire, y área de conservación y almacenamiento de órganos, tejidos y cadáveres.	Verificar: 1. Que el mobiliario y equipo se encuentre en buenas condiciones. 2. Que el equipo funcione.	1	Verificar: 1. Inventario de mobiliario y equipo. 2. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo del mobiliario. 3. Bitácora de mantenimiento y calibración del equipo. 4. Registro de temperatura del sistema de refrigeración. 5. Manual de desinfección y desinfectación. 6. Manual de manejo de las piezas anatómicas.	1	4. Planeación	4.1. Planeación Estratégica 4.3. Planeación Operativa 7.4. Gestión del riesgo en la atención

HOJA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN
HOSPITAL REGIONAL COCULA

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-037-SSA3-2016, en su numeral 6.2.1.1.7.		CRITERIOS A EVALUAR ESTRUCTURA		CRITERIOS A EVALUAR PROCESO		CRITERIOS A EVALUAR DOCUMENTAL		MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
Evidencia Observacional		Evidencia Observacional		Evidencia Documental		Evidencia Documental		Evidencia Documental	
El evaluador deberá:		El evaluador deberá:		El evaluador deberá:		El evaluador deberá:		El evaluador deberá:	
15	Verificar que se cuente con el mobiliario correspondiente.	1	Verificar: 1. Que el mobiliario se encuentre en buenas condiciones. 2. Que las laminillas estén identificadas y con registro cronológico de acuerdo al número correspondiente en la recepción de la muestra. 3. Que los resultados de los estudios estén en hoja membretada y contenga al menos: el nombre o razón social de la institución o establecimiento y el domicilio correspondiente, fecha de emisión del informe, datos del paciente; en su caso, número de registro, expediente, folio del estudio así como nombre, número de cédula profesional y firma del médico especialista que interpretó el estudio, misma que será autógrafa.	1	Verificar: 1. Que el mobiliario se encuentre en buenas condiciones. 2. Que las laminillas estén identificadas y con registro cronológico de acuerdo al número correspondiente en la recepción de la muestra. 3. Que los resultados de los estudios estén en hoja membretada y contenga al menos: el nombre o razón social de la institución o establecimiento y el domicilio correspondiente, fecha de emisión del informe, datos del paciente; en su caso, número de registro, expediente, folio del estudio así como nombre, número de cédula profesional y firma del médico especialista que interpretó el estudio, misma que será autógrafa.	1	Verificar: 1. Inventario de mobiliario. 2. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo del mobiliario. 3. Registro cronológico de las muestras. 4. Hoja de resultados de estudios.	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa 7.4 Gestión del riesgo en la atención	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa 7.4 Gestión del riesgo en la atención
16	Verificar la existencia de documentos técnico-normativos.	1	Verificar: 1. Que los manuales sean de conocimiento y aplicación por parte del personal. 2. Que los manuales tengan los elementos requeridos. 3. Que estén actualizados. 4. Que estén autorizados por las autoridades correspondientes. 5. Que la fecha de elaboración este vigente.	1	Verificar: 1. Que los manuales sean de conocimiento y aplicación por parte del personal. 2. Que los manuales tengan los elementos requeridos. 3. Que estén actualizados. 4. Que estén autorizados por las autoridades correspondientes. 5. Que la fecha de elaboración este vigente.	1	Verificar la existencia de los siguientes manuales: 1. El manual de organización. 2. El manual de procedimientos administrativos y técnicos. 3. El manual de manejo de cada equipo. 4. El manual de seguridad e higiene ocupacional. 5. El manual de procedimientos para el manejo de residuos peligrosos. 6. El programa de desinfección y desinfectación del	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa 7.4 Gestión del riesgo en la atención	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa 7.4 Gestión del riesgo en la atención
17	Verificar que el área cuente con un procedimiento documentado para la comunicación efectiva Acción Esencial 2 (A,B,E) definido y aplicado al Establecimiento.	1	Verificar: 1. Se cuente con una bitácora específica para el registro de los resultados críticos. 2. Se conoce y sigue el procedimiento establecido para la emisión-recepción de resultados críticos.	1	Verificar: 1. Se cuente con una bitácora específica para el registro de los resultados críticos. 2. Se conoce y sigue el procedimiento establecido para la emisión-recepción de resultados críticos.	1	Verificar: 1. Registros de supervisión de seguimiento, llenado de la bitácora específica de registro de resultados críticos. 2. Constancias de capacitación o listas de asistencia.	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa 7.4 Gestión del riesgo en la atención	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa 7.4 Gestión del riesgo en la atención
18	Verificar que cuente con dispositivos para el lavado de manos y cara, en particular para los ojos en situaciones de emergencia.	1	Verificar que las instalaciones hidrosanitarias funcionen.	1	Verificar la bitácora de limpieza firmada con firmas correspondientes.	1	Verificar la bitácora de limpieza firmada con firmas correspondientes.	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa 7.4 Gestión del riesgo en la atención	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa 7.4 Gestión del riesgo en la atención
19	Verificar que el área cuente con un procedimiento documentado para la comunicación efectiva Acción Esencial 2 (A,B, E) definido y aplicado.	1	Verificar: 1. Se cuente con una bitácora específica para el registro de los resultados críticos. 2. Se conoce y sigue el procedimiento establecido para la emisión recepción de resultados críticos.	1	Verificar: 1. Registros de supervisión de seguimiento, llenado de la bitácora específica de registro de resultados críticos. 2. Constancias de capacitación o listas de asistencia.	1	Verificar: 1. Registros de supervisión de seguimiento, llenado de la bitácora específica de registro de resultados críticos. 2. Constancias de capacitación o listas de asistencia.	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa 7.4 Gestión del riesgo en la atención	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa 7.4 Gestión del riesgo en la atención

CALIFICACIÓN ANATOMOPATOLOGÍA NO, INE Y SP	100.00%
---	---------

JCSSA001401		HOSPITAL REGIONAL COCULA		ENSEÑANZA HG-HMI-HP						
Normatividad aplicable		Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Criterios a evaluar PROCESO		Criterios a evaluar DOCUMENTAL		MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
			Evidencia Observacional		Evidencia Observacional		Evidencia Documental			
			El evaluador deberá:		El evaluador deberá:		El evaluador deberá:			
1	El artículo 59 del RLGSMPSAM; los numerales 5.1.7, 5.1.8 y 5.1.10 de la NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 6.8.3	Aulas	Verificar: 1. Existencia de señalización. 2. Que cuente con señalamiento de emergencia para protección civil. 3. Que el punto de reunión esté delimitado e identificado.	1	Verificar: 1. Que se encuentren limpias. 2. Que la iluminación y ventilación sean adecuadas. 3. Que las instalaciones eléctricas estén en buenas condiciones. 4. Que las aulas estén señalizadas. 5. Que el equipo y mobiliario funcionen.	1	Verificar: 1. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo de la estructura, mobiliario y equipo. 2. Bitácora de limpieza.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
2	NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 6.8.3.	Sanitarios	Verificar: 1. Que existan sanitarios para alumnos. 2. Lavabo con cartel de técnica de higiene de manos.	1	Verificar: 1. Que los sanitarios estén separados por género. 2. Que se encuentren limpios. 3. Que las instalaciones hidrosanitarias se encuentren en buenas condiciones. 4. Abasto e insumos para la higiene de manos: jabón (líquido o gel) y toallas	1	Verificar: 1. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo de la estructura. 2. Bitácora de limpieza.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
3	NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 6.8.3	Bibliohemeroteca	Verificar que cuente con acervo de resguardo de libros, revistas y tesis de interés para las áreas médica y técnico-administrativa.	1	Verificar: 1. Que se encuentre limpio. 2. Que la iluminación y ventilación sean adecuadas. 3. Que las instalaciones eléctricas estén en buenas condiciones. 4. Que exista señalización.	1	Verificar: 1. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo de la estructura. 2. Bitácora de limpieza.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
4	NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 6.8.3.	Área Administrativa	Verificar: 1. Que se cuente con un área administrativa. 2. Que existan los recursos materiales, tecnológicos y de infraestructura que permitan llevar a cabo las actividades correspondientes (cuando en el establecimiento se lleven a cabo actividades de investigación para la salud).	1	Verificar que se llevan a cabo las actividades de operación coordinada de la organización y funcionamiento del establecimiento, así como para la administración de los recursos humanos, materiales y financieros.	1	Verificar: 1. Inventario. 2. Acuerdo con instituciones educativamente competente que avale el reconocimiento de la formación del personal becario.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
5	El numeral 6.8 de la NOM-001-SSA3-2012, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas.	Responsable del Servicio de Enseñanza	Verificar que exista el manual de organización, funcionamiento y procedimientos del recurso humano responsable del servicio de enseñanza en el hospital.	1	Verificar las funciones de Educación en Salud contenidas en los manuales de organización y funcionamiento de la unidad se lleven a cabo y se implementen.	1	Verificar documental de procedimientos y reglamentos del área para cada proceso formativos que se desarrolle en la unidad (ciclos clínicos, internado médico, servicio social y residencias médicas).	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
6	NOM-234-SSA1-2003, Utilización de campos clínicos para ciclos clínicos e internado de pregrado; NOM-009-SSA3-2013, Educación en Salud. Criterios para la utilización de los establecimientos para la atención médica como campos clínicos para la prestación del servicio social de medicina y estomatología. NOM-001-SSA3-2012, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas.	Programas Académico y Operativo	Verificar que se cuente con los programas Académico y Operativo en la formación de los recursos humanos para la salud en el nivel académico correspondiente.	1	Verificar: 1. Que los programas cumpla con los criterios requisitos establecidos y este actualizados. 2. Que las actividades docentes y de enseñanza clínica se realicen con tutoría de profesores en los diferentes niveles.	1	Verificar: 1. Procedimientos y reglamentos del área para cada proceso formativos que se desarrolle en la unidad médica (ciclos clínicos, internado médico, servicio social y residencias médicas). 2. Programas Académico y Operativo.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa

JCSSA001401		HOSPITAL REGIONAL COCULA		ENSEÑANZA HG-HMI-HP								
Normatividad aplicable	Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
		Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental			Criterios y Subcriterios	
		El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:				
7	Lineamientos interculturales para el personal de los servicios de salud. NOM-011-SSA3-2014. Criterios para la atención de enfermos en situación terminal a través de Cuidados Paliativos y Acuerdo por el que el Consejo de Salubridad General declara la Obligatoriedad de los esquemas de manejo integral de cuidados paliativos 26 de Diciembre del 2014. NOM-027- SSA3-2013. NOM-002-STPS-2010. OMS- OPS seguridad del paciente. ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/09/17. AESP.	Capacitación	Verificar: 1. Que exista un proceso para identificar las necesidades de capacitación del personal. 2. Que se cuente con el programa anual de capacitación al personal médico y administrativo. 3. Que incluya temas sobre interculturalidad, equidad de género, cuidados paliativos y prevención de incendios y atención de emergencias, acciones esenciales de seguridad del paciente, buenas prácticas en el manejo de RPBI. 4. Que en el en personal médico y becario se cuente con capacitación en reanimación neonatal y en reanimación cardiopulmonar, señalando horarios, duración y responsable de su impartición.	1	Verificar: 1. Que se ejecute el programa anual de capacitación. 2. Cumplimiento de metas de acuerdo (programado/realizado). 3. Cobertura de capacitación (porcentaje) considerando al total de personal a quien va dirigido cada eje temático.	1	Verificar: 1. Carta descriptiva de los cursos de capacitación, con un enfoque por competencias. 2. Que el objetivo del curso sea congruente con los temas programados y con las competencias esperadas. 3. Que exista un diagnóstico inicial y final para verificar el nivel de conocimientos adquirido. 4. Listas de asistentes con los datos del curso correspondiente y firmas autógrafas. 5. Constancias con asignación de créditos (señalando horarios, duración y responsable de su impartición) y sellos correspondientes.	1	4. Planeación 6. Desarrollo y Satisfacción del Personal	4.1. Planeación Estratégica 4.3. Planeación Operativa		

CAUSES-2N-2018

HOSPITAL REGIONAL COCULA

Normatividad aplicable		Concepto	Crterios a evaluar ESTRUCTURA	Puntaje	Crterios a evaluar PROCESO	Puntaje	Crterios a evaluar DOCUMENTAL	Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
			Evidencia Observacional	Evidencia Observacional	Evidencia Documental	Criterios y Subcriterios				
			El evaluador deberá:	El evaluador deberá:	El evaluador deberá:					
8	Artículo 353C y 353 D de la Ley Federal del Trabajo; Apartado 10 y 11 de la NOM-001-SSA3-2012, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas.	Reglamento de Médicos Residentes	Verificar que el desarrollo de las Residencias Médicas se realice conforme al reglamento de médicos residentes.	1	Verificar que se apliquen los derechos y obligaciones de los Médicos Residentes en el desempeño de sus actividades.	1	Verificar el reglamento de Médicos Residentes donde estén especificados sus derechos y obligaciones.	1	4. Planeación 6. Desarrollo y Satisfacción del Personal	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
9	Artículo 85, 86,94 y 95 de la Ley General de Salud. Norma Oficial Mexicana de Campos Clínico para Ciclos Clínicos e Internado de Pregrado.	Formación de Personal para la Salud	Verificar que el personal en formación en sus diferentes niveles académicos se encuentre registrado en el departamento de enseñanza de la unidad médica.	1	Verificar que el personal en formación en sus diferentes niveles académicos desempeñen actividades académicas y operativas de acuerdo a su grado académico y bajo tutoría del profesor titular; y además porten el uniforme e identificación correspondiente y aparezcan en listas de asistencia.	1	Verificar: 1. Registro de personal en formación en sus diferentes niveles académicos. 2. Registro de profesores titulares con aval universitario.	1	4. Planeación 6. Desarrollo y Satisfacción del Personal	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
				9		9		9		

100.00%

CEDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN													
JCSSA001401 HOSPITAL REGIONAL COCULA													
INHALOTERAPIA HG - HMI - HP													
Normatividad aplicable		Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
			Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental			Criterios y Subcriterios	
			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:				
1	NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 4.12, 5.1.10, 6.6.2.2.9, 6.6.5.1. NOM-045-SSA2-2005, en su numeral 10.6.7, 10.6.7.2 ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOP 08/09/17. AESP 6C..	Condiciones Generales	Verificar: 1. Existencia de señalización. 2. Que cuente con señalamiento de emergencia para protección civil. 3. Que el punto de reunión esté delimitado e identificado.	1	Verificar: 1. Que el área esté debidamente señalizada con rotulo de acceso restringido. 2. Que la iluminación y ventilación sean adecuadas. 3. Que la infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas se encuentren en buen estado. 4. Abasto e insumos para la higiene de manos: jabón (líquido o gel) y toallas desechables.	1	Verificar: 1. Bitácora de control de aseo y limpieza del área firmada por el jefe de turno o supervisor. 2. Bitácora del mantenimiento preventivo-correctivo de la estructura e instalaciones. 3. Manual de procedimientos para determinar las características, la frecuencia del aseo y limpieza del área.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
2	NOM-087-ECOL-SSA1-2002, en su numeral 4 y 6. NOM-017-SSA2-1994, Para la vigilancia epidemiológica. NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.	Requisitos Generales	Verificar existencia de contenedores para el manejo del R.P.B.I.	1	Verificar: 1. Que la señalización de la circulación de los contenedores este colocada del área generadora hacia el almacén temporal. 2. Que los R.P.B.I. estén identificados y separados en los contenedores correspondientes de acuerdo a sus características físicas y biológicas infecciosas.	1	Verificar bitácora de registro de la recolección del R.P.B.I. con los datos específicos como fecha, peso, tipo de residuo, firma del responsable del área y firma del responsable de la recolección.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
3	NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 6.6.10.1, en su apéndice R. NOM-045-SSA2-2005, en su numeral 10.6.4.2, 10.6.4, 10.6.4.4, 10.6.6.5, 10.6.6, 10.6.7. Programa Médico Arquitectónico para el diseño de Hospitales 2015 DGPLADES-OMS-OPS. Guía de Equipamiento CENETEC.	Área Física	Verificar que exista las siguientes áreas: atención de pacientes ambulatorios, área para la limpieza, preparación y acondicionamiento de los equipos que se utilizarán para pacientes ambulatorios u hospitalizados y área para el depósito y guarda de insumos y equipos.	1	Verificar: 1. Que las áreas estén limpias. 2. Que la dimensión de los espacios sea suficiente para permitir la circulación del personal y para la ubicación de los equipos y mobiliario. 3. Que las áreas estén ordenadas. 4. Que en el almacén se encuentren los insumos y equipo requeridos.	1	Verificar: 1. Bitácora de control de aseo y limpieza del área firmada por el jefe de turno o supervisor. 2. Registro del sistema de abasto de los insumos.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
4	NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 6.6.10.1, en su apéndice R. NOM-045-SSA2-2005, en su numeral 10.6.4.2, 10.6.4, 10.6.4.4, 10.6.6.5, 10.6.6, 10.6.7. Programa Médico Arquitectónico para el diseño de Hospitales 2015 DGPLADES-OMS-OPS. Guía de Equipamiento CENETEC.	Área Física	Verificar: 1. Que cuente con cubiculos individuales de tratamiento. 2. Que cada cubiculo individual será de 5,00 m². 3. Que cuente con conexiones centrales de oxigeno y gases medicinales, o en su defecto tanques de oxigeno para cada cubiculo.	1	Verificar: 1. Que la ubicación este cercana a la unidad de urgencias o a los servicios de consulta externa. 2. Que cada cubiculo tenga las dimensiones requeridas. 3. Que las conexiones centrales de oxigeno y gases medicinales no tengan fugas. 4. Que de preferencia las mangueras, conectores, tubos, boquillas, mascarillas y otros sean de material descartable o bien	1	Verificar: 1. Bitácora de mantenimiento preventivo correctivo de las conexiones de oxigenos y gases medicinales. 2. Sistema de abasto de los aditamentos para las conexiones centrales.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
5			Verificar que cuente con el siguiente equipo: esterilizador, espirómetro o su equivalente tecnológico, vaporizador humedecedor, nebulizador, micronebulizador o su equivalente tecnológico, lavadora de equipo de inhaloterapia, unidad de secado, flujómetro de pared estándar, oxímetro de pulso, percutor electrónico y percutor neonatal.	1	Verificar: 1. Que el equipo este en buenas condiciones. 2. Que el equipo funcione. 3. Que los circuitos para ventilación e inhaloterapia, las bolsas de reanimación respiratoria y sensores de oxigeno utilizados si no son desechables, deben ser lavados y esterilizados o someterlos a desinfección de alto nivel antes de volver a ser usados en otro paciente. 4. Que los humidificadores y equipos de apoyo respiratorio no invasivo estén esterilizados o sometidos a desinfección de alto nivel y que el cambio de estos se realice máximo cada semana, a menos que exista contaminación documentada.	1	Verificar: 1. Inventario de equipo. 2. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo del equipo. 3. Bitácora de mantenimiento, utilización y funcionamiento del esterilizador. 4. Registro de los controles de calidad físicos, químicos o biológicos. 5. Registro del lavado, esterilización o desinfección de alto nivel de los circuitos para ventilación e inhaloterapia, las bolsas de reanimación respiratoria y sensores de oxigeno. 6. Registro de la fecha y hora de cada cambio de los humidificadores y equipos de apoyo respiratorio. 7. Bitácora de productividad y registro de esterilización.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			

CEDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN										CAUSAS-2N-2019			
JCSSA001401 HOSPITAL REGIONAL COCULA													
INHALOTERAPIA HG - HMI - HP													
Normatividad aplicable		Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
			Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental			Criterios y Subcriterios	
			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:				
6	NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 6.6.10.1, en su apéndice R. NOM-045-SSA2-2005, en su numeral 10.6.4.2, 10.6.4, 10.6.4.4, 10.6.6.5, 10.6.6, 10.6.7. Programa Médico Arquitectónico para el diseño de Hospitales 2015 DGPLADES-OMS-OPS. Guía de Equipamiento CENETEC.	Área Física	Verificar que cuente con el siguiente mobiliario: mesa con tarja, sillón reclinable, lavadero de acero inoxidable, mueble con zona baja de almacenamiento y para empotrar lavadero, vitrina para instrumental y material estéril.	1	Verificar: 1. Que el mobiliario este en buenas condiciones. 2. Que el mobiliario funcione. 3. Que el equipo y material este empacado en papel grado médico y cerrado mediante selladora térmica y rotulado con fecha de esterilización, de caducidad y nombre de la persona responsable del proceso. 4. Que los recipientes que contengan desinfectante estén tapados y rotulados con el nombre del producto, la fecha de preparación y caducidad.	1	Verificar: 1. Inventario de mobiliario. 2. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo del mobiliario. 4. Resguardo de instrumental. 5. Bitácora de mantenimiento del instrumental, así como el procedimiento de baja y alta del mismo. 6. Bitácora de uso de los desinfectantes. 7. Registro del procedimiento de esterilización y desinfección de alto nivel de los humidificadores y equipos de apoyo respiratorio no invasivo (registrarse la fecha y hora de cambio).	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
7	ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/09/17. AESP.	Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente	Verificar: 1. Existencia de Lavabo con el cartel de la técnica de higiene de manos. 2. Verificar la calidad del agua.	1	Verificar: 1.. Que no exista fugas de agua o drenaje. 2. Abasto e insumos para la higiene de manos: jabón (líquido o gel), toallas desechables. 3. Evaluar la técnica de higiene de manos.	1	Verificar: 1. Registro y control del sistema de abasto de los insumos para la higiene de manos. 2. Bitácora del mantenimiento preventivo y correctivo de la estructura. 3. Registro y calendario de controles de calidad de Agua.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
8			1.. Manual de procedimientos para la desinfección de alto nivel en el área.	1	Verificar: 1. Que se realicen procedimientos de desinfección de alto nivel en el área. 2. Que realicen los procedimientos de conformidad con la especificaciones del proveedor.	1	Verificar la bitácora de limpieza firmada por turno y por supervisor o jefe del servicio.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
					8			8					

CALIFICACIÓN INHALOTERAPIA HG, HMI Y HP	100.00%
---	---------

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN										CAUSES-2N-2018			
JCSSA001401 HOSPITAL REGIONAL COCULA													
DIETOLOGÍA HG-HMI-HP													
Normatividad aplicable		Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
			Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental			Criterios y Subcriterios	
			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:				
1		Requisitos Generales	Verificar: 1. Existencia de señalización. 2. Que cuente con señalamiento de emergencia para protección civil. 3. Que el punto de reunión esté delimitado e identificado.	1	Verificar que la señalización sea la correspondiente para identificación y para área de acceso restringido.	1	No aplica	NA	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa				
2	NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 5.1.10, 6.7.2. NOM-002-STPS-2010, en su numeral 7, 7.2, 7.3, 7.15, 7.17.		Verificar que se cuente con extintores en áreas estratégicas de acuerdo a lo normado.	1	Verificar: 1. Vigencia de recarga. 2. El conocimiento en el personal del uso de los extintores de acuerdo con la normativa e identifique las situaciones para su uso. 3. Instrucciones de seguridad aplicables en cada área y al alcance de los trabajadores. 4. Que no se almacenen materiales o coloquen objetos que obstruyan e interfieran el acceso al equipo contra incendio.	1	Verificar existencia de instructivo.	1	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa				
3			Verificar que la infraestructura se encuentre en buen estado.	1	Verificar: 1. Que las instalaciones se encuentren limpias. 2. Que la iluminación y ventilación sean adecuadas. 3. Que las instalaciones hidrosanitarias y eléctricas se encuentren en buen estado. 4. Que este establecida la ruta de evacuación y salida de emergencia.	1	Verificar: 1. Bitácora de limpieza firmada por turno y por supervisor o jefe del servicio. 2. Bitácora del mantenimiento preventivo-correctivo de la estructura e instalaciones.	1	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa				
4	NOM-251-SSA1-2009, en su numeral 5.12, 5.12.2, 5.12.3, 5.12.4, 5.12.5, 5.12.6, 5.12.7, 7.6, 7.6.1, 7.6.2.	Salud e Higiene Personal	Verificar: 1. Que se cuente con personal para laboral en las diferentes áreas de dietología. 2. Lavabo con cartel de la técnica para la higiene de manos. 3. Que cuenten con guantes.	0	Verificar: 1. Que el personal use ropa (uniforme) y calzado integros y limpios. 2. Que se encuentre aseado. 3. Que traigan el cabello corto o recogido, las uñas estén recortadas y sin esmalte, sin joyería. 4. Que se utilice protección que cubra totalmente cabello, barba, bigote y patilla (recortada). 5. Evaluar la técnica de higiene de manos. 6. Que no se permita fumar, comer, beber, escupir o mascar. 7. Que la ropa y objetos personales se guarden fuera de las áreas. 8. Que lo guantes estén integros y limpios. 9. Abasto e insumos para la higiene de manos: jabón (líquido o gel) y toallas desechables.	1	Verificar: 1. Sistema de abasto de insumos. 2. Manual de organización y procedimientos. 3. Manual de higiene del personal operativo de nutriología.	1	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa				
5	NOM-251-SSA1-2009, en su numeral 5.1, 5.1.2, 5.1.3, 5.1.4, 5.9, 5.9.5, 5.9.6.	Instalaciones y Áreas	Verificar que cuenten con instalaciones que eviten la contaminación de las materias primas, alimentos, bebidas o suplementos alimenticios.	1	Verificar: 1. Que los pisos, puertas, paredes y techos del área sean de fácil limpieza, sin grietas o roturas. 2. Que las puertas y ventanas estén provistas de protecciones para evitar la entrada de lluvia, fauna nociva o plagas. 3. Que las uniones en las superficies de pisos o paredes recubiertas con materiales no continuos en las áreas de producción o elaboración permitan su limpieza. 4. Que se evite que las tuberías, conductos, rieles, vigas, cables, etc., pasen por encima de tanques y áreas (en caso de que existan deben encontrarse en buenas condiciones de mantenimiento y limpios).	1	Verificar: 1. Bitácora de limpieza. 2. Bitácora de mantenimiento preventivo-correctivo de la estructura e instalaciones.	1	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa				
6	NOM-251-SSA1-2009, en su numeral 5.2, 5.2.1, 5.2.2, 5.2.3, 5.2.4, 5.9, 5.9.1, 5.9.2, 5.9.3, 5.9.4, 5.9.8, 5.9.9. NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 6.7.2.1, 6.7.2.2, 6.7.2.3 y en su apéndice U.	Equipos y Utensilios	Verificar: 1. Que cuenten con los equipos y utensilios requeridos. 2. Que cuente con ollas, cacerolas, cucharones, licuadora tipo industrial, refrigerador.	0	Verificar: 1. Que los equipos estén ubicados de forma espaciada para permitir su limpieza y desinfección (previo a uso). 2. Que los equipos y utensilios sean lisos, lavables y sin roturas. 3. Que los equipos se lubriquen con lubricante grado alimenticio. 4. Que los equipos de refrigeración y congelamiento no se encuentren con acumulación de agua y que cuenten con un dispositivo de registro de temperatura. 5. Que el termómetro se encuentre en buenas condiciones de funcionamiento y este colocado en un lugar accesible para su monitoreo. 6. Que los equipos y utensilios se encuentren integros y funcionales.	0	Verificar: 1. Bitácora de limpieza y desinfección. 2. Bitácora de mantenimiento preventivo-correctivo del equipo. 3. Inventario del equipo. 4. Registro de la gráfica de temperatura. 5. Documentos de requerimientos de sustitución periódica y de funcionalidad. 6. Manual de procedimiento para la lubricación de los equipos. 7. Instrucciones del fabricante o de los procedimientos internos para el manejo de agentes de limpieza y desinfección.	0	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa				

