

**CÉDULA DE SUPERVISIÓN PARA ESTABLECIMIENTOS RESIDENCIALES CON MODELO DE ATENCIÓN PROFESIONAL V. 3.7.1 2021**

ID: \_\_\_\_\_

Visita: \_\_\_\_\_

Número de Reconocimiento CONADIC: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Hora de Inicio: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_

Supervisor 1: \_\_\_\_\_

Supervisor 2: \_\_\_\_\_

Supervisor 3: \_\_\_\_\_

**I. IDENTIFICACIÓN**

I.1 Nombre Legal: \_\_\_\_\_

I.2 Nombre comercial: \_\_\_\_\_

I.3 Nombre del representante legal: \_\_\_\_\_

I.4 Nombre del director: \_\_\_\_\_

I.5 CLUNI o CLUES: \_\_\_\_\_

I.6 Domicilio Establecimiento Residencial:  
 Calle y número: \_\_\_\_\_ Cruza con: \_\_\_\_\_  
 Colonia/Población: \_\_\_\_\_ Delegación/Municipio: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

I.7 Nombre del entrevistado: \_\_\_\_\_

I.8 Cargo del entrevistado: \_\_\_\_\_  
 ¿Cuál? \_\_\_\_\_

**II. CARACTERÍSTICAS**

II.1 Tipo de institución: \_\_\_\_\_

II.1.1 Institución Pública, depende del: \_\_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_

II.1.2 Institución Privada: \_\_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_

II.2 Tipo de ingreso:  Voluntario  Involuntario  Obligatorio

II.3 Tipo de población que atiende: \_\_\_\_\_

II.4 Categorías por edad:  Menores de 12 años (Niños)  12-17 años (Adolescentes)  18-59 años (Adultos)  60 y + (Adultos mayores)

II.5 Atiende personas con/en:  Discapacidad  Conflicto con la ley  VIH  VHC  Situación de calle  Migrantes  
 Otro ¿Cuál? \_\_\_\_\_

II.6 ¿Cuál es el modelo teórico que sustenta el tratamiento del establecimiento?  
 \_\_\_\_\_

II.7 Fecha de inicio de operaciones del establecimiento: \_\_\_\_\_

II.8 Se atienden adicciones a:  Alcohol  Cocaína  Inhalantes  Marihuana  Metanfetamina  Opiáceos  Tabaco  Otras Drogas  
 ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

II.9 El establecimiento brinda servicios de sustitución de opiáceos: \_\_\_\_\_

II.10 El establecimiento atiende condiciones de urgencia: \_\_\_\_\_ ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

II.11 ¿El establecimiento tiene costo?: \_\_\_\_\_

II.11.1 ¿Aplican estudio socioeconómico?: \_\_\_\_\_

II.11.2 Costo total del tratamiento: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

II.12 Duración del tratamiento: \_\_\_\_\_ ¿Cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

II.13 Capacidad instalada del establecimiento/camas ocupadas

Categorías por edad		Capacidad instalada:	Numero de camas ocupadas actualmente:
<b>Hombres</b>	Niños	_____	_____
	Adolescentes	_____	_____
	Adultos	_____	_____
	Adultos mayores	_____	_____
		0	0



<b>Mujeres</b>	Niñas		
	Adolescentes		
	Adultas		
	Adultas mayores		
		0	0
	0	0	

II.14 El establecimiento lleva a cabo seguimientos de los usuarios : \_\_\_\_\_

II.14.1 Tipo de seguimiento de los Usuarios:  Telefónico  Presencial  Correo Electronico  Por referencia de terceros

Otro ¿Cuál? \_\_\_\_\_

II.14.2 Periodos de seguimiento de casos:  Al Mes  A los tres meses  A los seis meses  A los nueve meses  A los 12 meses  A los 24 meses

Otro ¿Cuál? \_\_\_\_\_

II.15 Ha participado con la CECA en actividades de:  Capacitación  Profesionalización

Otro ¿Cuál? \_\_\_\_\_

## 1. INFRAESTRUCTURA

No.	CRITERIOS DE SUPERVISIÓN	ACTIVIDADES DEL SUPERVISOR/EVIDENCIAS	Codificación: No Cumple = 0 Cumple = 1 No Aplica =2	Observaciones
		Verificar, revisar, comprobar, visitar, observar		
1.1	Cuenta con el PLANO ARQUITECTÓNICO o croquis de distribución del establecimiento (distribución del espacio físico interno).	1.1.1 Verificar la existencia del plano arquitectónico o croquis que concuerde con la distribución actual del establecimiento. Debe incluir distribución de extintores y señalizaciones y debe estar visible al público. Evidencia: Plano arquitectónico o croquis (impreso y visible al público) actualizado.		
1.2	Área de RECEPCIÓN-INFORMACIÓN, SALA DE ESPERA.	1.2.1 Verificar la existencia de un área donde se reciba e informe a usuarios y familiares. Evidencia: El área deberá utilizarse para las labores de recepción e información a usuarios. Fuente: Observación del supervisor.		
		1.2.2 Verificar la existencia de baños para usuarios y familiares. Evidencia: Baño en recepción. Fuente: Observación del supervisor.		
1.3	Consultorio o cubículo para valoración, además de determinación de prioridades de atención. TRIAGE.	1.3.1 Verificar la existencia de un consultorio con acceso directo desde la sala de espera con áreas para entrevista y exploración. Evidencia: Área señalizada y semáforo para el control de urgencias. Fuente: Observación del supervisor.		
1.4	CONSULTORIO para llevar a cabo las valoraciones médicas de primer ingreso.	1.4.1 Verificar la existencia de un consultorio y deberá contar con: lavabo (con jabón líquido y toallas desechables), botiquín de urgencias, asientos para el médico y paciente, mueble para escribir, mesa de exploración, cestos para bolsa de basura y residuos peligrosos (RPBI), estetoscopio, báscula con altímetro, termómetro, baumanómetro, torundero/ toallas alcoholizadas o con cloruro de benzalconio, recetario médico, estuche de diagnóstico con oftalmoscopio y otoscopio. Evidencia: Contar con el 100% del mobiliario e instrumentos descritos. Fuente: Observación del supervisor.		
1.5	Cuenta con ÁREA para PSICOTERAPIA o CONSEJERÍA INDIVIDUAL.	1.5.1 Verificar la existencia de un área para psicoterapia y/o consejería individual. Evidencia: El área deberá ser utilizada para sesiones individuales. Fuente: Observación del supervisor.		
1.6	Cuenta con ÁREA para PSICOTERAPIA y/o CONSEJERÍA GRUPAL.	1.6.1 Verificar la existencia de un área para terapia/consejería grupal. Evidencia: El área deberá ser utilizada para sesiones de terapia grupal. Fuente: Observación del supervisor.		



