



**SERVICIOS DE SALUD DE OAXACA**  
DIRECCIÓN DE REGULACIÓN Y FOMENTO SANITARIO

**Acta de Verificación Sanitaria No.** \_\_\_\_\_

**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 del(los) Verificador(es)

adscrito(s) a \_\_\_\_\_, 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 396, 399 400 y 401 fracción I de la Ley General de  
Salud. Constituido(s) en el establecimiento denominado

\_\_\_\_\_, con RFC  
\_\_\_\_\_, ubicado en la calle de  
\_\_\_\_\_, número \_\_\_\_\_, Colonia  
\_\_\_\_\_, Municipio \_\_\_\_\_, Código  
Postal \_\_\_\_\_, correo electrónico  
\_\_\_\_\_, teléfono, \_\_\_\_\_,

circunstancias que constaté(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 copia 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



## Acta de Verificación Sanitaria No. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ y el C.  
\_\_\_\_\_ quien se identifica  
con \_\_\_\_\_ con domicilio en \_\_\_\_\_

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.

<b>CALIFICACIÓN:</b>	<b>(2) Cumple Totalmente</b>	<b>(1) Cumple Parcialmente</b>	<b>(0) No cumple</b>	<b>(---) No aplica</b>
----------------------	------------------------------	--------------------------------	----------------------	------------------------

## INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Nombre del propietario del establecimiento o representante legal:

\_\_\_\_\_ (Precisar si es el Propietario o el Representante Legal)



**SERVICIOS DE SALUD DE OAXACA**  
DIRECCIÓN DE REGULACIÓN Y FOMENTO SANITARIO

**Acta de Verificación Sanitaria No.**\_\_\_\_\_

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
<b>I. Datos de identificación del establecimiento</b>	
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	
<b>II. Modelo Ayuda Mutua</b>	



**SERVICIOS DE SALUD DE OAXACA**  
DIRECCIÓN DE REGULACIÓN Y FOMENTO SANITARIO

**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 )	
<b>III. Documentación</b>	
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,	



**SERVICIOS DE SALUD DE OAXACA**  
DIRECCIÓN DE REGULACIÓN Y FOMENTO SANITARIO

**Acta de Verificación Sanitaria No.**\_\_\_\_\_

Punto a verificar	Valor
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.	
<b>IV. Lavado de manos del personal de la salud</b>	
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.	
<b>V. Medicamentos e insumos</b>	
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 cuente con medicamentos del Sector Salud Publico, Cuenta con una política para el manejo de soluciones específicamente de uso pediátrico.	
24. Se cuenta con área de resguardo y control de medicamentos, con acceso restringido.	
<b>VI. Prestación del servicio de atención médica</b>	
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, Lidocaína simple, solución inyectable al 2%, Epinefrina, solución inyectable 1 mg 1:1 000/ml, Butilhioscina, solución inyectable 20 mg, Salbutamol, spray, Diazepan, solución inyectable 10 mg, Difenidol, 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 pierneras, Sistema para guarda de expedientes clínicos, Esfigmomanómetro mercurial, aneroide o electrónico con brazalete 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.	
<b>VII. Área de Psicología</b>	

**SERVICIOS DE SALUD DE OAXACA**  
DIRECCIÓN DE REGULACIÓN Y FOMENTO SANITARIO

**Acta de Verificación Sanitaria No.**\_\_\_\_\_

Punto a verificar	Valor															
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.																
<b>VIII. Infraestructura</b>																
29. Cuenta con comprobante para el control y erradicación de fauna nociva, menor a 365 días naturales.																
<b>IX. Agua</b>																
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.																
<b>X. Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos (R.P.B.I.). Solo aplica para Modelo Mixto y Profesional</b>																
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.																
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.																

**SERVICIOS DE SALUD DE OAXACA**  
DIRECCIÓN DE REGULACIÓN Y FOMENTO SANITARIO

Acta de Verificación Sanitaria No. \_\_\_\_\_

## OBSERVACIONES GENERALES

**Debe describir la ubicación del establecimiento y las áreas**

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:		



**SERVICIOS DE SALUD DE OAXACA**  
DIRECCIÓN DE REGULACIÓN Y FOMENTO SANITARIO

**Acta de Verificación Sanitaria No.**\_\_\_\_\_

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 83 de la Ley de Procedimiento y Justicia Administrativa para el estado de Oaxaca. En uso de la palabra el C. \_\_\_\_\_ hace constar que recibe copia de la orden de verificación sanitaria, con firma autógrafa en tinta azul, de la autoridad sanitaria que la emite; objeto





**SERVICIOS DE SALUD DE OAXACA**  
DIRECCIÓN DE REGULACIÓN Y FOMENTO SANITARIO

**Acta de Verificación Sanitaria No.**\_\_\_\_\_

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 46 de la Ley de Procedimiento y Justicia Administrativa para el estado de Oaxaca 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.



**SERVICIOS DE SALUD DE OAXACA**  
DIRECCIÓN DE REGULACIÓN Y FOMENTO SANITARIO

**Acta de Verificación Sanitaria No.**\_\_\_\_\_

Previa lectura del acta de verificación sanitaria ante todos los participantes, visto el contenido de la misma y sabedores de los delitos en que incurren 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 efectos legales a que haya lugar, dejándose copia de todo lo actuado consistente en \_\_\_\_\_ hojas en poder del C. \_\_\_\_\_.

**INTERESADO**

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma

**TESTIGO**

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma

**TESTIGO**

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma

**VERIFICADOR SANITARIO**

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma

**VERIFICADOR SANITARIO**

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma

**VERIFICADOR SANITARIO**

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma