

**CÉDULA DE SUPERVISIÓN PARA ESTABLECIMIENTOS RESIDENCIALES CON MODELO DE AYUDA MUTUA
2024 V 4.1**

Visita: _____ ID: _____
 Entidad: _____
 Número de Reconocimiento CONASAMA: _____ 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 Obligatorio
 II.3 Tipo de población que atiende: _____
 II.4 Categorías por edad: 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 Tipo de adicción que atiende: Alcohol Cocaína Inhalantes Marihuana Metanfetamina Opiáceos Tabaco Otras Drogas
 Adicción a otras drogas ¿Cuáles? _____
 II.9 El establecimiento deriva a los pacientes en condiciones de urgencia : _____ ¿Cuáles? _____
 II.10 El establecimiento brinda servicios de sustitución de opiáceos: _____
 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:
Hombres	Adultos		
	Adultos mayores		
		0	0
Mujeres	Adultas		
	Adultas mayores		
		0	0
TOTAL:		0	0

- II.14 El establecimiento lleva a cabo seguimientos de los usuarios : telefónico presencial correo Electrónico por referencia de terceros
 Otro ¿Cuál?
- II.14.1 Tipo de seguimiento de los Usuarios: telefónico presencial correo Electrónico por referencia de terceros
 Otro ¿Cuál?
- II.14.2 Periodos de seguimiento de casos: 1 Mes los tres meses los seis meses los nueve meses los 12 meses 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 del establecimiento (distribución del espacio físico interno).	1.1.1 Verificar la existencia del plano arquitectónico o croquis de ingreso que concuerde con la distribución actual del establecimiento. Debe incluir distribución de extintores y señalizaciones. Evidencia: Plano arquitectónico (impreso y visible) 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 personas usuarias y familiares. Evidencia: El área deberá utilizarse para las labores de recepción e información a personas usuarias. Fuente: Observación del supervisor/a.		
		1.2.2 Verificar la existencia de baños para personas usuarias y familiares. Evidencia: Baño en recepción. Fuente: Observación del supervisor/a.		
1.3	ÁREA para CONSEJERÍA INDIVIDUAL.	1.3.1 Verificar la existencia de un área EXCLUSIVA para consejería individual. Evidencia: El área deberá ser utilizada para labores de consejería o psicoterapia individual garantizando la confidencialidad evitando en su totalidad el uso de audio o videograbación. Fuente: Observación del supervisor/a		
1.4	ÁREA para CONSEJERÍA GRUPAL.	1.4.1 Verificar la existencia de un área para consejería grupal y/o familiar. Evidencia: El área deberá ser utilizada para sesiones grupales. En algunos establecimientos en donde aplique. Podrá ser el área de usos múltiples sin que afecte su operación. Fuente: Observación del supervisor/a.		
1.5	Espacio físico para GUARDA DE EXPEDIENTES clínicos.	1.5.1 Verificar la existencia de un espacio físico para guardar los expedientes clínicos de las personas usuarias, 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/a.		
1.6	DORMITORIOS.	1.6.1 Verificar un área EXCLUSIVA para que las personas usuarias duerman. Evidencia: Área de dormitorio(s) exclusiva. Fuente: Observación del supervisor/a.		
		1.6.2 Verificar que en los dormitorios existan las SEÑALIZACIONES adecuadas para su identificación. Evidencia: Señalizaciones claramente colocadas. Fuente: Observación del supervisor/a.		
		1.6.3 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/a		
		1.6.4 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/a.		
		1.6.5 Verificar que el espacio entre las camas tenga un mínimo de 60 cm a 1 mt. de separación a su alrededor (a excepción de las que estén pegadas a la pared). En caso de contar con literas/trieleras el espacio de la altura entre camas debe de dar oportunidad de sentarse libremente a las personas y deberá contar con escaleras y barandal. Evidencia: Espacio mínimo de 60 cm. Fuente: Observación del supervisor/a.		
		1.6.6 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/a.		
		1.7.1 Verificar que en los sanitarios existan las SEÑALIZACIONES adecuadas para su identificación. Evidencia: Señalizaciones claramente colocadas. Fuente: Observación del supervisor/a.		