1.7	Espacio físico para GUARDA DE EXPEDIENTES clínicos.	<p>1.7.1 Verificar la existencia de un espacio físico para guardar los expedientes clínicos de los usuarios, con acceso restringido. Evidencia: Mueble, archivero, con los expedientes organizados de acuerdo a alguna clasificación interna que permita su fácil localización, ejemplos: por nombre, por folio, por fecha de ingreso, por ingresos recientes y egresos, etc. Fuente: Observación del supervisor.</p>		
1.8	DORMITORIOS.	<p>1.8.1 Verificar un área EXCLUSIVA para que los usuarios duerman. Evidencia: Área de dormitorio(s) exclusiva. Fuente: Observación del supervisor, entrevistas a usuarios.</p>		
		<p>1.8.2 Verificar que en los dormitorios existan las SEÑALIZACIONES adecuadas para su identificación. Evidencia: Señalizaciones claramente colocadas. Fuente: Observación del supervisor.</p>		
		<p>1.8.3 Verificar que los dormitorios se encuentren visiblemente SEPARADOS y SEÑALIZADOS, ya sea por sexo y/o por grupo etario cuando estas variables apliquen. Evidencia: Dormitorios separados para los grupos correspondientes. Fuente: Observación del supervisor y entrevistas a usuarios.</p>		
		<p>1.8.4 Verificar que el número de camas sean SUFICIENTES, ya sea por sexo y/o grupo etario cuando estas variables apliquen. Evidencia: Camas suficientes para los grupos correspondientes. Fuente: Observación del supervisor.</p>		
		<p>1.8.5 Verificar que el espacio entre las camas tenga un mínimo de 40 cm. de separación. Evidencia: Espacio mínimo de 40 cm. Fuente: Observación del supervisor.</p>		
		<p>1.8.6 Verificar la existencia de espacios individuales para guardar objetos personales de acuerdo a la capacidad instalada del centro. Evidencia: Los espacios individuales deberán coincidir con la capacidad instalada del centro. Fuente: Observación del supervisor.</p>		
1.9	SANITARIOS.	<p>1.9.1 Verificar que en los sanitarios existan las SEÑALIZACIONES adecuadas para su identificación. Evidencia: Señalizaciones claramente colocadas. Fuente: Observación del supervisor.</p>		
		<p>1.9.2 Verificar que los sanitarios se encuentren visiblemente SEPARADOS y SEÑALIZADOS para su uso por hombres y para mujeres cuando aplique. Evidencia: Sanitarios visiblemente separados. Fuente: Observación del supervisor.</p>		
		<p>1.9.3 Verificar que los sanitarios sean SUFICIENTES para hombres y/o mujeres. Evidencia: Un sanitario por cada 8 personas. Fuente: Observación del supervisor.</p>		
1.10	REGADERAS	<p>1.10.1 Verificar que en las regaderas existan las SEÑALIZACIONES adecuadas para su identificación. Evidencia: Señalizaciones claramente colocadas. Fuente: Observación del supervisor.</p>		
		<p>1.10.2 Verificar que las regaderas se encuentren visiblemente SEPARADAS y SEÑALIZADAS para su uso por hombres y para mujeres cuando aplique. Evidencia: Regaderas visiblemente separadas. Fuente: Observación del supervisor.</p>		
		<p>1.10.3 Verificar que las regaderas sean SUFICIENTES para hombres y/o mujeres. Evidencia: Una regadera por cada 8 personas. Fuente: Observación del supervisor.</p>		



1.11	TINACO Y/O CISTERNA	1.11.1 Verificar que el tinaco y/o cisterna se encuentren con tapa hermética y en buenas condiciones de limpieza. Evidencia: Verificar la existencia de tinaco y/o cisterna con tapa hermética y bitácora de limpieza. Fuente: Observación del supervisor.		
1.12	Área de COCINA.	1.12.1 Verificar la existencia de un área exclusiva para preparar los alimentos sin leña, o en su defecto contar con estufas ecológicas. Evidencia: El área deberá utilizarse exclusivamente para la preparación de alimentos. Fuente: Observación del supervisor.		
1.13	Área de COMEDOR	1.13.1 Verificar la existencia de un área de comedor. Evidencia: El área deberá ser utilizada para servir y consumir los alimentos. Fuente: Observación del supervisor.		
1.14	Área de ACTIVIDADES RECREATIVAS.	1.14.1 Verificar la existencia de un área destinada a actividades recreativas. Evidencia: El área deberá ser utilizada por los internos para realizar actividades de recreación. Fuente: Observación del supervisor.		
1.15	Espacio para ÁREA DE CHOQUE (Sólo para Hospitales)	1.15.1 En caso de que el establecimiento sea un hospital, verificar la existencia de un área para choque con iluminación adecuada y que cuente con todos los aditamentos descritos en la Guía Breve para el Supervisor.		
1.16	ÁREA DE URGENCIAS (Sólo para Hospitales)	1.16.1 En caso de que el establecimiento sea un hospital, verificar que cuente con todos los requerimientos que solicita la NOM-027-SSA3-2013 Regulación de los servicios de salud que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica. Consultar la Guía Breve para el Supervisor.		
1.17	CARRO DE PARO (Sólo para Hospitales)	1.17.1 Verificar la existencia del carro de paro con todos los aditamentos descritos en la Guía Breve para el Supervisor.		
1.18	Área de RESGUARDO y CONTROL de MEDICAMENTOS.	1.18.1 Verificar la existencia de un área exclusiva para resguardo de medicamentos con acceso restringido y limitado al personal. Evidencia: Área o mobiliario exclusivo para la guarda de medicamentos controlados, se deberá observar claramente el uso de restricciones para los usuarios tales como: candados, seguros o cerrojos. Fuente: Observación del supervisor.		
		1.18.2 Verificar que todos los medicamentos tengan una fecha de caducidad vigente y que no se encuentren fuera de sus empaques originales. Evidencia: Todos los medicamentos tienen una fecha de caducidad vigente y en sus empaques. Fuente: Observación del supervisor.		
		1.18.3 Verificar la existencia y el llenado de <b>la bitácora de ministración de medicamentos</b> en la que se especifique la fecha y hora del medicamento indicado, dosis y presentación, nombre de usuario, número de expediente, nombre y firma de quien ministra, y nombre y firma y/o huella del usuario <b>o</b> en caso de haber profesional de enfermería revisar <b>la hoja de enfermería debidamente llenada</b> . Evidencia: Bitácora de ministración u hoja de enfermería		
1.19	Existencia de STOCK DE MEDICAMENTOS en URGENCIAS (Sólo para Hospitales)	1.19.1. En caso de que el establecimiento sea un hospital, verificar que cuente con todos los medicamentos en la Guía Breve para el Supervisor.		
		1.20.1 Verificar la existencia de extintores con fecha de caducidad vigente. Evidencia: Extintores vigentes. Fuente: Observación del supervisor.		



