

DIRECCIÓN DE REGULACIÓN SANITARIA

**ACTA DE VERIFICACIÓN SANITARIA PARA ESTABLECIMIENTOS ESPECIALIZADOS
EN LA ATENCIÓN DE LAS ADICCIONES DERIVADO DE LA ATENCIÓN MÉDICA**

En *** siendo las *** horas del día *** del mes de *** de 20***, en cumplimiento a la orden de visita de verificación número *** de fecha *** de *** de 20***, emitida por ***, en su carácter de ***, el(los) Verificador(es) *** adscrito(s) a la Dirección de Regulación Sanitaria, Dependiente del Instituto de Servicios de Salud del Estado Aguascalientes, Ags; quien (es) se identifica(n) con credencial(es) número(s) *** con fotografía, vigente(s) al *** expedida(s) el ***, por el ***, en su carácter de ***, que me(nos) acredita(n) como verificador(es) sanitario(s) con fundamento en los Artículos 4 párrafo cuarto, 14 y 16 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 13 apartado B, 194 último párrafo, 194 bis, 197, 257, 258, 393, 395, 396 fracción I, 397, 398, 399, 400, 401 de la Ley General de Salud; 1, 3, 7, 10, 173 al 215, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240 y demás relativos y aplicables del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica; Cláusulas primera, segunda (anexo 1 que detalla los criterios de Coadyuvancia y de Coordinación para el ejercicio de facultades en materia de control y fomento sanitario, que aplica en punto 3), y séptima del Acuerdo de Coordinación que para el ejercicio de facultades en materia de Control y Fomento Sanitarios, celebran la Secretaría de Salud con la participación de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios y el Estado de Aguascalientes, publicado en el Diario Oficial de la Federación, el día 1° de junio de 2016; 1, 2, 4 párrafo once Constitución Política del Estado de Aguascalientes; 4, 6 fracción I, y 31 fracciones V y XXIV de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Aguascalientes; 1, 2, 3 4 fracciones XIII y XIX de la Ley del Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes; 1, 2, 3, 4, 6, 8, 28 inciso A, fracciones I, II y III, 163, 251, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 263, 264 fracciones VIII, VIII, IX, X, XI, 271, 272, 273, 274, 279, 280, 281, 282, 283, 284, 285, 286, 287, 288, 290, 291, 292, 293, 294 y 295 de la Ley de Salud del Estado de Aguascalientes; 1, 2, 3° fracción II inciso f) puntos 1., 1.1, 1.2, 1.3, 1.4, 1.5, 1.5.1, 1.5.2, y 1.6; 22 fracción III y XIV, 73 fracciones I, II, VI, XII, XIV, XV; 74 1., 1.1; del Reglamento Interior del Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes, publicado en el Periódico Oficial del Estado de Aguascalientes, en fecha 05 de junio de 2019; artículos 60 al 67 de la Ley del Procedimiento Administrativo del Estado de Aguascalientes. Constituido(s) en el establecimiento denominado *** con RFC ***, ubicado en la calle de ***, número ***, Colonia ***, Demarcación Territorial o Municipio ***, Código Postal ***, correo electrónico ***, teléfono, ***, circunstancias que constató(amos) visualmente y solicitando la presencia del propietario, representante legal, responsable, encargado u ocupante que atiende la visita, dijo llamarse ***, y se identifica con ***, con domicilio en *** y manifiesta ser el *** del establecimiento, quien recibe original de la presente orden, con firma autógrafa en tinta azul, de la autoridad sanitaria que la emite, en términos del artículo 399 de La Ley General de Salud, se le exhorta para que corrobore que la(s) fotografía(s) que aparece(n) en dicha(s) credencial(es) concuerda(n) con los rasgos fisonómicos del(los) que actúa(n). Acto seguido se le hace saber el derecho que tiene para nombrar a dos testigos de asistencia, y en caso de no hacerlo, éstos serán designados por el(los) propio(s) verificador(es), quedando nombrados como testigos por parte del C ***, quienes deberán estar presentes durante el desarrollo de la visita, el C. *** quien se identifica con ***, con domicilio en *** y el C. *** quien se identifica con *** con domicilio en ***.

Acto seguido y habiéndose identificado plenamente los participantes en esta diligencia, en presencia de los testigos se le hace saber el objeto y alcance de la visita que se indica en la orden de verificación descrita anteriormente, y visto el contenido se procede a practicar la diligencia de verificación sanitaria en el establecimiento en los términos siguientes:

Objeto y alcance de la orden de verificación sanitaria (Transcribir)

Instrucciones:

Se deberán anotar los valores dentro de los cuadros en blanco que conforman la columna denominada "Valor", de acuerdo a la calificación que amerite cada inciso según corresponda.