1.7	SANITARIOS.	1.7.2 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/a.		
		1.7.3 Verificar que los sanitarios sean SUFICIENTES para hombres y/o mujeres. Evidencia: Un sanitario por cada 8 personas. Fuente: Observación del supervisor/a.		
1.8	REGADERAS	1.8.1 Verificar que en las regaderas existan las SEÑALIZACIONES adecuadas para su identificación. Evidencia: Señalizaciones claramente colocadas. Fuente: Observación del supervisor/a.		
		1.8.2 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/a.		
		1.8.3 Verificar que las regaderas sean SUFICIENTES para hombres y/o mujeres. Evidencia: Una regadera por cada 8 personas. Fuente: Observación del supervisor/a.		
1.9	TINACO Y/O CISTERNA	1.9.1 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/a.		
1.10	Área de COCINA.	1.10.1 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/a.		
1.11	Área de COMEDOR	1.11.1 Verificar la existencia de un área de comedor. Evidencia: El área deberá ser utilizada para servir y consumir los alimentos. Fuente: Observación del supervisor/a.		
1.12	Área de ACTIVIDADES RECREATIVAS.	1.12.1 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/a.		
1.13	ÁREA DE RESGUARDO Y CONTROL DE MEDICAMENTOS con acceso restringido a las personas usuarias	1.13.1 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 las personas usuarias tales como: candados, seguros o cerrojos. Fuente: Observación del supervisor/a.		
		1.13.2 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/a.		
1.14	EXTINTORES para casos de emergencia.	1.14.1 Verificar la existencia de extintores con fecha de caducidad vigente. Evidencia: Extintores vigentes. Fuente: Observación del supervisor/a.		
		1.14.2 Verificar que el número de extintores corresponda con la amplitud de las instalaciones. Evidencia: Un extintor por cada 300m2 de superficie o fracción, a 1.5m de altura desde el nivel del piso. Fuente: Observación del supervisor/a.		
1.15	SEÑALIZACIONES de seguridad.	1.15.1 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/a.		
		1.15.2 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/a.		
		1.15.3 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/a.		

1.16	BOTIQUÍN de primeros auxilios.	1.16.1 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, abate lenguas, 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/a.		
1.17	Señalización de Espacio Libre de Humo de Tabaco.	1.17.1 Observar la existencia de la señalización con la leyenda: "Espacio 100% libre de tabaco y emisiones" Evidencia: Señalética ubicada donde sea visible para cualquier persona que ingrese al establecimiento Fuente: Observación del Supervisor/a		
		1.17.2 Observar la existencia de señalizaciones o letreros con la prohibición de fumar y la leyenda "Espacio 100% libre de tabaco y emisiones", al interior del establecimiento Evidencia: Señaléticas y/o letreros al interior del establecimiento (la cantidad de señalizaciones deben ser de acuerdo al espacio y en consideración a la visibilidad de los mismos) Fuente: Observación del supervisor/a.		
		1.17.3 Durante el recorrido al establecimiento, deben de existir letreros que indiquen el número 800-966-3863 (NO FUME) o 800-911-2000 Para Denuncias en caso de incumplimiento de la Ley General para el Control del Tabaco y su Reglamento. Evidencia: Señalética o letreros con los números para denuncias (la cantidad de señalizaciones deben ser de acuerdo al espacio y en consideración a la visibilidad de los mismos). Fuente: Observación del Supervisor/a.		