1.20	EXTINTORES para casos de emergencia.	1.20.2 Verificar que el número de extintores corresponda con la amplitud de las instalaciones. Evidencia: Un extintor por cada 300m <sup>2</sup> de superficie o fracción, a 1.5m de altura desde el nivel del piso. Fuente: Observación del supervisor.		
1.21	SEÑALIZACIONES de seguridad.	1.21.1 Observar que los pasillos y áreas comunes cuentan con los señalamientos necesarios para la adecuada circulación. Evidencia: Señalamientos claros y visibles. Fuente: Observación del supervisor.		
		1.21.2 Verificar que existen áreas de seguridad debidamente señalizadas. Evidencia: Verificar el área destinada para resguardo en caso de incendios, sismos, terremotos o inundaciones con señalamientos claros y visibles. Fuente: Observación del supervisor.		
		1.21.3 Verificar que existe una ruta de evacuación y salida de emergencia debidamente señalizada y sin obstáculos. Evidencia: Verificar la ruta de evacuación y salida de emergencia para casos de incendios, sismos, terremotos o inundaciones con señalamientos claros y visibles. Fuente: Observación del supervisor.		
1.22	Cuenta con BOTIQUÍN de primeros auxilios.	1.22.1 Revisar la existencia de un botiquín vigente accesible en el área de internamiento que cuente con: Antisépticos: yodo, clorhexidina, suero o solución salina, jabón. Material de curación: gasas, compresas, apósitos, aplicadores, algodón, abatelenguas, vendas elásticas, guantes de látex. Evidencia: Botiquín vigente en área de internamiento que contenga obligatoriamente dos materiales antisépticos y dos de curación. Fuente Observación del supervisor.		
1.23	Señalización de Espacio Libre de Humo de Tabaco.	1.23.1 Observar si existe la señalización de Espacio Libre de Humo de Tabaco.		

**CONDICIÓN FÍSICA DEL ESTABLECIMIENTO**

No.	AREA	Funcionalidad/ integral	Limpieza	Ventilación	Libre de fauna	TOTAL	Observaciones
		(0 Mala, 1 Regular, 2 Buena, 3 Muy Buena. Dejar en blanco si no cuenta con esa área)					
1.24	Recepción					0.0	
1.25	Espacio de medicamentos					0.0	
1.26	Área de valoración médica					0.0	
1.27	Área de Terapia individual					0.0	
1.28	Área de Terapia Grupal					0.0	
1.29	Dormitorios					0.0	
1.30	Cobijas y colchones de dormitorios					0.0	
1.31	Comedor					0.0	
1.32	Cocina					0.0	
1.33	Área de actividades recreativas					0.0	
1.34	Sanitarios					0.0	
1.35	Regaderas					0.0	
<b>PROMEDIO</b>		#iDIV/0!	#iDIV/0!	#iDIV/0!	#iDIV/0!		

<b>INFRAESTRUCTURA</b>	<b>Puntuación (Máx. 106 pts.)</b>	<b>0</b>
	<b>Porcentaje (Máx. 37%)</b>	<b>0%</b>

## 2. SERVICIO DE ALIMENTACIÓN

No.	CRITERIOS DE SUPERVISIÓN	ACTIVIDADES DEL SUPERVISOR/EVIDENCIAS	Codificación: No Cumple = 0 Cumple = 1 No Aplica =2	Observaciones
		Verificar, revisar, comprobar, visitar, observar		
2.1	La ALIMENTACIÓN suministrada a los usuarios es balanceada, de buen aspecto, en cantidad suficiente para una adecuada nutrición y servida en utensilios higiénicos, de acuerdo con el estado de salud del usuario.	2.1.1 Comprobar la existencia de menús alimentarios SEMANALES BALANCEADOS y de acuerdo al estado de salud de los usuarios. Evidencia: Ver los menús firmados y avalados por un profesional en nutrición.		
		2.1.2 Verificar que los alimentos del día de la visita correspondan con lo señalado en el menú alimentario. Evidencia: Los insumos o alimentos preparados corresponden con lo señalado en el menú alimentario. Fuente: Personal de establecimiento, observación del supervisor y entrevistas a usuarios. Nota: En caso de que no exista concordancia con lo observado en el menú, verificar que se esté brindando algún equivalente nutricional (Consultar la Guía de Alimentos para la población mexicana) y se marcará como "Cumple" con su respectiva observación.		
		2.1.3 Comprobar la existencia de utensilios higiénicos adecuados para la elaboración y consumo de los alimentos. Evidencia: Observar los utensilios para la preparación de alimentos y verificar su limpieza y funcionalidad.		
		2.1.4 Comprobar el buen aspecto de los productos para la elaboración de los alimentos. Evidencia: Alimentos higiénicos en buen estado, no caducos o descompuestos. Fuente: Observación del supervisor y entrevistas a usuarios.		
		2.1.5 Comprobar la cantidad suficiente de los productos para la elaboración de los alimentos. Evidencia: Corroborar que la cantidad de alimentos y/o productos sea suficiente para el número de internos observado/reportado. Fuente: Observación del supervisor y entrevistas a usuarios.		
		2.1.6 Comprobar que los alimentos se encuentran debidamente resguardados para evitar su contaminación. Evidencia: Observar anaqueles, tarimas, entrepaños o cualquier superficie limpia para contener los alimentos y evitar su contaminación alejándolos del piso. Fuente: Observación del supervisor.		
		2.1.7 Verificar que exista un refrigerador en funcionamiento con regulador de temperatura para garantizar la conservación de los alimentos. Evidencia: Observar refrigerador en funcionamiento Fuente: Observación del supervisor.		

<b>SERVICIO DE ALIMENTACIÓN</b>	<b>Puntuación (Máx. 12 pts.)</b>	<b>0</b>
	<b>Porcentaje (Máx. 4%)</b>	<b>0%</b>



**3. ORGANIZACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO**

No.	CRITERIOS DE SUPERVISIÓN	ACTIVIDADES DEL SUPERVISOR/EVIDENCIAS	Codificación: No Cumple = 0 Cumple = 1 No Aplica =2	Observaciones
		Verificar, revisar, comprobar, visitar, observar		
3.1	Cuenta con AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y/O LICENCIA SANITARIA	3.1.1 Verificar la existencia del documento que concuerde con el domicilio del establecimiento. Evidencia: Aviso de Funcionamiento / Licencia Sanitaria.		
3.2	Cuenta con RESPONSABLE SANITARIO.	3.2.1. Verificar la existencia del documento que concuerde con el nombre y cédula del profesional de salud. Evidencia: Aviso de Responsable Sanitario.		
3.3	Cuenta con RESPONSABLE LEGAL.	3.3.1. Verificar la existencia de un documento donde haga constar el nombre del responsable legal del establecimiento. Evidencia: Acta Constitutiva. Válido si pertenece a una red. PÚBLICO no debe mostrarla.		
3.4	Cuenta con Clave Única de Organizaciones (CLUNI) o CLUES.	3.4.1 Verificar la existencia de la CLUNI que concuerde con el nombre y dirección actuales del establecimiento (establecimientos PÚBLICOS no cuentan con CLUNI, tienen una CLUES que no requieren presentar). Evidencia: Impresión de la página de la Comisión de Fomento de las Actividades de las Organizaciones de la Sociedad Civil en la cual aparezca el número de CLUNI. Válida si pertenece a una red.		
3.5	Cuenta con Registro Federal de Contribuyentes (RFC).	3.5.1 Verificar la existencia del documento que concuerde con el nombre y dirección actuales del establecimiento. Evidencia: RFC válido si pertenece a una red.		
3.6	MANUAL DE ORGANIZACIÓN	3.6.1 Verificar la existencia del manual de organización del establecimiento que contenga los siguientes elementos: a) introducción; b) objetivo; c) antecedentes históricos; d) marco jurídico o administrativo; e) misión y visión; f) organigrama; g) descripción de funciones del personal; h) anexos. Evidencia: Documento escrito que contenga obligatoriamente todos los puntos señalados anteriormente.		
3.7	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS.	3.7.1 Verificar la existencia del manual de procedimientos que contenga los siguientes elementos: a) Introducción; b) Propósito; c) Marco jurídico-Administrativo; d) Descripción del Modelo de tratamiento; e) Procedimientos: 1.Ingreso (valoración/evaluación del usuario); 2) Tratamiento (Intervención individual, grupal y/o familiar; manejo médico; estrategias y componentes por sexo y/o grupo etario); 3. Cierre y/o egreso; 4. Seguimiento. f) Materiales, cronograma de actividades y Anexos. Avalado por la CECA Evidencia: Documento escrito que contenga los puntos señalados anteriormente y cuente con el aval de la CECA.		
3.8	Cuenta con un DIRECTORIO del establecimiento.	3.8.1 Verificar la existencia de un directorio del personal encargado del establecimiento con nombre y cargo actualizados, visible al público en general. Fuente: Personal del establecimiento.		
3.9	Existe en el área de admisión un cartel con los DERECHOS de los usuarios.	3.9.1 Verificar la existencia del cartel con los derechos de los usuarios. Evidencia: Cartel, cuadro, póster, etc., colocado en un lugar visible a usuarios y familiares.		
		3.10.1 Verificar la existencia de los criterios de exclusión sobre padecimientos que no se pueden atender. Evidencia: Cartel, cuadro, póster, etc., colocado en un lugar visible al público en general. Fuente: Personal del establecimiento.		



3.10	Cuenta con los CRITERIOS DE EXCLUSIÓN sobre padecimientos que no pueden atender en lugar visible.	3.10.2 Comprobar si los criterios de exclusión del establecimiento concuerdan con lo observado al interior del establecimiento. Evidencia: Observar que en el centro no se encuentren usuarios que cumplan con algún criterio de exclusión. Fuente: Observación del supervisor, nota de ingreso, entrevista, etc.		
		3.10.3 Verificar que el establecimiento no admite usuarios con condiciones psiquiátricas primarias al consumo de sustancias. Evidencia: Durante el recorrido, en la revisión de expedientes y en las entrevistas, no se encuentran usuarios con condiciones psiquiátricas. Fuente: Observación del supervisor.		
3.11	Notifica mensualmente al SISVEA los casos atendidos.	3.11.1 Verificar la existencia de notificaciones al SISVEA enviadas y selladas/firmadas. Evidencia: Notificaciones impresas, selladas y/o firmadas de recibido de los últimos dos meses previos a la visita. Fuente: Personal del establecimiento.		
3.12	El establecimiento cuenta con lineamientos de seguridad, protección y vigilancia de los usuarios, por escrito, validados por PROTECCIÓN CIVIL.	3.12.1 Verificar la existencia de un programa interno validado por Protección Civil o Dictamen. Evidencia: Documento escrito oficializado vigente, firmado por el responsable de protección civil y con nombre y dirección del establecimiento.		
3.13	Control y erradicación contra fauna nociva.	3.13.1. Verificar la existencia de un certificado de fumigación, por empresa con registro autorizado. Evidencia: Documento vigente, no mayor a 3 meses. Fuente: Personal del establecimiento.		
		3.13.2 Verificar la existencia de un cronograma de fumigación. Evidencia: Documento. Fuente: Personal del establecimiento.		
<b>ORGANIZACIÓN</b>		<b>Puntuación (Máx. 34 pts.)</b>	<b>0</b>	
		<b>Porcentaje (Máx. 12%)</b>	<b>0%</b>	

#### 4. RECURSOS HUMANOS

##### 4.1 Personal que labora en el establecimiento:

No.	Nombre:	Puesto	Horas Semana	Observaciones
1				
2				
3				
5				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				



16				
17				
18				
19				
20				

<b>Número Total de Trabajadores</b>	<b>0</b>
-------------------------------------	----------

No.	CRITERIOS DE SUPERVISIÓN	ACTIVIDADES DEL SUPERVISOR/EVIDENCIAS	Codificación: No Cumple = 0 Cumple = 1 No Aplica =2	Observaciones
		Verificar, revisar, comprobar, visitar, observar		
4.2	El DIRECTOR de la unidad tiene capacitación en adicciones.	4.2.1 Verificar la existencia de cédula profesional y que cuente con capacitación en el tema de adicciones. Evidencia: Cédula profesional y constancias de capacitación en temas de adicciones de los últimos 3 años. Fuente: Expediente en Recursos Humanos y constancias de capacitación.		
4.3	El PERSONAL que implementa el modelo de tratamiento ha sido capacitado en adicciones.	4.3.1 Verificar que el personal profesional que brinda el modelo de intervención ha recibido capacitación en materia de adicciones. Evidencia: Documento oficial que avale estudios de tratamiento de adicciones (certificado, constancia, diploma, títulos, y/o comprobante de que en ese momento cursa algún diplomado, especialidad, maestría, doctorado). En caso de estudios terminados: historia académica, título o cédula de los mismos. Se requieren dos documentos oficiales que avalen su capacitación en los últimos tres años.		
4.4	PERSONAL SUFICIENTE para proporcionar atención a los usuarios.	4.4.1 Verificar la existencia de personal médico para llevar a cabo valoraciones médicas a los usuarios. Evidencia: Organigrama y plantilla de personal y registro de pacientes.		
		4.4.2. Verificar que el número de psicólogos es suficiente para llevar a cabo sesiones individuales, al menos una vez por semana. Tomando como criterio que el personal que labora 7 horas diarias puede atender a un máximo de 30 usuarios a la semana (6 por día).		
		4.4.3 Verificar la existencia de personal de enfermería. Evidencia: Directorio de personal, plantilla, expediente de recursos humanos y cédula profesional.		
4.5	El establecimiento cuenta con un CÓDIGO DE ÉTICA y CONDUCTA	4.4.4 Verificar la existencia de personal de trabajo social. Evidencia: Directorio de personal, plantilla, expediente de recursos humanos y cédula profesional.		
		4.5.1 Verificar la existencia de un código de ética y conducta. Evidencia: Documento escrito.		
4.6	Capacitación del personal en Protección Civil	4.6.1 Verificar que exista un responsable de protección civil que haya tomado cursos de seguridad y protección civil. Evidencia: Constancia, diploma, certificación de al menos una persona en los últimos 5 años. El responsable de protección civil deberá estar presente al momento de la visita.		
		4.6.2. Verificar documento oficial que avale la capacitación para el manejo de los extintores. Evidencia: Documento escrito oficializado, puede estar dirigido al centro o a alguno de los responsables y ser de una empresa privada.		