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN										CAUSAS-2N-2018		
JCSSA001401 HOSPITAL REGIONAL COCULA												
DIETOLOGÍA HG-HMI-HP												
Normatividad aplicable		Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
			Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental		Criterios y Subcriterios	
			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			
7	NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 6.7.2.1, 6.7.2.2, 6.7.2.3 y en su apéndice U.	Mobiliario	Verificar existencia de mesa alta de doble tarja, mesa con fregadero y triturador de desperdicios, mesa con respaldo y doble fregadero para ollas, mesa con respaldo y fregadero, mesa lisa con escurridor, mesa lisa con respaldo y entrepaños, mesa lisa de apoyo, carro transportador de ollas, estufa de 4 quemadores industrial, horno rectangular, bote para basura tipo municipal, carro de distribución de comida, marmita de vapor.	0	Verificar: 1. Que el mobiliario se encuentre en buenas condiciones, sin oxidaciones y funcionales. 2. Que se encuentre limpio.	0	Verificar: 1. Bitácora d limpieza y mantenimiento preventivo-correctivo. 2. Bitácora de limpieza. 3. Inventario de mobiliario.	0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
8	NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 6.4. NOM-251-SSA1-2009, en su numeral 5.3, 5.3.1, 5.3.2, 5.3.3, 5.3.4.	Servicios	Verificar: 1. Que se disponga de agua potable y cisternas e instalaciones apropiadas para su almacenamiento y distribución. 2. Que cuenten con un sistema local de tratamiento del agua, sistema local de calentamiento del agua.	1	Verificar: 1. Que las cisternas o tinacos para almacenamiento de agua estén protegidos contra la contaminación, corrosión y permanezcan tapados. 2. Que las paredes internas de las cisternas o tinacos sean lisas (en caso de contar con respiradero, éste debe tener un filtro o trampas o cualquier otro mecanismo que impida la contaminación del agua). 3. Que el agua no potable que se utilice para la producción de vapor, refrigeración, sistema contra incendios y otros propósitos similares que no estén en contacto directo con la materia prima, alimentos, bebidas o suplementos alimenticios, se transporte por tuberías completamente separadas e identificadas, sin que haya ninguna conexión transversal ni sifonado de retroceso con las tuberías que conducen el agua potable.	0	Verificar: 1. Bitácora de limpieza y desinfección de la cisterna o tinacos. 2. Registro de los procedimientos para garantizar, la disponibilidad y la calidad del agua. 3. Bitácora del mantenimiento preventivo-correctivo de la estructura e instalaciones.	0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
9	NOM-251-SSA1-2009, en su numeral 5.3.5, 5.3.7, 5.10.5.		Verificar que en el drenaje se cuente con trampas contra olores, y coladeras o canaletas con rejillas.	1	Verificar: 1. Que las coladeras se mantengan libres de basura, sin estancamientos. 2. Que se encuentre en buen estado. 3. Que cuando se requiera el drenaje deberá contar con trampa de grasa. 4. Que el drenaje tenga una cubierta apropiada.	1	Verificar: 1. Bitácora de limpieza. 2. Bitácora del mantenimiento preventivo-correctivo de la estructura e instalaciones.	0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
10	NOM-251-SSA1-2009, en su numeral 5.3.6.		Verificar que cuenten con un sistema de evacuación de efluentes o aguas residuales.	1	Verificar que el sistema de evacuación o aguas residuales esté libre de reflujos, fugas, residuos, desechos y fauna nociva.	1	Verificar bitácora del mantenimiento preventivo-correctivo de la estructura e instalaciones.	0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
11	NOM-251-SSA1-2009, en su numeral 5.3.8, 5.9, 5.9.7.	Servicios	Verificar que cuente con sanitarios.	0	Verificar: 1. Que los baños cuenten con separaciones físicas completas. 2. Que no tengan comunicación directa ni ventilación hacia el área de producción o elaboración. 3. Que cuente con agua potable, retrete, lavabo, jabón o detergente, papel higiénico y toallas desechables o secador de aire de accionamiento automático, depósitos para basura con bolsa y tapadera oscilante o accionada por pedal, rótulos o ilustraciones en donde se promueva la higiene personal, haciendo hincapié en el lavado de manos después del uso de los sanitarios. 4. Que se encuentren limpios y desinfectados. 5. Que no se utilicen como bodega.	0	Verificar: 1. Bitácora de limpieza y desinfección. 2. Bitácora del mantenimiento preventivo-correctivo de la estructura e instalaciones. 3. Sistema de abasto de insumos.	0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
12	NOM-251-SSA1-2009, en su numeral 5.3.9, 5.3.10, 5.3.11, 5.3.12.		Verificar: 1. Que cuente con ventilación. 2. Que exista instalaciones de aire acondicionado. 3. Que cuente con iluminación.	1	Verificar: 1. Que la ventilación evite el calor y condensación de vapor excesivos, así como la acumulación de humo y polvo. 2. En caso de que existan instalaciones de aire acondicionado, que se evite que las tuberías y techos provoquen goteos. 3. Que la iluminación permita la realización de las operaciones de manera higiénica. 4. Que los focos y las lámparas que puedan contaminar cuenten con protección o ser de material que impida su astillamiento.	1	Verificar bitácora del mantenimiento preventivo-correctivo de la estructura e instalaciones.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
13	NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 6.7.2.1, 6.7.2.2, 6.7.2.3 y en su apéndice U.	Áreas Requeridas	Verificar existencia de áreas requeridas: almacén de viveres, de utensilios y cocina (marmita de vapor, sistema local de calentamiento del agua, sistema local de tratamiento del agua).	0	Verificar: 1. Que se ubique preferentemente en planta baja. 2. Que el sistema de almacén con refrigeración este de acuerdo con el tipo y volumen de los insumos que se manejan. 3. Que el mobiliario se encuentre en buenas condiciones y funcional.	0	Verificar: 1. Bitácora del mantenimiento preventivo-correctivo del mobiliario. 2. Inventario de mobiliario.	0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN				CAUSES-2N-2018			
JCSSA001401		HOSPITAL REGIONAL COCULA					

DIEETOLOGIA HG-HMI-HP													
Normatividad aplicable		Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
			Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental			Criterios y Subcriterios	
			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:				
14	NOM-251-SSA1-2009, en su numeral 5.4, 5.4.1, 5.4.2, 5.4.3, 5.4.4, 5.4.5, 5.4.6.	Almacenamiento	Verificar que cuente con mesas, estibas, tarimas, anaqueles, entrepaños, estructura para la colocación de las materias primas, alimentos, bebidas o suplementos alimenticios.	1	Verificar: 1. Que las condiciones de almacenamiento sean adecuadas al tipo de materia prima, alimentos, bebidas o suplementos alimenticios que se manejen. 2. Que los detergentes y agentes de limpieza o agentes químicos y sustancias tóxicas, se almacenen en un lugar separado y delimitado de cualquier área de manipulación o almacenado de materias primas, alimentos, bebidas o suplementos alimenticios. 3. Que los recipientes, frascos, botes, bolsas de detergentes y agentes de limpieza o agentes químicos y sustancias tóxicas, deben estar cerrados e identificados. 4. Que la colocación de materias primas, alimentos, bebidas o suplementos alimenticios se haga de tal manera que permita la circulación del aire. 5. Que la estiba de productos se realice evitando el rompimiento y exudación de empaques y envolturas. 6. Que los implementos o utensilios de limpieza se almacenen en un lugar específico de tal manera que se evite la contaminación de las materias primas, los alimentos, bebidas o suplementos alimenticios.	1	Verificar: 1. Bitácora de limpieza y desinfección. 2. Registro de controles que prevengan la contaminación de los productos.	0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
15	NOM-251-SSA1-2009, en su numeral 5.5, 5.5.1, 5.5.2, 5.5.3, 5.5.4, 5.5.5, 5.5.6.	Control de Operaciones	Verificar que se cuente con un sistema de HACCP (sistema de análisis de peligros y de puntos críticos).	0	Verificar: 1. Que los equipos de refrigeración se mantengan a una temperatura máxima de 7°C. 2. Que los equipos de congelación se mantengan a una temperatura que permita la congelación del producto. 3. Que se evite la contaminación cruzada entre la materia prima, producto en elaboración y producto terminado. 4. Que los alimentos, bebidas o suplementos alimenticios procesados no estén en contacto directo con los no procesados. 5. Que se le dé periódicamente salida a productos y materiales inútiles, obsoletos o fuera de especificaciones.	0	Verificar: 1. Sistema de HACCP (sistema de análisis de peligros y de puntos críticos). 2. Registro y monitoreo de la temperatura de los equipos de refrigeración y congelación. 3. Registro de la salida de productos.	0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
16	NOM-251-SSA1-2009, en su numeral 5.6, 5.6.1, 5.6.2, 5.6.3, 5.6.4, 5.6.5, 5.6.6, 5.6.7, 5.6.9.	Control de Materias Primas	Verificar que se cuente con materias primas e insumos inspeccionados y clasificados antes de la producción o elaboración del producto.	0	Verificar: 1. Que no se utilicen materias primas que tengan fecha de caducidad vencida. 2. Que estén identificadas. 3. Que estén separadas o se eliminen del lugar las materias primas que no sean aptas. 4. Que se mantengan en envases cerrados para evitar su posible contaminación (en el caso que aplique). 5. Que no se acepten cuando el envase no garantice su integridad.	0	Verificar: 1. Documento con las características para la aceptación o rechazo de la materia prima. 2. Registro de PEPS.	0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
17	NOM-251-SSA1-2009, en su numeral 5.7, 5.7.1, 5.7.2, 5.7.3, 5.7.4, 5.7.5.	Control del Envasado	Verificar que cuente con envases y recipientes.	0	Verificar: 1. Que estén almacenados y protegidos de polvo, lluvia, fauna nociva y materia extraña. 2. Que se encuentren limpios, en su caso desinfectado y en buen estado antes de su uso. 3. Que el material de los envases sea inocuo y proteja al producto de cualquier tipo de contaminación o daño exterior. 4. Que los materiales de empaque y envases de materias primas no se utilicen para fines diferentes a los que fueron destinados originalmente, a menos que se eliminen las etiquetas, las leyendas y se habiliten para el nuevo uso en forma correcta. 5. Que los recipientes o envases vacíos que contuvieron medicamentos, plaguicidas, agentes de limpieza, agentes de desinfección o cualquier sustancia tóxica, no se reutilicen para alimentos, bebidas o suplementos	0	Verificar registro de limpieza y desinfección de los envases y recipientes.	0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
18	NOM-251-SSA1-2009, en su numeral 5.8, 5.8.1, 5.8.2, 5.8.3.	Control de Agua	Verificar que se realice el control del agua que está en contacto directos con los alimentos, bebidas o suplementos alimenticios, materias primas, superficies en contacto con el mismo, envase primario o aquella para elaborar hielo.	0	Verificar: 1. Que sea potable. 2. Que se cumpla con los límites permisibles de cloro residual libre y de organismos coliformes totales y fecales establecidos. 3. Que el vapor utilizado en superficies que estén en contacto directo con las materias primas, alimentos, bebidas o suplementos alimenticios, no contenga ninguna sustancia que pueda representar riesgo a la salud o contaminar al producto.	0	Verificar: 1. Registro diario del contenido de cloro residual libre. 2. Documento con las medidas tomadas en caso de que el agua no sea potable. 3. Bitácora del registro periódico de la calidad del agua, mediante un análisis microbiológico y fisicoquímico conforme los parámetros establecidos.	0	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN				CAUSES-2N-2018			
JCSSA001401 HOSPITAL REGIONAL COCULA				DIETOLOGÍA HG-HMI-HP			
Normatividad aplicable	Concepto	Crterios a evaluar ESTRUCTURA	Puntaje	Crterios a evaluar PROCESO	Puntaje	Crterios a evaluar DOCUMENTAL	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD
		Evidencia Observacional		Evidencia Observacional		Evidencia Documental	
		El evaluador deberá:		El evaluador deberá:		El evaluador deberá:	
19	NOM-251-SSA1-2009, en su numeral 5.10, 5.10.2, 5.10.3, 5.10.4, 5.10.7, 5.10.8, 5.10.9, 5.10.10, 5.10.11.	Control de Plagas	Verificar: 1. Que se lleve control de plagas. 2. Que cuenten con plaguicidas.	1 Verificar: 1. Que no se encuentren animales domésticos ni mascotas en las áreas. 2. Que en los patios no existan condiciones que puedan ocasionar contaminación del producto y proliferación de plagas (equipo en desuso, desperdicios y chatarra, maleza o hierbas, encharcamiento por drenaje insuficiente o inadecuado). 3. Que los plaguicidas empleados tengan registro emitido por la autoridad competente. 4. Que se mantengan en un área, contenedor o mueble aislado y con acceso restringido, en recipientes claramente identificados y libres de cualquier fuga.	1 Verificar: 1. Documento de medidas preventivas para reducir las probabilidades de infestación y de esta forma limitar el uso de plaguicidas. 2. Sistema o un plan para el control de plagas y erradicación de fauna nociva, incluidos los vehículos de acarreo y reparto propios. 3. Licencia sanitaria. 4. Registro de uso de plaguicidas (auto aplicación). 5. Contrato de servicios de control de plagas (certificado o constancia).	0 4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
20	NOM-251-SSA1-2009, en su numeral 5.11, 5.11.1, 5.11.2, 5.11.3.	Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos	Verificar: 1. Que se cuente con el manejo de los residuos. 2. Que existan recipientes para los residuos.	0 Verificar: 1. Que se lleven a cabo las medidas para la remoción periódica y el almacenamiento de los residuos. 2. Que no exista acumulación de residuos. 3. Que los residuos generados se retiren de las áreas de operación cada vez que sea necesario o por lo menos una vez al día. 4. Que los recipientes de residuos estén identificados y con tapa.	0 Verificar registro diario de la remoción y almacenamiento.	0 4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
21	NOM-093-SSA1-1994 en su numeral 6, NOM-045-SSA2-2005, en su numeral 10.4.	Organización y Funcionamiento	Verificar existencia de los manuales correspondientes al servicio.	0 Verificar: 1. Que los manuales se tenga conocimiento y aplicación por parte del personal. 2. Que los manuales contengan los elementos requeridos. 3. Que estén actualizados. 4. Que estén autorizados por las autoridades correspondientes. 5. Que la fecha de elaboración este vigente.	0 Verificar: 1. Manual de procedimientos de cocina. 2. Registro de resultados de los cultivos microbiológicos de los alimentos. 3. Registro de la capacitación para el control de factores de riesgo, del microambiente y de prevención de infecciones nosocomiales. 4. Listado de dietas por padecimiento y generales.	0 4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
22	NOM-251-SSA1-2009, en su numeral 5.14, 5.14.1, 5.14.2.	Capacitación	Verificar que se realice capacitación al personal.	0 Verificar: 1. Que el personal esté capacitado en las buenas prácticas de higiene. 2. Que en la capacitación se incluya: higiene personal, uso correcto de la indumentaria de trabajo y lavado de las manos, la naturaleza de los productos, en particular su capacidad para el desarrollo de los microorganismos patógenos o de descomposición, la forma en que se procesan los alimentos, bebidas o suplementos alimenticios considerando la probabilidad de contaminación, el grado y tipo de producción o de preparación posterior antes del consumo final, las condiciones en las que se deban recibir y almacenar las materias primas, alimentos, bebidas o suplementos alimenticios, el tiempo que se prevea que transcurrirá antes del consumo; repercusión de un producto contaminado en la salud del consumidor, y el conocimiento de la presente NOM, higiene de manos. 3. Que el personal conozca los temas y la normatividad aplicable. (preguntar directamente).	0 Verificar registro de la capacitación.	0 4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
23	NOM-251-SSA1-2009, en su numeral 7, 7.2, 7.2.1.	Instalaciones de Servicios	Verificar: 1. Que exista un área con instalaciones para la limpieza de los alimentos, utensilios y equipos. 2. Que dispongan de un abastecimiento suficiente de agua potable y una línea de drenaje íntegra y funcional.	0 Verificar: 1. Que el área y las instalaciones para la limpieza de los alimentos, utensilios y equipos se encuentren en buen estado y limpias. 2. Que el abastecimiento de agua potable se confirme y el sistema de tuberías este íntegro y sin fugas. 3. Que la línea de drenaje no tenga fugas y su flujo sea continuo y sin obstrucciones.	0 Verificar: 1. Manual y programa de mantenimiento del el área y las instalaciones. 2. Bitácora de mantenimiento preventivo, con registros específicos de acciones. 3. Bitácora de limpieza. 4. Registro de los controles de calidad del agua de las tomas del sistema de abastecimiento.	0 4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
24	NOM-251-SSA1-2009, en su numeral 7.2.2.	Área de Elaboración	Verificar la existencia de una estación de lavado y desinfección de manos, provista de jabón o detergente y desinfectante, secador de aire caliente o toallas desechables y depósito para basura.	0 Verificar: 1. Que la estación de lavado y desinfección de manos, se encuentre en buen estado, limpia y sin fugas de agua o drenaje. 2. Que este continuamente provista de jabón o detergente y desinfectante. 3. Que el secador de aire se encuentre en buen estado y funcional o que el abasto de toallas desechables sea continuo.	0 Verificar: 1. Manual y programa de mantenimiento del el área y las instalaciones. 2. Bitácora de mantenimiento preventivo, con registros específicos de acciones. 3. Bitácora de limpieza. 4. Registro de los controles de calidad del agua de las tomas del sistema de abastecimiento.	0 4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN													
JCSSA001401 HOSPITAL REGIONAL COCULA													
DIETOLOGÍA HG-HMI-HP													
Normatividad aplicable		Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
			Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental			Criterios y Subcriterios	
			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:				
25	NOM-251-SSA1-2009, en su numeral 7.3.	Control de la Temperatura	Verificar: 1. Que los utensilios para cocción de los alimentos cuenten con registro de temperatura observable por el personal operativo. 2. Que se cuenten con termómetros para el registro de la temperatura de los alimentos preparados y listos para servir.	0	Verificar: 1. Que la temperatura mínima interna de cocción de los alimentos sea la establecida por la normatividad de acuerdo al tipo de alimento: a) 63°C (145°F) para pescado; carne de res en trozo; y huevo. B) 68°C (154°F) para carne de cerdo en trozo; carnes molidas de res, cerdo o pescado; carnes inyectadas. C) 74°C (165°F) para embutidos de pescado, res, cerdo o pollo; rellenos de pescado, res, cerdo o aves; carne de aves. 2. Que los alimentos a recalentar, alcancen una temperatura de por lo menos 74°C (165°F). 3. Que los alimentos preparados y listos para servir cumplan con lo siguiente: a) Los que se sirven calientes mantenerse a una temperatura mayor a 60°C (140°F). B) Los que se sirven fríos a una temperatura de 7°C (45°F) o menos.	0	Verificar: 1. Manual de organización y procedimientos. 2. Bitácora de registro de temperatura.	0	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa				
26	NOM-251-SSA1-2009, en su numeral 7.4.	Control de la Manipulación	Verificar: 1. Existencia de refrigeradores destinados a la descongelación, en buen estado limpios y funcionales con registro de temperatura a la vista del personal operativo. 2. Existencia de hornos de microondas en buen estado, funcionales y limpios para la descongelación de alimentos. 3. Que cuente con área para descongelación de alimentos con despachador de agua y drenaje. 4. Existencia de área designada con despachador de agua, jabón, cepillo o estropajo y cloro o desinfectante de uso alimenticio para el lavado de frutas y vegetales. 5. Existencia de espacio asignado para las vísceras en los refrigeradores o congelación.	0	Verificar que en la manipulación de los alimentos se cumpla lo siguiente: 1. Que estén expuestos a la temperatura ambiente el menor tiempo posible. 2. Que la descongelación se realice por refrigeración, por cocción o bien por exposición a microondas. 3. Que se evite la descongelación a temperatura ambiente; la descongelación con agua, se realice a "Chorro de agua fría" evitando estancamientos. 4. Que los alimentos que se descongelen no vuelvan a congelar. 5. Que los alimentos frescos se laven individualmente. 6. Que los vegetales, frutas y sus partes se laven con agua, jabón, estropajo o cepillo según el caso y se use para desinfectar cloro o cualquier otro desinfectante de uso alimenticio. 7. Que las vísceras que se utilicen para la preparación de alimentos, se laven interna y externamente y conservarse en refrigeración o congelación.	0	Verificar: 1. Inventario de equipo. 2. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo del equipo. 3. Bitácora de control de temperatura.	0	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa				
27	NOM-251-SSA1-2009, en su numeral 7.4.2		Verificar: 1. Que se disponga de termómetros suficientes, calibrados y en buen estado para la recepción de productos de la pesca. 2. Que se disponga de un área para ubicación de productos alimenticio o bebidas rechazados, separado del resto de alimentos. 3. Que se cuente con recipientes lisos lavables y con tapa para el agua potable utilizada en la elaboración y guarda del hielo para consumo. 4. Que se cuente con pinzas o cucharones específicos para servir el hielo. 5. Que se cuente con recipientes o utensilios desechables para probar la sazón de los alimentos.	0	Verificar: 1. Que la recepción de los productos de la pesca frescos, congelados y productos vivos se realice a las temperaturas establecidas por la normatividad. 2. Que los productos alimenticio o bebida rechazadas estén marcados, separados del resto de los alimentos o bebidas y eliminarse lo antes posible. 3. Que si no se documenta la potabilidad del agua para preparar hielo, el agua para este fin sea sometida a cocción, ésta debe ser hervida, desinfectada o purificada. 4. Que el agua y hielo potables se mantengan en recipientes lisos, lavables y con tapa. 5. Que el hielo destinado a enfriamiento de botellas, copas o tarros no se utilice para consumo humano. 6. Que el hielo potable se sirva con cucharones o pinzas específicas. 7. Que para probar la sazón de los alimentos o bebidas, se utilicen recipientes o utensilios específicos o desechables.	0	Verificar: 1. Manual de procedimientos. 2. Manual de aseo y limpieza de equipo y mobiliario. 3. Manual del equipo de lava loza (en su caso).	0	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa				



CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN				CAUSES-2N-2018			
JCSSA001401		HOSPITAL REGIONAL COCULA					

Normatividad aplicable		Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA	Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO	Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL	Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD
			Evidencia Observacional		Evidencia Observacional		Evidencia Documental		Criterios y Subcriterios
			El evaluador deberá:		El evaluador deberá:		El evaluador deberá:		
28	NOM-251-SSA1-2009, en su numeral 7.6.	Limpieza	Verificar: 1. Existencia de desinfectantes en el área de guarda. 2. Existencia de triturador de alimentos, limpio, libre de restos de comida y con la protección adecuada. 3. Existencia de sillas, mesas, barra y equipo y en buen estado y limpios. 4. Existencia de cubiertos en cantidad suficiente, en buen estado y limpios. 5. Existencia de detergente o jabón líquido o en pasta en cantidad suficiente. 6. Existencia de yodo o cloro en cantidad suficiente. 7. Existencia de equipo mecánico para el lavado de loza o en su caso contar con máquina lava loza, ésta debe en buen estado, funcional y limpia. 8. Existencia de trapos exclusivos de color claro para el secado de la loza o toalla de papel.	0	Verificar: 1. Que se realice la limpieza de equipo y utensilios al finalizar las actividades diarias o en los cambios de turno. Además los que estén en contacto directo con los alimentos y bebidas deberán desinfectarse. 2. Que los equipos desarmables que estén en contacto con los alimentos o bebidas para su lavado se desarmen, laven y desinfectarse al final de la jornada. 3. Que el triturador de alimentos, se mantenga limpio, libre de restos de comida y con la protección adecuada. 4. Que las sillas, mesas, barra, pisos, paredes y demás equipo y mobiliario se conserven en buen estado y limpios. 5. Que las áreas de servicio, comedor y superficies de las mesas se limpien después de cada servicio, así como limpien y desinfecten al final de la jornada. 6. Que el lavado de loza y cubiertos se realice mediante el siguiente procedimiento: a) Escamochar, se debe realizar antes de iniciar el lavado. b) Lavar pieza por pieza con agua y detergente o jabón líquido o en pasta u otros similares para este fin. c) Enjuagar con agua potable. D) cuando proceda, desinfectar mediante inmersión en agua caliente a una temperatura de 75 a 82°C por lo menos durante medio minuto o con yodo o cloro. 7. Que la máquina lava loza, funcione de acuerdo a las recomendaciones del fabricante. 8. Que el secado de vajillas, vasos o cubiertos que no se laven automáticamente se realice a temperatura ambiente, con trapos limpios o con toallas de papel. 9. Que los trapos se laven y desinfecten con la frecuencia requerida. 10. Que las mesas y superficies de trabajo se desinfecten y limpien con la frecuencia requerida.	0	Verificar: 1. Manual de procedimientos. 2. Manual de aseo y limpieza de equipo y mobiliario. 3. Manual del equipo de lava loza (en su caso).	0	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa
				10					5

CALIFICACIÓN NUTRICIÓN HG, HMI Y HP	30.12%
-------------------------------------	--------

JCSSA001401			HOSPITAL REGIONAL COCULA										
Normatividad aplicable		Concepto	SERVICIOS GENERALES HG-HMI-HP										
			Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
			Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental			Criterios y Subcriterios	
			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:				
1	NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 5.1.10.	Condiciones Generales (Casa de máquinas)	Verificar: 1. Existencia de señalización. 2. Que cuente con señalamiento de emergencia para protección civil. 3. Que el punto de reunión esté delimitado e identificado.	1	Verificar: 1. Que la señalización sea la correspondiente: peligro, la prohibición de fumar y de manejar aceites o lubricantes de origen mineral y de áreas de acceso restringido. 2. Señalización, rótulo de acceso restringido a personal ajeno y de peligro.	1	No aplica.	NA	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
2	NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 6. NOM-003-SEGOB-2011, en su numeral 5. ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF 08/09/17. AESP 6C.		Verificar que la Infraestructura este en buen estado.	1	Verificar: 1. Que las instalaciones estén limpias. 2. Que la iluminación y ventilación sean adecuadas. 3. Que la instalación hidrosanitaria y eléctrica se encuentren en buen estado. 4. Que este establecida la ruta de evacuación y salidas de emergencia. 5. Que en el piso este señalado el área tributaria y seguridad con pintura. 6. Que el drenaje tenga trampa de grasa. 7. Que los extintores estén colocados de acuerdo a la NOM-002-STPS-2010 y la fecha de la carga este vigente. 8. El conocimiento en el personal del uso de los extintores de acuerdo con la normativa e identifique las situaciones para su uso. 9. Instrucciones de seguridad aplicables en cada área y al alcance de los trabajadores. 10. Que no se almacenen materiales o coloquen objetos que obstruyan e interfieran el acceso al equipo contra incendio. 11. Que las tuberías estén identificadas de acuerdo al código de colores vigentes. 12. Las tuberías deberán tener rotulado la dirección de flujo.	1	Verificar: 1. Bitácora de limpieza firmada por turno y por supervisor o jefe del servicio. 2. Bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo de la estructura e instalaciones. 3. Registro de los resultados de la revisión mensual de los extintores: fecha de revisión, nombre del personal que realizó la revisión, resultados, anomalías identificadas y seguimiento de las mismas. 4. Calendario de la recarga de los extintores. 5. Registro mensual de verificación de funcionalidad. 6. Registro de la capacitación del uso del manejo de extintores. 7. Manual de manejo de extintores.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
3	NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 6.3.		Central de Gases	Verificar la existencia de un manifold exclusivo para oxígeno y otro en su caso, para óxido nítrico.	1	Verificar: 1. Que se encuentre ubicado al exterior del establecimiento principal. 2. Que la señalización sea la correspondiente: peligro, la prohibición de fumar y de manejar aceites o lubricantes de origen mineral y de área de acceso restringido. 3. Si existe rampa vehicular que no sea de asfalto ni de materiales inflamables. 4. Que las líneas de distribución para cada uno de los gases, estén tendidas en el exterior del edificio y fijas a los muros (identificarse con etiquetas y rotulación de color verde para oxígeno y con etiquetas y rótulos azules para óxido nítrico) las tuberías deberán contar con rótulos de dirección de flujo de los fluidos. 5. Que los contenedores de gases medicinales cuenten con los señalamientos y colores para su fácil identificación (para el reemplazo o recarga). 6. Que tenga un conjunto de sensores para el monitoreo de la presión de los gases. 7. Que las alarmas se ubiquen en la central de gases y otra en un área estratégica de control. 8. Que la estructura y las instalaciones estén en buen estado. 9. Que funcione la alarma. 10. Que el personal cuente con equipo de protección.	1	Verificar: 1. Bitácora de la carga y descarga de los contenedores. 2. Registro del monitoreo de la presión de los gases. 3. Bitácora del mantenimiento preventivo-correctivo de la estructura e instalaciones. 4. Manual de buenas prácticas en el manejo de gases medicinales y sus instalaciones.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa		
4	NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 6.4.	Cisternas	Verificar: 1. Existencia de almacenamiento y distribución de agua potable para uso y consumo en las áreas del establecimiento. 2. Que se cuente con tomas especiales en los servicios que requieran agua, así como en los sistemas de distribución para emergencia.	1	Verificar: 1. Que la capacidad mínima de las cisternas cubran los requerimientos internos del establecimiento al menos por 24 horas. 2. Que la calidad del agua sea la adecuada.	1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
5	NOM-001-SEDE-2012, artículo 517, en su numeral 517-2. N O M - 0 1 6 - SSA3-2012, en su numeral 6.7.6.	Planta de Emergencia	Verificar existencia de planta de luz de emergencia.	1	Verificar: 1. Que se encuentre en buenas condiciones y funcional. 2. Que el restablecimiento de la energía sea en un lapso de 10 segundos. 3. Señalización, rótulo de acceso restringido a personal ajeno y de peligro.	1		1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			