CONDICIÓN FÍSICA DEL ESTABLECIMIENTO

No.	AREA	Funcionalidad/ integral	Limpieza	Ventilación	Libre de fauna	TOTAL	Observaciones
1.18	Recepción					0.0	
1.19	Espacio de medicamentos					0.0	
1.2	Área de consejería/terapia Individual					0.0	
1.21	Área de terapia grupal					0.0	
1.22	Dormitorios					0.0	
1.23	Cobijas y colchones de dormitorios					0.0	
1.24	Comedor					0.0	
1.25	Cocina					0.0	
1.26	Área de actividades recreativas					0.0	
1.27	Sanitarios					0.0	
1.28	Regaderas					0.0	
PROMEDIO		#iDIV/0!	#iDIV/0!	#iDIV/0!	#iDIV/0!		

INFRAESTRUCTURA	Puntuación (Máx. 88 pts.)	0
	Porcentaje (Máx. 35%)	0%

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 las personas usuarias 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 con el estado de salud de las personas usuarias. Evidencia: Ver los menús firmados y avalados por un profesional en nutrición, nombre, firma y cédula profesional.		
		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 y observación del supervisor/a. 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/a.		
		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/a		
		2.1.6 Comprobar que los alimentos se encuentran debidamente resguardados para evitar su contaminación. En caso de que el servicio de alimentación sea otorgado por una institución u organización o un servicio subrogado, se solicitará contrato de prestación del mismo. Evidencia: Observar anaqueles, tarimas, entrepaños o cualquier superficie limpia para contener los alimentos y evitar su contaminación alejándolos del piso, alimentos en buen estado o contrato de prestación de servicios. Fuente: Observación del supervisor/a.		
		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/a.		

SERVICIO DE ALIMENTACIÓN
Puntuación (Máx. 12 pts.)
0
Porcentaje (Máx. 5%)
0%

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.		
3.2	Cuenta con RESPONSABLE LEGAL.	3.2.1. 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.		
3.3	Clave Única de Organizaciones (CLUNI) o CLUES.	3.3.1 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.		
3.4	Cuenta con Registro Federal de Contribuyentes (RFC).	3.4.1 Verificar la existencia del documento que concuerde con el nombre y dirección actuales del establecimiento. Evidencia: RFC válido si pertenece a una red.		

3.5	MANUAL DE ORGANIZACIÓN	3.5.1 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 y actualizado, esto en función de cualquier modificación a su estructura, sus funciones y/o estatutos de su reglamento interno del establecimiento.		
3.6	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS.	3.6.1 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. Pre ingreso; 2. Ingreso ; 3. Evaluación; 4. Tratamiento (Intervención individual, grupal y/o familiar; manejo médico; estrategias y componentes por sexo y/o grupo etario); 5. Cierre y/o egreso; 6. Referencia y 7. 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. (Deberá ser sujeto a actualizaciones periódicas en función a cualquier modificación a alguno de los procedimientos o de ciertos estatutos del reglamento interno).		
3.7	Cuenta con un DIRECTORIO del establecimiento.	3.7.1 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.		
3.8	Existe en el área de admisión un cartel con los DERECHOS de las personas usuarias.	3.8.1 Verificar la existencia del cartel con los derechos de las personas usuarias. Evidencia: Cartel, cuadro, póster, etc., colocado en un lugar visible a las personas usuarias y familiares.		
3.9	Cuenta con REGLAMENTO INTERNO.	3.9.1 Verificar la existencia de un documento oficializado que establezca la puntualidad de la persona usuaria a sus sesiones; que se evita completamente el maltrato físico entre y hacia las personas usuarias; señala que se evita el empleo de palabras altisonantes entre y hacia las personas usuarias; establece los horarios de visita de los familiares. Evidencia: Documento escrito. Fuente: Expediente, lugar visible, personal del establecimiento.		
3.10	Cuenta con los CRITERIOS DE REFERENCIA sobre padecimientos que no pueden atender en lugar visible.	3.10.1 Verificar la existencia de los criterios de DERIVACIÓN 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. 3.10.2 Verificar que el establecimiento no admite personas con condiciones psiquiátricas primarias al consumo de sustancias. Evidencia: Durante el recorrido, en la revisión de expedientes (referencias) y en las entrevistas, no se encuentran personas con condiciones psiquiátricas. Fuente: Observación del supervisor/a.		
3.11	Cuenta con los CRITERIOS DE INCLUSIÓN sobre padecimientos que se pueden atender en lugar visible.	3.11.1 Comprobar si los criterios de inclusión del establecimiento concuerdan con lo observado al interior del establecimiento. Evidencia: Observar que en el centro sólo se encuentren personas usuarias que cumplan con algún criterio de inclusión. Fuente: Observación del supervisor/a, nota de ingreso, etc.		
3.12	Notifica mensualmente al SISVEA los casos atendidos.	3.12.1 Verificar la existencia de notificaciones al SISVEA enviadas y selladas/ firmadas Evidencia: Notificaciones impresas y/o electrónicas selladas y/o firmadas de recibido de los últimos dos meses previos a la visita. Fuente: Documento impreso		
3.13	Lineamientos de seguridad, protección y vigilancia de las personas usuarias, por escrito, validados por PROTECCIÓN CIVIL.	3.13.1 Verificar la existencia de un programa interno validado por Protección Civil o Dictamen. Evidencia: Documento escrito oficializado vigente (de uno a dos años), firmado por el responsable de protección civil y con nombre y dirección del establecimiento.		
3.14	Control y erradicación contra fauna nociva.	3.14.1. 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. 3.14.2 Verificar la existencia de un cronograma de fumigación. Evidencia: Documento. Fuente: Personal del establecimiento.		