<b>RECURSOS HUMANOS</b>	<b>Puntuación (Máx. 17 pts.)</b>	<b>0</b>
	<b>Porcentaje (Máx. 6%)</b>	<b>0%</b>

## 5. MODELO DE TRATAMIENTO

No.	CRITERIOS DE SUPERVISIÓN	ACTIVIDADES DEL SUPERVISOR/EVIDENCIAS	Codificación: No Cumple = 0 Cumple = 1 No Aplica =2	Observaciones
		Verificar, revisar, comprobar, visitar, observar		
5.1	Descripción del MODELO DE TRATAMIENTO.	5.1.1 Verificar documento por escrito que contenga la especificación de los procedimientos de intervención terapéutica y de rehabilitación, con la explicación de cada una de las fases de tratamiento: introducción o antecedentes, ingreso y valoración integral, manejo de cada una de las áreas (p.e. médico, psicológico, enfermería, etc.), intervención grupal o familiar, cierre y/o egreso, valoración de seguimiento y cronograma diario de actividades. Evidencia: Descripción del Modelo de tratamiento en el manual de procedimientos.		
5.2	Cuenta con REGLAMENTO INTERNO.	5.2.1 Verificar la existencia del reglamento oficializado. Evidencia: Reglamento oficializado visible.		
		5.2.2 El reglamento señala: La puntualidad en las sesiones, que se evita completamente el maltrato físico entre los usuarios; que se evita el empleo de palabras altisonantes entre los usuarios; establece los horarios de visita de los familiares y según el caso, tiempo a partir del cual se permitirán dichas visitas. Evidencia: Documento escrito.		

### MODELO DE ATENCIÓN

**Puntuación (Máx. 9 pts.)**

**0**

**Porcentaje (Máx. 3%)**

**0%**

## 6. PROCESO DE ATENCIÓN

### 6.1 INGRESO

No.	CRITERIOS DE SUPERVISIÓN	ACTIVIDADES DEL SUPERVISOR/EVIDENCIAS	Codificación: No Cumple = 0 Cumple = 1 No Aplica =2	Observaciones
		Verificar, revisar, comprobar, visitar, observar		
6.1.1	Registro de ingresos.	6.1.1.1 Verificar el registro de ingresos con los siguientes puntos: fecha de ingreso, datos generales del usuario (nombre, edad, sexo), tipo de ingreso, nombre del familiar, tutor o representante legal que lo acompañó, alguna dirección y teléfono para avisos. Evidencia: Registro de ingresos físico o electrónico, con todos los puntos señalados anteriormente.		
		6.1.1.2 Comprobar que el número de usuarios internos en el centro es consistente con lo reportado en el registro de ingresos. Evidencia: Observar que el número de usuarios concuerde con el registro/bitácora de ingresos. Fuente: Observación del supervisor.		
6.1.2	Nota de ingreso	6.1.2.1. Verificar en el expediente hojas de ingreso o reingreso. El documento deberá contener los siguientes puntos: fecha y hora de elaboración, datos generales del usuario (nombre, sexo, edad), motivo de consulta, exploración física, descripción general del estado de salud, impresión diagnóstica, plan de estudio o tratamiento, datos del familiar/representante legal, nombre y firma del profesional/personal del centro. Evidencia: Documento escrito que contenga obligatoriamente todos los puntos señalados. Fuente: Expediente.		



6.1.3	Inscripción de los usuarios a un Servicio de Salud	6.1.3.1 Verificar la existencia del documento de inscripción a un Servicio de Salud (IMSS, ISSSTE, INSABI) Evidencia: Revisión de documento en expediente.		
6.1.4	INGRESO VOLUNTARIO. Carta de consentimiento informado según el caso: a) Menores de edad. b) Menores de edad en situación de abandono. c) Adultos.	6.1.4.1 Verificar al azar en 3 expedientes las solicitudes, por escrito, de los usuarios donde se hace constar el motivo de la solicitud (consentimiento informado firmado por el usuario). El documento deberá contener: título del documento, nombre del establecimiento, lugar y fecha en que se emitió, acto autorizado (autorización del servicio brindado), señalamiento de los riesgos y beneficios, nombre completo y firma del usuario, nombre completo y firma del director o responsable en turno, nombre completo y firma de dos testigos. Evidencia: Documento escrito que contenga obligatoriamente todos los puntos señalados anteriormente. Fuente: Expediente.		
		6.1.4.2 En caso de menores de edad, verificar el consentimiento por escrito de los padres, representante legal o tutor. El documento deberá contener: título del documento, nombre del establecimiento, lugar y fecha en que se emitió, acto autorizado (autorización del servicio brindado), señalamiento de los riesgos y beneficios, nombre completo y firma del padre/tutor, nombre completo y firma del director o responsable en turno, nombre completo y firma de dos testigos. Evidencia: Documento escrito que contenga obligatoriamente todos los puntos señalados anteriormente. Fuente: Expediente.		
		6.1.4.3 En caso de que el menor se encuentre en situación de abandono, verificar los avisos al Ministerio Público o a la autoridad legal competente, firmados y/o sellados de recibido. Evidencia: Documento escrito que deberá contener: nombre del establecimiento, fecha de elaboración, datos generales del usuario (nombre, edad, sexo), acto notificado, datos de la agencia del ministerio público a la que se notifica (o autoridad legal correspondiente), nombre completo y firma del responsable que realiza la notificación, hoja de lesiones.		
6.1.5	INGRESO INVOLUNTARIO.	6.1.5.1 Verificar la indicación de un médico. El documento deberá contener: lugar y fecha en la que se emitió, nombre completo del usuario, impresión diagnóstica del médico, motivo por el que se requiere la atención residencial, nombre, firma y cédula profesional del médico. Evidencia: Documento escrito que contenga obligatoriamente todos los puntos señalados. Fuente: Expediente.		
		6.1.5.2 Verificar la solicitud de ingreso involuntario firmado por el familiar responsable, tutor o representante legal. El documento deberá contener: lugar y fecha en la que se emitió, nombre completo del usuario, consentimiento del familiar para que el usuario ingrese al establecimiento, responsable, tutor o representante legal, parentesco y nombre completo y firma del responsable o encargado. Evidencia: Documento escrito que contenga obligatoriamente todos los puntos señalados. Fuente: Expediente.		



		<p>6.1.5.3 Verificar notificaciones selladas y/o firmadas del responsable del establecimiento al Ministerio Público o autoridad legal competente, en un plazo no mayor a 24 horas posteriores a la admisión. El documento deberá contener: nombre del establecimiento, fecha de elaboración, datos generales del usuario (nombre completo, edad, sexo), acto notificado, datos de la agencia del ministerio público a la que se notifica (o autoridad legal correspondiente), nombre completo y firma del médico/responsable que realiza la notificación, si fuese el caso, también deberá describirse lesiones que presente el usuario. Evidencia: Documento escrito que contenga obligatoriamente todos los puntos señalados. Fuente: Expediente.</p>		
6.1.6	INGRESO OBLIGATORIO.	<p>6.1.6.1 Verificar la solicitud de la autoridad legal competente. Evidencia: Documento escrito donde se señale la indicación del Juez o autoridad legal competente para que el usuario reciba tratamiento en adicciones. Fuente: Expediente.</p>		

**6.2 DURANTE LA VALORACIÓN EL ESTABLECIMIENTO**

No.	CRITERIOS DE SUPERVISIÓN	ACTIVIDADES DEL SUPERVISOR/EVIDENCIAS	Codificación: No Cumple = 0 Cumple = 1 No Aplica = 2	Observaciones
		Verificar, revisar, comprobar, visitar, observar		
6.2.1	Historia Clínica.	<p>6.2.1.1 Verificar en el expediente la historia clínica realizada durante las primeras 48hrs. al ingreso del usuario. El documento deberá contener: ficha de identificación, antecedentes heredo-familiares, antecedentes personales (patológicos y no patológicos), antecedentes de consumo de drogas, padecimiento(s) actual(es), interrogatorio, exploración física, resultados de estudios, tratamientos previos y resultados, diagnósticos o problemas clínicos; nombre, firma y número de cédula profesional del médico. Evidencia: Documento escrito que contenga obligatoriamente todos los puntos señalados anteriormente. Fuente: Expediente y personal del establecimiento.</p>		
6.2.2	Instrumentos de valoración	<p>6.2.2.1 Verificar que el centro aplica instrumentos para la valoración de: la historia del consumo; patrón de consumo (tipo de droga, días de consumo, frecuencia de consumo, vía de administración, etc.); evaluación del nivel de dependencia; razones de consumo del usuario; y consecuencias del consumo (individuales, familiares, sociales, etc.). Evidencia: Expediente del usuario (cuestionarios, entrevista, tamizajes, valoraciones). Fuente: Expediente.</p>		
6.2.3	Exámenes de laboratorio.	<p>6.2.3.1 Verificar en el expediente la realización de exámenes de laboratorio mínimos indispensables (biometría hemática, química sanguínea, examen general de orina, electrocardiograma y pruebas de función hepática). Evidencia: Documento escrito (mín. 3 de 5). Fuente: Expediente y personal del establecimiento.</p>		
6.2.4	Carta compromiso de CONTINUIDAD del tratamiento médico.	<p>6.2.4.1 Verificar la existencia de una carta compromiso que enuncie administrar los medicamentos en las dosis y horarios prescritos, pudiendo ser interrumpidos previa valoración médica, en el expediente clínico. Evidencia: Documento escrito. Fuente: Expediente.</p>		
6.2.5	Toda MEDICACIÓN es prescrita por un médico.	<p>6.2.5.1 Verificar, que en caso de alguna condición médica, se haya suministrado el medicamento necesario. Evidencia: Bitácoras, hojas médicas. Fuente: Expediente; Notas Médicas.</p>		



6.2.6	Formatos de Transparencia de COSTOS.	6.2.6.1 Verificar la existencia de un escrito donde se informó sobre los costos del tratamiento, firmado por el usuario y/o familiar o representante legal. Evidencia: Documento escrito. Fuente: Expediente.		
		6.2.6.2 Verificar la existencia de un control de los pagos por servicios. Evidencia: Documento escrito firmado por el usuario y/o familiar o representante legal, donde se detalle el monto pagado por los servicios recibidos. Serán válidos notas o recibos de pago, hojas de remisión, bitácora de pagos. Fuente: Expediente.		
6.2.7	Formatos de CONFIDENCIALIDAD.	6.2.7.1 Verificar que el centro implementa una carta compromiso por parte del establecimiento donde se asegure que toda información proporcionada por el familiar o el usuario se manejará bajo la Ley de Protección de Datos Personales. Evidencia: Documento escrito. Fuente: Expediente.		
		6.2.7.2 Verificar que el centro implementa una carta compromiso por parte del establecimiento donde enuncia que no se podrá llevar a cabo grabaciones de audio, video o fotografías, sin explicar su finalidad y previo consentimiento informado, firmado por el usuario y/o familiar o representante legal. Evidencia: Documento escrito. Fuente: Expediente.		
6.2.8	Notas de evolución	6.2.8.1 Verificar las notas de evolución Médica, que contengan los siguientes puntos: número de expediente, datos generales del usuario (nombre, edad, sexo), fecha y hora de elaboración, signos vitales (pulso, tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y temperatura), resumen del interrogatorio, resultado de estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico, hallazgos subjetivos, objetivos, apreciativos y plan, nombre, firma y cédula profesional del médico. Evidencia: Documento escrito que contenga obligatoriamente todos los datos. Fuente: Expediente.		
		6.2.8.2 Verificar las hojas de registros clínicos de enfermería, que contengan los siguientes puntos: número de expediente, datos generales del usuario (nombre, edad, sexo), fecha y hora de elaboración, diagnóstico de enfermería, objetivos e intervenciones de enfermería de acuerdo a los PLACE's (planes de cuidado de enfermería), nombre y firma de enfermero. Evidencia: Documento escrito que contenga obligatoriamente todos los datos y los PLACE's en el servicio. Fuente: Expediente.		
		6.2.8.3. Verificar las notas en el expediente de trabajo social que contengan los siguientes puntos: número de expediente, datos generales del usuario (nombre, edad, sexo), fecha y hora de elaboración, diagnóstico social, objetivos e intervención social. Evidencia: Documento escrito que contenga obligatoriamente todos los datos. Fuente: expediente.		
6.2.9	Notas de interconsulta (De casos que requieren servicios médicos especializados, incluyendo casos de Embarazo de Alto Riesgo).	6.2.9.1 Verificar las notas de interconsulta (en caso de que aplique) correspondientes que deberán contener los siguientes puntos: fecha y hora en que se otorga el servicio, datos generales del usuario, signos vitales, motivo de la atención, resumen del interrogatorio, exploración física y estado mental en su caso, descripción de la condición del embarazo (si es el caso) y la prescripción de medicamentos, resultados relevantes de los estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento que se hayan solicitado, diagnósticos o problemas clínicos, tratamiento y pronóstico, plan de estudios, nombre, cédula profesional y firma del profesional de la salud. Evidencia: Documento escrito con todos los datos. Fuente: Expediente.		