JCSSA001401		HOSPITAL REGIONAL COCULA											
Normatividad aplicable		Concepto	Criterios a evaluar ESTRUCTURA		Puntaje	Criterios a evaluar PROCESO		Puntaje	Criterios a evaluar DOCUMENTAL		Puntaje	MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	
			Evidencia Observacional			Evidencia Observacional			Evidencia Documental			Criterios y Subcriterios	
			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:			El evaluador deberá:				
6	NOM-017-STPS-2008, en su tabla A1.	Requisitos de Protección	Verificar la existencia de equipo para protección del personal: cascos, tapones auditivos, guantes de carnaza, material aislante de electricidad, calzado de seguridad.	1	Verificar que el equipo de protección este en buenas condiciones.	1	No aplica.	NA	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
7	NOM-087-ECOL-SSA1-2002, numeral 6.3, 6.3.3, 6.4 y NOM-016-SSA3-2012, apéndice U.3. Guía para el manejo de los residuos peligrosos biológico infecciosos en unidades de salud.	Almacén Temporal	Verificar: 1. Que exista el espacio físico para el almacén temporal. 2. Que cuente con: una báscula apropiada para el volumen que genera el establecimiento, contenedores para recipientes de punzocortantes, contenedores para residuos peligrosos biológico-infecciosos (RPBI) y con sistema de refrigeración o refrigeradores para la conservación de los residuos patológicos humano o animal. 3. Que se cuente con el equipo de protección requerido.	1	Verificar: 1. Que el área, los contenedores y los carros de recolección se encuentren limpios. 2. Que está separado del: área de los pacientes, almacén de medicamentos y materiales, cocinas, comedores, instalaciones sanitarias, sitios de reunión, áreas de esparcimiento, oficinas, talleres y lavanderías. 3. Que este techado, de fácil acceso, para la recolección y transporte, sin riesgos de inundación e ingreso de animales. 4. Que cuente con señalamientos y letreros alusivos a la peligrosidad de los mismos, en lugares y formas visibles. 5. Que el acceso a esta área sólo se permita a personal responsable de estas actividades. 6. Que los contenedores metálicos o de plástico tengan tapa y estén rotulados con el símbolo universal de riesgo biológico, con la leyenda "RESIDUOS PELIGROSOS BIOLÓGICO-INFECCIOSOS". 7. Que cuenten con sistemas de refrigeración o refrigeradores para la conservación de los residuos patológicos humano o animales. 8. Que el periodo de almacenamiento temporal no pase de 7 a 15 días. 9. Que el personal porte el equipo de protección requerido.	1	Verificar: 1. Bitácora de limpieza y desinfección del área, de los contenedores y carros de recolección. 2. Bitácora de mantenimiento preventivo-correctivo del equipo. 3. Hojas de manifiesto de entrega transporte y recepción. 4. Registro de la calibración de las básculas. 5. Calendario de recolección.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
8	NOM-016-SSA3-2012, en su numeral 6.7.4.	Lavandería (propio o subrogado)	Verificar que cuente con: almacén de recepción y entrega, vestidores, sanitarios y baños con regadera para el personal, diferenciados para hombres y mujeres.	1	Verificar: 1. Que se cuente con las facilidades para la distribución de la ropa limpia, sin riesgo de contaminación con la ropa sucia que se entrega al prestador del servicio. 2. Que los sanitarios se encuentren limpios. 3. Que la ropa se encuentre en buenas condiciones y limpia.	1	Verificar: 1. Bitácora de limpieza. 2. Manual de operación.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
9	NORMA Oficial Mexicana NOM-002- STPS-2010, Condiciones de seguridad- Prevención y protección contra incendios en los centros de trabajo. Numeral 7, 7.2, 7.3, 7.15. y 7.17.	Condiciones de Prevención y Protección contra Incendios	Verificar existencia de los extintores en áreas estratégicas de acuerdo a lo normado.	1	Verificar: 1. Vigencia de recarga. 2. El conocimiento en el personal del uso de los extintores de acuerdo con la normativa e identifique las situaciones para su uso. 3. Instrucciones de seguridad aplicables en cada área y al alcance de los trabajadores. 4. Que no se almacenen materiales o coloquen objetos que obstruyan e interfieran el acceso al equipo contra incendio.	1	Verificar: 1. Instructivo. 2. Documento del programa anual para la recarga. 3. Registro mensual de verificación de funcionalidad. 4. Registro de la capacitación del uso del manejo de extintores. 5. Manual de manejo de extintores. 6. Mapa de distribución en el establecimiento.	1	4. Planeación	4.1 Planeación Estratégica 4.3 Planeación Operativa			
				9			9			7			

CALIFICACIÓN SERVICIOS GENERALES	100.00%
----------------------------------	---------

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

**DATOS GENERALES DEL
ESTABLECIMIENTO CATÁLOGO CLUES**

CAUSES-2N-2018

HOJA DE RESULTADOS

HOSPITAL GENERAL

Nombre del establecimiento	HOSPITAL REGIONAL COCULA
CLUES	JCSSA001401
Entidad	JALISCO
Tipología SINERHIAS	HOSPITAL GENERAL
Institución: SSA= Secretaría de Salud, IMO= IMSS PROSPERA, SMP= Servicios Médicos Privados, O= Otros	SSA

GOBIERNO

Tipo de criterio	Puntaje esperado	Puntaje alcanzado
Estructura	52	51
Proceso	52	51
Evidencia documental	52	40
Total	156	142
Calificación	91.03%	

CONSULTA EXTERNA

Tipo de criterio	Puntaje esperado	Puntaje alcanzado
Estructura	78	78
Proceso	78	78
Evidencia documental	77	77
Total	233	233
Calificación	100.00%	

MED PREVENTIVA

Tipo de criterio	Puntaje esperado	Puntaje alcanzado
Estructura	18	17
Proceso	18	18
Evidencia documental	18	17
Total	54	52
Calificación	96.30%	

HOSPITALIZACIÓN

Tipo de criterio	Puntaje esperado	Puntaje alcanzado
Estructura	127	127
Proceso	127	124
Evidencia documental	126	126
Total	380	377
Calificación	99.21%	

URGENCIAS

Tipo de criterio	Puntaje esperado	Puntaje alcanzado
Estructura	110	109
Proceso	110	110
Evidencia documental	104	104
Total	324	323
Calificación	99.69%	

UNIDAD QUIRÚRGICA

Tipo de criterio	Puntaje esperado	Puntaje alcanzado
Estructura	188	188
Proceso	188	188
Evidencia documental	188	188
Total	564	564
Calificación	100.00%	

TOCOLOGIA		
Tipo de criterio	Puntaje esperado	Puntaje alcanzado
Estructura	23	23
Proceso	23	23
Evidencia documental	23	23
Total	69	69
Calificación	100.00%	

UNIDAD TOCOQUIRURGICA		
Tipo de criterio	Puntaje esperado	Puntaje alcanzado
Estructura	134	134
Proceso	134	134
Evidencia documental	134	134
Total	402	402
Calificación	100.00%	

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS		
Tipo de criterio	Puntaje esperado	Puntaje alcanzado
Estructura	76	76
Proceso	76	76
Evidencia documental	75	75
Total	227	227
Calificación	100.00%	

UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA PEDIATRICA		
Tipo de criterio	Puntaje esperado	Puntaje alcanzado
Estructura	77	77
Proceso	77	77
Evidencia documental	75	75
Total	229	229
Calificación	100.00%	

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES		
Tipo de criterio	Puntaje esperado	Puntaje alcanzado
Estructura	112	112
Proceso	112	112
Evidencia documental	106	106
Total	330	330
Calificación	100.00%	

LABORATORIO Y BANCO DE SANGRE		
Tipo de criterio	Puntaje esperado	Puntaje alcanzado
Estructura	44	44
Proceso	44	42
Evidencia documental	41	39
Total	129	125
Calificación	96.90%	

IMAGENOLOGIA		
Tipo de criterio	Puntaje esperado	Puntaje alcanzado
Estructura	81	80
Proceso	81	78
Evidencia documental	80	76
Total	242	234
Calificación	96.69%	

FARMACIA GENERALIDADES		
Tipo de criterio	Puntaje esperado	Puntaje alcanzado
Estructura	7	7
Proceso	7	7
Evidencia documental	7	7
Total	21	21
Calificación	100.00%	

FARMACIA HOSPITAL GENERAL		
Tipo de criterio	Puntaje esperado	Puntaje alcanzado
Estructura	571	408
Proceso	571	408
Evidencia documental	571	408
Total	1713	1224
Calificación	71.45%	

PSICOLOGIA		
Tipo de criterio	Puntaje esperado	Puntaje alcanzado
Estructura	6	6
Proceso	6	6
Evidencia documental	6	6
Total	18	18
Calificación	100.00%	

TRABAJO SOCIAL		
Tipo de criterio	Puntaje esperado	Puntaje alcanzado
Estructura	3	3
Proceso	3	3
Evidencia documental	3	3
Total	9	9
Calificación	100.00%	

ESTOMATOLOGIA		
Tipo de criterio	Puntaje esperado	Puntaje alcanzado
Estructura	17	14
Proceso	17	16
Evidencia documental	16	16
Total	50	46
Calificación	92.00%	

ANATOMÍA PATOLÓGICA		
Tipo de criterio	Puntaje esperado	Puntaje alcanzado
Estructura	19	19
Proceso	19	19
Evidencia documental	18	18
Total	56	56
Calificación	100.00%	

ENSEÑANZA		
Tipo de criterio	Puntaje esperado	Puntaje alcanzado
Estructura	9	9
Proceso	9	9
Evidencia documental	9	9
Total	27	27
Calificación	100.00%	

INHALOTERAPIA		
Tipo de criterio	Puntaje esperado	Puntaje alcanzado
Estructura	8	8
Proceso	8	8
Evidencia documental	8	8
Total	24	24
Calificación	100.00%	

DIETOLOGIA		
Tipo de criterio	Puntaje esperado	Puntaje alcanzado
Estructura	28	10
Proceso	28	10
Evidencia documental	27	5
Total	83	25
Calificación	30.12%	

SERVICIOS GENERALES		
Tipo de criterio	Puntaje esperado	Puntaje alcanzado
Estructura	9	9
Proceso	9	9
Evidencia documental	7	7
Total	25	25
Calificación	100.00%	

RESULTADO GLOBAL HOSPITAL GENERAL		
Tipo de criterio	Puntaje esperado	Puntaje alcanzado
Estructura	1797	1609
Proceso	1797	1606
Evidencia documental	1771	1567
Total	5365	4782
CALIFICACIÓN GLOBAL	89.13%	

NOMBRE Y FIRMA DEL COORDINADOR DE LA VISITA DE EVALUACIÓN

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

DATOS GENERALES DEL ESTABLECIMIENTO CATÁLOGO CLUES	CAUSES-2N-2018
---	-----------------------

HOJA DE RESULTADOS

HOSPITAL MATERNO INFANTIL

Nombre del establecimiento	HOSPITAL REGIONAL COCULA
CLUES	JCSSA001401
Entidad	JALISCO
Tipología SINERHIAS	HOSPITAL GENERAL
Institución: SSA= Secretaria de Salud, IMO= IMSS PROSPERA, SMP= Servicios Médicos Privados, O= Otros	SSA

GOBIERNO

Tipo de criterio	Puntaje esperado	Puntaje alcanzado
Estructura	47	46
Proceso	47	46
Evidencia documental	47	44
Total	141	136
Calificación	96.45%	

CONSULTA EXTERNA

Tipo de criterio	Puntaje esperado	Puntaje alcanzado
Estructura	75	75
Proceso	75	75
Evidencia documental	74	74
Total	224	224
Calificación	100.00%	

MEDICINA PREVENTIVA

Tipo de criterio	Puntaje esperado	Puntaje alcanzado
Estructura	18	18
Proceso	18	18
Evidencia documental	18	18
Total	54	54
Calificación	100.00%	