CALIFICACIÓN:	(2) Cumple Totalmente	(1) Cumple Parcialmente	(0) No cumple	(---) No aplica
---------------	-----------------------	-------------------------	---------------	-----------------

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Nombre del propietario del establecimiento o representante legal: _____

(Precisar si es el Propietario o el Representante Legal)

Nombre, profesión y cargo de la persona que dirige el establecimiento: _____

Con giro o actividades de: _____,

Tipo de establecimiento: Público _____ Social _____ Privado _____

Especificar Institución a la que pertenece: (Secretaría de Salud, Instituto Mexicano de Seguridad Social, ISSSTE, SM, Secretaría de la Defensa Nacional, PEMEX u otros)

Días laborales: L M M J V S D. Horario de labores: de _____ a _____ hrs. Turnos: _____

Número total de empleados: _____. Número de empleados en área de servicio: _____

Punto a verificar	Valor
I. Datos de identificación del establecimiento	
1. Especificar el tipo de servicio que se brinda en el establecimiento: Mixto, Profesional o de Ayuda Mutua.	
2. El consultorio cuenta con aviso de funcionamiento y permiso de responsable, según el tipo de modelo	
3. Cuenta con registro diario de pacientes.	
4. Se cuenta con anuncio o rótulo en donde se da a conocer el horario de funcionamiento del establecimiento.	
5. El usuario a su ingreso es valorado por un médico en un periodo no mayor a 48 horas. En caso de que ingrese con un grado severo de intoxicación o síndrome de abstinencia o de supresión, se refirió a algún otro servicio de atención profesional.	
6. Se cuenta con consentimiento por escrito de quienes ejerzan la patria potestad, representante legal o tutor en caso de los menores de edad.	
7. En caso de los menores de edad, cuenta con programas y espacios adecuados e independientes, de acuerdo a la edad y sexo.	
8. Se realiza notificación al SISVEA, mediante el llenado de cuestionarios sobre Consumo de Drogas para cada nuevo ingreso registrado, precisar la periodicidad.	
9. Cuenta con programa, manuales o procedimientos, aprobado por CONADIC.	
10. Cuenta con Guía Operativa de Referencia y contrareferencia a otros establecimientos con mayor complejidad.	
11. Los ingresos involuntarios son notificados al Ministerio Público; en el caso de ingresos enviados por jueces o instancias de procuración de justicia, se cuenta con la solicitud de la autoridad competente,, anexar de cada uno de los casos los últimos tres	
II. Modelo Ayuda Mutua	

Acta de Verificación Sanitaria No. _____

Punto a verificar	Valor
12. Se cuenta con lineamientos y disposiciones por escrito, del procedimiento de recuperación al que se incorpora el usuario.	
13. Cuenta con criterios de exclusión sobre padecimientos que no pueden atender como (Trastornos Psiquiátricos, alteraciones y trastornos conductuales)	
III. Documentación	
14. La documentación del personal de la salud (médicos, enfermeras, técnicos, auxiliares y/o psicólogos) se encuentra completa y actualizada, incluye la capacitación para llevar a cabo sus funciones en el establecimiento.	
15. Se cuenta con título del Profesional de la Salud o documentos correspondientes que lo acrediten como tal, a la vista del público.	
16. El personal médico cuenta con recetario médico impreso e incluye en forma completa: Nombre del Médico, Institución que expide el Título, Número de Cédula Profesional, Domicilio del establecimiento, Fecha de expedición y en su caso Número de Cédula de especialidad.	
17. Se cuenta con expedientes clínicos completos, ordenados e incluyen identificación, historia clínica, notas de evolución, nota de interconsulta, en su caso y con carta de consentimiento informado, debidamente requisitado y se conservan por un periodo mínimo de cinco años.	
18. Todos los medicamentos suministrados a los usuarios, son registrados en el expediente clínico.	
19. Se realiza llenado de hoja de ingreso o reingreso de cada persona, con: a) Fecha y hora, b) Datos generales del usuario, c) Enfermedades actuales, d) Datos del familiar más cercano en vínculo firmado por el usuario o, en su caso, representante legal o tutor, y del encargado del establecimiento, e) Breve descripción del estado de salud general del usuario, y f) Nombre y firma de aceptación del usuario, de su familiar más cercano en vínculo o, en su caso representante legal o tutor, y del encargado del establecimiento. g) Confidencialidad del establecimiento, ante la información proporcionada.	
20. Se cuenta con hoja de egreso con los siguientes datos a) Fecha y hora de egreso, b) Descripción del estado general del usuario, c) Nombre y firma de conformidad, de la persona que egresa; del familiar más cercano en vínculo, representante legal, según corresponda y del encargado del establecimiento, y d) En caso de que el usuario sea menor de edad, se cuenta con la firma de conformidad de la persona que ejerce la patria potestad o representante legal, según sea el caso. e) Motivo del egreso.	
IV. Lavado de manos del personal de la salud	
21. En el establecimiento se cuenta con jabón antiséptico líquido, agua potable y toallas desechables para el lavado de manos.	
22. El personal de salud lleva a cabo el lavado de manos antes y después de revisar a cada paciente y/o en cada procedimiento.	
V. Medicamentos e insumos	
23. Los medicamentos e insumos que se encuentran en el establecimiento: Tienen fecha de caducidad vigente, Cuentan con registro sanitario emitido por la autoridad sanitaria, Se almacenan de acuerdo a las indicaciones del fabricante, En caso de ser un establecimiento privado, no cuenta con medicamentos del Sector Salud Público, Cuenta con una política para el manejo de soluciones específicamente de uso pediátrico.	

Punto a verificar	Valor															
24. Se cuenta con área de resguardo y control de medicamentos, con acceso restringido.																
VI. Prestación del servicio de atención médica																
25. El consultorio cuenta con: a). Un área para entrevista y otra para exploración física, un área, espacio o mueble que permita guardar y disponer de los expedientes clínicos; b). Lavabo funcional con jabón y toallas desechables, ubicadas en el área de exploración física; c). Botiquín de urgencias que cuente con lo siguiente: Paracetamol, tabletas 500 mg, Lidocaina simple, solución inyectable al 2%, Epinefrina, solución inyectable 1 mg 1:1000/ml, Butilhioscina, solución inyectable 20 mg, Salbutamol, spray, Diazepam, solución inyectable 10 mg, Difenhidol, solución inyectable 40 mg, Agua bidestilada, solución inyectable 2 ml, Glucosa, solución al 5% ó 10% y/o 50%, Solución de Hartmann; d). El siguiente mobiliario y equipo: Asiento para el médico, Asiento para el paciente y acompañante, Báscula con estadímetro, Guarda de medicamentos, materiales o instrumental, Mesa de exploración con piñeras, Sistema para guarda de expedientes clínicos, Esfigmomanómetro mercurial, aneroide o electrónico con brazaletes de tamaño que requiera para su actividad principal, Estetoscopio biauricular, Estuche de diagnóstico (oftalmoscopio opcional), Pinza tipo mosquito, Porta aguja recto, con ranura central y estrías cruzadas, Tijera recta, Termómetro clínico, Apósitos, Gasas, Guantes quirúrgicos estériles, Material de sutura, Soluciones antisépticas.																
VII. Área de Psicología																
26. El establecimiento cuenta con Psicólogo.																
27. Cuenta con espacio y mobiliario específico para la entrevista, así como para la intervención psicoterapéutica, e incluye: Asiento para el psicólogo, Asiento para el paciente y su acompañante, Sistema para guarda de expedientes clínicos.																
28. Cuenta con área para psicoterapia grupal.																
VIII. Infraestructura																
29. Cuenta con comprobante para el control y erradicación de fauna nociva, menor a 365 días naturales.																
IX. Agua																
30. Cuenta con sistema de abastecimiento de agua potable.																
31. Se realizó determinación de cloro residual en los siguientes puntos (al menos tres puntos incluyendo la cisterna o depósito, a la salida de la misma y en otros puntos de la red de distribución interna)																
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Número de muestra</th> <th>Localización del punto de muestreo</th> <th>Resultado</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Número de muestra	Localización del punto de muestreo	Resultado													
Número de muestra	Localización del punto de muestreo	Resultado														
32. Se realiza limpieza y mantenimiento a las cisternas, precisar la periodicidad con que se realiza.																
X. Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos (R.P.B.I.). Solo aplica para Modelo Mixto y Profesional																
33. Se cuenta con contrato con empresa recolectora de R.P.B.I. vigente, así como de los manifiestos de recolección o bien se encuentra adherido a un plan de manejo externo.																

Acta de Verificación Sanitaria No. _____

Punto a verificar	Valor
34. En las áreas del establecimiento se separan y envasan los residuos peligrosos biológicos infecciosos, de acuerdo con sus características físicas y biológicas infecciosas, sin mezclarse con ningún otro tipo de residuos municipales o peligrosos.	