**6.3 PROCESO TERAPÉUTICO**

No.	CRITERIOS DE SUPERVISIÓN	ACTIVIDADES DEL SUPERVISOR/EVIDENCIAS	Codificación: No Cumple = 0 Cumple = 1 No Aplica =2	Observaciones
		Verificar, revisar, comprobar, visitar, observar		
6.3.1	Cronograma de Actividades	<p>6.3.1.1 Verificar la existencia de un cronograma diario de actividades para el usuario que contenga la especificación de las actividades diarias con un horario específico y personal responsable. Dicho cronograma establece los horarios para dormir y despertar; señala los horarios para el aseo personal. Evidencia: Cronograma impreso y visible.</p>		
		<p>6.3.1.2 Verificar que las actividades descritas en el cronograma concuerden con lo observado al momento de la visita. Evidencia: Observar si los usuarios se encuentran realizando las actividades señaladas en el cronograma. Fuente: Observación de supervisor.</p>		
6.3.2	PROGRAMA DE TRATAMIENTO para el usuario.	<p>6.3.2.1 Verificar la existencia de un plan de tratamiento psicológico. Evidencia: Plan terapéutico personalizado elaborado por el psicólogo del centro. Fuente: Expediente.</p>		
		<p>6.3.2.2 Comprobar que el centro implementa sesiones individuales y/o grupales de terapia psicológica, mínimo una vez por semana. Evidencia: Observar que en el cronograma se detallan espacios para sesiones individuales y/o grupales, corroborar información con los usuarios. Fuente: Personal del establecimiento y entrevistas a usuarios.</p>		
		<p>6.3.2.3 Verificar las notas de evolución psicológicas por usuario, que contengan los siguientes puntos: número de expediente, datos generales del usuario (nombre, edad, sexo), fecha en la que se emitió, objetivo de la sesión, resumen de la sesión, plan terapéutico y fecha de la siguiente sesión, actividades asignadas para el usuario y nombre, firma y número de cédula profesional del psicólogo. Evidencia: Documento escrito que contenga obligatoriamente los datos generales del usuario, la fecha, objetivo de la sesión, el resumen de la sesión, plan terapéutico y el nombre, firma y cédula profesional del psicólogo. Fuente: Expediente.</p>		
		<p>6.3.2.4 Verificar la aplicación de un componente para favorecer la identificación de metas y desarrollo de un plan de vida del usuario. Evidencia: notas de evolución, instrumentos o ejercicios, que se encuentren en el expediente clínico del usuario. Fuente: Expediente.</p>		
		<p>6.3.2.5 Verificar la aplicación de un componente para favorecer la recreación y el manejo del tiempo libre. Evidencia: notas de evolución, instrumentos o ejercicios, que se encuentren en el expediente clínico del usuario. Fuente: Expediente.</p>		
		<p>6.3.2.6 Verificar la aplicación de un componente para favorecer la realización de ejercicio físico. Evidencia: Verificar que en el cronograma se encuentren descritas las actividades que se realizan para fomentar el ejercicio físico y solicitar las listas de asistencia o bitácoras de las actividades. Fuente: Expediente y personal del establecimiento.</p>		



		<p>6.3.2.7 Verificar la aplicación de un componente para favorecer el manejo de la espiritualidad. Evidencia: Verificar que en el cronograma se encuentren descritas las actividades que se realizan para fomentar la espiritualidad y solicitar las listas de asistencia o bitácoras de las actividades. Fuente: Expediente y personal del establecimiento.</p>		
		<p>6.3.2.8 Verificar la aplicación de un componente para favorecer la relación de pareja. Evidencia: notas de evolución, instrumentos o ejercicios, que se encuentren en el expediente clínico del usuario. Fuente: Expediente.</p>		
		<p>6.3.2.9 Verificar la aplicación de un componente para favorecer la adquisición de habilidades para afrontar situaciones de riesgo de consumo (prevención de recaídas). Evidencia: notas de evolución, instrumentos o ejercicios, que se encuentren en el expediente clínico del usuario. Fuente: Expediente.</p>		
		<p>6.3.2.10 Verificar la aplicación de un componente para favorecer la reinserción social del usuario. Evidencia: Verificar que en el cronograma se encuentren descritas las actividades programadas como reinserción social (oficios, actividades escolares, etc.). Evidencia válida pueden ser los documentos u objetos resultado de estas actividades, acompañados del cronograma y las bitácoras o listas de asistencia de las actividades. Fuente: Expediente y personal del establecimiento.</p>		
		<p>6.3.2.11 Verificar la aplicación de un componente para favorecer la participación de la familia en el proceso de recuperación del usuario. Evidencia: notas de evolución, instrumentos o ejercicios aplicados a los familiares, descripción de las actividades en un cronograma. Las listas de asistencia sólo serán válidas acompañadas de las notas de evolución o cronogramas. Fuente: Expediente.</p>		
6.3.3	El programa de tratamiento contempla un componente para favorecer la adquisición de HABILIDADES PARA LA VIDA.	<p>6.3.3.1 Habilidades sociales: comunicación asertiva, desarrollo de vínculos con personas significativas. Evidencia: notas de evolución, instrumentos o ejercicios, que se encuentren en el expediente clínico del usuario. Fuente: Expediente.</p>		
		<p>6.3.3.2 Habilidades cognitivas: toma de decisiones, solución de problemas, pensamiento crítico. Evidencia: notas de evolución, instrumentos o ejercicios, que se encuentren en el expediente clínico del usuario. Fuente: Expediente.</p>		
		<p>6.3.3.3 Habilidades emocionales: control de ansiedad y enojo, manejo de la frustración y tristeza, etc. Evidencia: notas de evolución, instrumentos o ejercicios, que se encuentren en el expediente clínico del usuario. Fuente: Expediente</p>		
6.3.4	GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA	<p>6.3.4.1 Verificar la existencia de guías de práctica clínica de al menos: diagnóstico y tratamiento de la enfermedad obstructiva crónica, diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia hepática crónica, diagnóstico y tratamiento de varices esofágicas, diagnóstico y tratamiento de la pancreatitis aguda, diagnóstico y tratamiento de la intoxicación aguda por el alcohol etílico en el adulto en el 2º y 3er nivel de atención, diagnóstico y tratamiento de las intoxicaciones agudas por opiáceos y benzodiacepinas en los tres niveles de atención. Evidencia: Contar con todas las guías mencionadas en versión electrónica o impresa.</p>		



6.3.5	Implementación de GPC	6.3.5.1 Verificar que en el expediente existan documentos que hagan referencia al uso de las GPC. Evidencia: Notas de evolución, hojas de registros clínicos, notas médicas, etc. Que hagan referencia explícita a alguna Guía de Práctica Clínica. Fuente: Expediente		
-------	-----------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

**6.4 PROCESO DE EGRESO DEL USUARIO**

No.	CRITERIOS DE SUPERVISIÓN	ACTIVIDADES DEL SUPERVISOR/EVIDENCIAS	Codificación: No Cumple = 0 Cumple = 1 No Aplica =2	Observaciones
		Verificar, revisar, comprobar, visitar, observar		
6.4.1	Nota de egreso	6.4.1.1 Verificar la existencia de una nota de egreso que contenga los siguientes puntos: datos generales del usuario, fecha de egreso, motivo o tipo de egreso, resumen de la evolución y del estado actual del usuario, problemas clínicos pendientes, criterios de egreso, ratificación del diagnóstico final (CIE-10, DSM-V), pronóstico, indicaciones médicas, fechas de seguimientos, nombre, firma y cédula profesional de la salud. En caso de ser menores de edad, se revisa la firma de padres, tutores o representante legal. Fuente: Expediente Evidencia: Nota de egreso que contenga obligatoriamente: datos generales del usuario, fecha de egreso, motivo o tipo de egreso y nombre, firma y cargo de la persona que elabora la nota.		
6.4.2	Continuidad de Atención Ambulatoria	6.4.2.1 Verificar la existencia de la hoja de referencia debidamente requisitada a un centro ambulatorio para el seguimiento del usuario (copia), con la fecha de referencia, datos del usuario (nombre completo, edad, sexo, domicilio), motivo del envío, nombre y domicilio del establecimiento al que se deriva, nombre y domicilio del establecimiento que refiere y nombre, firma y cargo del personal que hizo la referencia. En el caso en que se lleve a cabo la atención ambulatoria en el mismo establecimiento es necesario que en la hoja de egreso se indique que la atención será en el mismo centro. Evidencia: Documento escrito que contenga obligatoriamente todos los puntos señalados anteriormente. Fuente: Personal del establecimiento.		
6.4.3	SEGUIMIENTO de casos.	6.4.3.1 Verificar la existencia de documentos y/o instrumentos que hagan constar el seguimiento y valoración del caso en un período de un año (se sugiere que se haga al mes, tres, seis y doce meses), una vez finalizado el tratamiento. Evidencia: Entrevistas, notas de evolución, reportes, bitácoras de seguimiento en el expediente clínico. Fuente: Personal del establecimiento.		

**6.5 REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA**

No.	CRITERIOS DE SUPERVISIÓN	ACTIVIDADES DEL SUPERVISOR/EVIDENCIAS	Codificación: No Cumple = 0 Cumple = 1 No Aplica =2	Observaciones
		Verificar, revisar, comprobar, visitar, observar		
6.5.1	DIRECTORIO de instituciones y servicios de salud para la referencia en casos de urgencia.	6.5.1.1 Verificar la existencia del documento y que éste se encuentre actualizado. Evidencia: Directorio vigente del último año (impreso o electrónico) validado por la CECA.		
		6.5.2.1 Verificar la existencia de una guía operativa de referencia y contrarreferencia a otros establecimientos, de acuerdo a la complejidad y cuadro clínico. Evidencia: Documento escrito o electrónico.		



6.5.2	Proceso de REFERENCIA y CONTRAREFERENCIA	<p>6.5.2.2 Verificar la existencia de una hoja de referencia debidamente requisitada a cualquier otro servicio de atención médica (copia), que contenga como mínimo: fecha de referencia, datos del usuario (nombre completo, edad, sexo, domicilio), motivo del envío, diagnóstico, nombre y domicilio del establecimiento al que se refiere, nombre y domicilio del centro que refiere, nombre, firma y cargo del personal que realizó la referencia.</p> <p>Evidencia: Documento escrito que contenga obligatoriamente todos los puntos señalados anteriormente.</p>		
		<p>6.5.2.3 Verificar la existencia de un registro y control de referencias que contenga los siguientes puntos: fecha de referencia, datos del usuario (nombre completo, edad, sexo, domicilio), motivo del envío, diagnóstico, nombre y domicilio del establecimiento al que se refiere, nombre y domicilio del centro que refiere, nombre, firma y cargo del personal que realizó la referencia.</p> <p>Evidencia: Registro físico o electrónico que contenga obligatoriamente la fecha en que se realizó la referencia, los datos del usuario, motivo del envío, los datos del establecimiento al que se refiere y el nombre, firma y cargo de la persona que realizó la referencia. En caso de ser electrónico omitir la firma.</p>		
		<p>6.5.2.4 Verificar que el establecimiento realiza un seguimiento de los usuarios referidos.</p> <p>Evidencia: Registro/ bitácora donde se constate que se realizó un seguimiento de los usuarios referidos (vía telefónica, correo electrónico, presencial, etc.).</p>		
		<p>6.5.2.5 Verificar que el establecimiento realiza referencia de usuarios con dependencia a opiáceos a clínica de metadona para tratamiento integral.</p> <p>Evidencia: Registro físico o electrónico que contenga obligatoriamente la referencia a clínica de metadona, que incluya la fecha en que se realizó la referencia, los datos del usuario, motivo del envío, los datos del establecimiento al que se refiere y el nombre, firma y cargo de la persona que realizó la referencia. En caso de ser electrónico omitir la firma.</p>		
		<p>6.5.2.6 Verificar que el establecimiento realiza vinculación de usuarios con dependencia a opiáceos con organizaciones de la sociedad civil para intercambio de jeringas.</p> <p>Evidencia: Carta de presentación y/o intención de las organizaciones de la Sociedad Civil dirigida al establecimiento.</p>		

PROCESO DE ATENCIÓN	<b>Puntuación</b> (Máx. 108 pts.)	<b>0</b>
	<b>Porcentaje</b> (Máx. 37%)	<b>0%</b>



**7. SATISFACCIÓN DEL USUARIO**

No.	CRITERIOS DE SUPERVISIÓN	ACTIVIDADES DEL SUPERVISOR/EVIDENCIAS	Codificación: No Cumple = 0 Cumple = 1 No Aplica =2	Observaciones
		Verificar, revisar, comprobar, visitar, observar		
7.1	Proporciona un SERVICIO DE QUEJAS Y SUGERENCIAS para usuarios y familiares.	7.1.1 Verificar la existencia de un buzón de quejas y sugerencias para usuarios y familiares en un lugar visible. Evidencia: Buzón de quejas. Fuente: Observación del supervisor.		
		7.1.2 Verificar la existencia de un sistema de control y seguimiento a las quejas y sugerencias, que se lleve a cabo por una institución/sociedad civil/dependencia externa al centro y se levantará un acta. Evidencia: El centro hace constar que cuenta con una instancia específica encargada de registrar y dar seguimiento a las quejas y sugerencias. Fuente: Bitácora de seguimiento de quejas firmada por la dependencia externa al centro y/o Acta de apertura del buzón.		

<b>SATISFACCIÓN</b>	<b>Puntuación (Máx.4 pts.)</b>	<b>0</b>
	<b>Porcentaje (Máx. 1%)</b>	<b>0%</b>

**CONCENTRADO DE LAS ÁREAS**

No.	Área	Porcentajes	
		Máximo	Obtenido
1	Infraestructura	37%	0%
2	Servicio de Alimentación	4%	0%
3	Organización del Establecimiento	12%	0%
4	Recursos Humanos	6%	0%
5	Modelo de Atención	3%	0%
6	Proceso de la Atención	37%	0%
7	Satisfacción del Usuario	1%	0%
<b>Total</b>		<b>100%</b>	<b>0%</b>