HOSPITALIZACIÓN

Tipo de criterio	Puntaje esperado	Puntaje alcanzado
Estructura	116	116
Proceso	116	116
Evidencia documental	115	115
Total	347	347
Calificación	100.00%	

URGENCIAS

Tipo de criterio	Puntaje esperado	Puntaje alcanzado
Estructura	84	84
Proceso	84	84
Evidencia documental	79	79
Total	247	247
Calificación	100.00%	

UNIDAD QUIRÚRGICA

Tipo de criterio	Puntaje esperado	Puntaje alcanzado
Estructura	147	147
Proceso	147	147
Evidencia documental	147	147
Total	441	441
Calificación	100.00%	

TOCOLOGÍA		
Tipo de criterio	Puntaje esperado	Puntaje alcanzado
Estructura	23	23
Proceso	23	23
Evidencia documental	23	23
Total	69	69
Calificación	100.00%	

UNIDAD TOCOQUIRÚRGICA		
Tipo de criterio	Puntaje esperado	Puntaje alcanzado
Estructura	134	134
Proceso	134	134
Evidencia documental	134	134
Total	402	402
Calificación	100.00%	

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS		
Tipo de criterio	Puntaje esperado	Puntaje alcanzado
Estructura	76	76
Proceso	76	76
Evidencia documental	75	75
Total	227	227
Calificación	100.00%	

LABORATORIO Y BANCO DE SANGRE		
Tipo de criterio	Puntaje esperado	Puntaje alcanzado
Estructura	44	44
Proceso	44	42
Evidencia documental	41	39
Total	129	125
Calificación	96.90%	

IMAGENOLOGÍA		
Tipo de criterio	Puntaje esperado	Puntaje alcanzado
Estructura	81	80
Proceso	81	78
Evidencia documental	80	76
Total	242	234
Calificación	96.69%	

FARMACIA GENERALIDADES		
Tipo de criterio	Puntaje esperado	Puntaje alcanzado
Estructura	7	7
Proceso	7	7
Evidencia documental	7	7
Total	21	21
Calificación	100.00%	

FARMACIA HOSPITAL MATERNO INFANTIL		
Tipo de criterio	Puntaje esperado	Puntaje alcanzado
Estructura	491	491
Proceso	491	491
Evidencia documental	491	491
Total	1473	1473
Calificación	100.00%	

PSICOLOGÍA		
Tipo de criterio	Puntaje esperado	Puntaje alcanzado
Estructura	6	6
Proceso	6	6
Evidencia documental	6	6
Total	18	18
Calificación	100.00%	

TRABAJO SOCIAL		
Tipo de criterio	Puntaje esperado	Puntaje alcanzado
Estructura	3	3
Proceso	3	3
Evidencia documental	3	3
Total	9	9
Calificación	100.00%	

ESTOMATOLOGIA		
Tipo de criterio	Puntaje esperado	Puntaje alcanzado
Estructura	17	14
Proceso	17	16
Evidencia documental	16	16
Total	50	46
Calificación	92.00%	

ANATOMIA PATOLOGICA		
Tipo de criterio	Puntaje esperado	Puntaje alcanzado
Estructura	19	19
Proceso	19	19
Evidencia documental	18	18
Total	56	56
Calificación	100.00%	

ENSEÑANZA		
Tipo de criterio	Puntaje esperado	Puntaje alcanzado
Estructura	9	9
Proceso	9	9
Evidencia documental	9	9
Total	27	27
Calificación	100.00%	

INHALOTERAPIA		
Tipo de criterio	Puntaje esperado	Puntaje alcanzado
Estructura	8	8
Proceso	8	8
Evidencia documental	8	8
Total	24	24
Calificación	100.00%	

DIETOLOGIA		
Tipo de criterio	Puntaje esperado	Puntaje alcanzado
Estructura	28	10
Proceso	28	10
Evidencia documental	27	5
Total	83	25
Calificación	30.12%	

SERVICIOS GENERALES		
Tipo de criterio	Puntaje esperado	Puntaje alcanzado
Estructura	9	9
Proceso	9	9
Evidencia documental	7	7
Total	25	25
Calificación	100.00%	

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES		
Tipo de criterio	Puntaje esperado	Puntaje alcanzado
Estructura	112	112
Proceso	112	112
Evidencia documental	106	106
Total	330	330
Calificación	100.00%	

RESULTADO GLOBAL HOSPITAL MATERNO INFANTIL		
Tipo de criterio	Puntaje esperado	Puntaje alcanzado
Estructura	1554	1531
Proceso	1554	1529
Evidencia documental	1531	1500
Total	4639	4560
CALIFICACIÓN GLOBAL	98.30%	

NOMBRE Y FIRMA DEL COORDINADOR DE LA VISITA DE EVALUACION		
---	--	--

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

DATOS GENERALES DEL ESTABLECIMIENTO CATÁLOGO CLUES	CAUSES-2N-2018
---	-----------------------

HOJA DE RESULTADOS

HOSPITAL PEDIÁTRICO

Nombre del establecimiento	HOSPITAL REGIONAL COCULA	
CLUES	JCSSA001401	
Entidad	JALISCO	
Tipología SINERHIAS	HOSPITAL GENERAL	
Institución: SSA= Secretaria de Salud, IMO= IMSS PROSPERA, SMP= Servicios Médicos Privados, O= Otros	SSA	
GOBIERNO		
Tipo de criterio	Puntaje esperado	Puntaje alcanzado
Estructura	48	47
Proceso	48	47
Evidencia documental	48	45
Total	144	139
Calificación	96.53%	

CONSULTA EXTERNA

Tipo de criterio	Puntaje esperado	Puntaje alcanzado
Estructura	82	82
Proceso	82	79
Evidencia documental	81	80
Total	245	241
Calificación	98.37%	

MEDICINA PREVENTIVA

Tipo de criterio	Puntaje esperado	Puntaje alcanzado
Estructura	18	17
Proceso	18	18
Evidencia documental	18	17
Total	54	52
Calificación	96.30%	

HOSPITALIZACION

Tipo de criterio	Puntaje esperado	Puntaje alcanzado
Estructura	93	93
Proceso	93	93
Evidencia documental	92	92
Total	278	278
Calificación	100.00%	

URGENCIAS

Tipo de criterio	Puntaje esperado	Puntaje alcanzado
Estructura	100	100
Proceso	100	100
Evidencia documental	95	95
Total	295	295
Calificación	100.00%	

UNIDAD QUIRURGICA

Tipo de criterio	Puntaje esperado	Puntaje alcanzado
Estructura	159	159
Proceso	159	159
Evidencia documental	159	159
Total	477	477
Calificación	100.00%	

UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA PEDIATRICA

Tipo de criterio	Puntaje esperado	Puntaje alcanzado
Estructura	77	77
Proceso	77	77
Evidencia documental	75	75
Total	229	229
Calificación	100.00%	

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES

Tipo de criterio	Puntaje esperado	Puntaje alcanzado
Estructura	112	112
Proceso	112	112
Evidencia documental	106	106
Total	330	330
Calificación	100.00%	

LABORATORIO Y BANCO DE SANGRE

Tipo de criterio	Puntaje esperado	Puntaje alcanzado
Estructura	44	44
Proceso	44	42

Evidencia documental	41	39
Total	129	125
Calificación	96.90%	

IMAGENOLOGIA		
Tipo de criterio	Puntaje esperado	Puntaje alcanzado
Estructura	81	80
Proceso	81	78
Evidencia documental	80	76
Total	242	234
Calificación	96.69%	

FARMACIA GENERALIDADES		
Tipo de criterio	Puntaje esperado	Puntaje alcanzado
Estructura	7	7
Proceso	7	7
Evidencia documental	7	7
Total	21	21
Calificación	100.00%	

FARMACIA HOSPITAL PEDIATRICO		
Tipo de criterio	Puntaje esperado	Puntaje alcanzado
Estructura	522	522
Proceso	522	522
Evidencia documental	522	522
Total	1566	1566
Calificación	100.00%	

PSICOLOGIA		
Tipo de criterio	Puntaje esperado	Puntaje alcanzado
Estructura	6	6
Proceso	6	6
Evidencia documental	6	6
Total	18	18
Calificación	100.00%	

TRABAJO SOCIAL		
Tipo de criterio	Puntaje esperado	Puntaje alcanzado
Estructura	3	3
Proceso	3	3
Evidencia documental	3	3
Total	9	9
Calificación	100.00%	

ESTOMATOLOGÍA		
Tipo de criterio	Puntaje esperado	Puntaje alcanzado
Estructura	17	14
Proceso	17	16
Evidencia documental	16	16
Total	50	46
Calificación	92.00%	

ANATOMÍA PATOLÓGICA		
Tipo de criterio	Puntaje esperado	Puntaje alcanzado
Estructura	19	19
Proceso	19	19
Evidencia documental	18	18
Total	56	56
Calificación	100.00%	

ENSEÑANZA		
Tipo de criterio	Puntaje esperado	Puntaje alcanzado
Estructura	9	9
Proceso	9	9
Evidencia documental	9	9
Total	27	27
Calificación	100.00%	

INHALOTERAPIA		
Tipo de criterio	Puntaje esperado	Puntaje alcanzado
Estructura	8	8
Proceso	8	8
Evidencia documental	8	8
Total	24	24
Calificación	100.00%	

DIETOLOGÍA		
Tipo de criterio	Puntaje esperado	Puntaje alcanzado
Estructura	28	10
Proceso	28	10
Evidencia documental	27	5
Total	83	25
Calificación	30.12%	

SERVICIOS GENERALES		
Tipo de criterio	Puntaje esperado	Puntaje alcanzado
Estructura	9	9
Proceso	9	9
Evidencia documental	7	7
Total	25	25
Calificación	100.00%	

RESULTADO GLOBAL HOSPITAL PEDIÁTRICO		
Tipo de criterio	Puntaje esperado	Puntaje alcanzado
Estructura	1442	1418
Proceso	1442	1414
Evidencia documental	1418	1385
Total	4302	4217
CALIFICACIÓN GLOBAL	98.02%	

NOMBRE Y FIRMA DEL COORDINADOR DE LA VISITA DE EVALUACIÓN