OBSERVACIONES GENERALES

Debe describir la ubicación del establecimiento y las áreas

[illegible]

Estos datos deberán estar justificados en el apartado de observaciones.

Medidas de Seguridad Sanitaria (Marque con una X en SI o NO)		
1. Se aplica medida de seguridad sanitaria	SI	NO
2. Aseguramiento de productos u objetos	SI	NO
2.1 Número de folio de los sellos de aseguramiento utilizados:		
3. Suspensión de trabajos o servicios	SI	NO
3.1 Número de folio de los sellos de suspensión utilizados:		
4. Reubicación de sellos de aseguramiento y/o suspensión	SI	NO
4.1 Número de folio de sello(s) reubicado(s):		
5. Se retira y/o levanta la medida de seguridad sanitaria aplicada	SI	NO
5.1 Número de folio de los sellos de aseguramiento retirados.		
5.2 Precisar las acciones realizadas con los sellos de aseguramiento retirados.		
5.3 Número de folio de los sellos de suspensión retirados.		
5.4 Precisar las acciones realizadas con los sellos de suspensión retirados.		

Anexos

(Marque con una X en SI o NO)

A. Se anexa documentación	SI	NO
A.1 Número de anexos:		
A.2 Describir anexos:		

Leído lo anterior, se hace saber al interesado el derecho que tiene de manifestar lo que a sus intereses convenga con relación a los hechos contenidos en la presente acta de verificación sanitaria con fundamento en el artículo 401 fracción IV de la Ley General de Salud; o bien, por escrito hacer uso de tal derecho dentro del término de cinco días a partir del día siguiente de la presente diligencia, con fundamento en el artículo 68 de la Ley Federal del Procedimiento Administrativo de aplicación supletoria. En uso de la palabra el C. *** hace constar que recibe original de la orden de verificación sanitaria, con firma autógrafa en tinta azul, de la autoridad sanitaria que la emite; objeto de la presente acta de verificación sanitaria y que identificó plenamente al(los) verificador(es) para tal efecto, y con relación a los hechos que se asientan en la misma manifiesta lo siguiente:

Autorización de notificaciones electrónicas

De conformidad con lo establecido en el artículo 35 de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo vigente y con el objeto de facilitar y agilizar el seguimiento al presente acto de verificación sanitaria, yo _____ solicito de manera expresa recibir de forma electrónica a través de la(s) dirección(es) de correo electrónico _____ todas las comunicaciones y/o notificaciones sobre el seguimiento, resolución, sanción o cualquier otra decisión o requerimiento, que emane de la presente visita de verificación sanitaria con número de acta _____; por lo que deberé revisarlos de manera permanente, mantenerlo(s) con la capacidad (espacio virtual) suficiente para recibir los mensajes y documentos; así como en revisar siempre la bandeja de correos no deseados o "spam" para en su caso identificar algún correo electrónico emitido por esta Autoridad Sanitaria y que no haya ingresado a la bandeja principal de los correos electrónicos antes establecidos.

Firma y nombre completo _____
Identificación (Tipo y Número) _____

La presente autorización tendrá efectos a partir de esta fecha y hasta la notificación electrónica de la conclusión del procedimiento.

En caso de no otorgar su autorización para facilitar y agilizar el seguimiento al presente acto de verificación sanitaria, a través de notificaciones electrónicas, se hace de su conocimiento que el apoderado o representante legal podrá solicitarlo en cualquier otro momento.

Previa lectura del acta de verificación sanitaria ante todos los participantes, visto el contenido de la misma y sabedores de los delitos en que incurrir los falsos declarantes ante la autoridad administrativa, la presente diligencia se cierra siendo las *** horas con *** minutos del día ***, mes ***, de 20***, firmando los que en ella participan para todos los
COS-DESVS-P-01-M-01-AC-66. Acta de verificación sanitaria para establecimientos especializados en la atención de las adiciones derivado de la atención médica. Rev.UJ-JUNIO/2024.

Acta de Verificación Sanitaria No. _____

efectos legales a que haya lugar, dejándose copia de todo lo actuado consistente en ***
hojas en poder del C. ***.

INTERESADO

TESTIGO

TESTIGO

Nombre y firma

Nombre y firma

Nombre y firma

VERIFICADOR SANITARIO

VERIFICADOR SANITARIO

VERIFICADOR SANITARIO

Nombre y firma

Nombre y firma

Nombre y firma