ORGANIZACIÓN	Puntuación (Máx. 33 pts.)	0
	Porcentaje (Máx. 13%)	0%

4. RECURSOS HUMANOS

4.1 Personal que labora en el establecimiento:

No.	Nombre:	Puesto	Horas Semana	Certificado de Competencia Laboral* (Sí o No)	Observaciones
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

*En caso de que el Consejero esté certificado en el PROCER, verificar el Certificado de Competencia Laboral en el Estándar de Competencias EC0548.

Número Total de Trabajadores

0

Número de Certificados

0

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	Si el RESPONSABLE del establecimiento presenta un trastorno por adicción, y está en proceso de recuperación, demostrar dos años como mínimo de ABSTINENCIA en el consumo de sustancias psicoactivas.	4.2.1 Verificar la existencia de pruebas negativas de detección de metabolitos en orina o saliva, que avale la abstinencia de al menos 2 años y serán a través de pruebas de 5 elementos cada 6 meses. Evidencia: Pruebas de laboratorio o de alguna institución perteneciente a la Secretaría de Salud de 5 elementos de al menos de 6 meses en los últimos 2 años.		
4.3	PERSONAL DE CONSEJERÍA / APADRINAMIENTO / AMADRINAMIENTO tenga dos años como mínimo de ABSTINENCIA en el consumo de sustancias psicoactivas.	4.3.1 Verificar la existencia de pruebas negativas de detección de metabolitos en orina o saliva, que avale la abstinencia de al menos 2 años y serán a través de pruebas de 5 elementos cada 6 meses, en aquellos consejeros que brindan atención a personas usuarias. Evidencia: Pruebas de laboratorio o de 5 elementos de al menos 6 meses en los últimos 2 años y directorio o plantilla de personal que labora en el centro.		
4.4	El PERSONAL que implementa el modelo de tratamiento ha recibido CAPACITACIÓN.	4.4.1 Verificar que los consejeros/padrinos que brindan el modelo de intervención han recibido capacitación en materia de adicciones. Evidencia: Documento oficial (certificado, constancia y/o diploma que sea emitida por alguna institución de salud, Comisión Estatal contra las Adicciones (CECA), universidad, Instituto) que avale estudios de: consejería en adicciones, cursos básicos en adicciones. 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 3 años.		
		4.4.2 Verificar la existencia de al menos un consejero/a en adicciones certificado en el "Estándar de Competencias ECO548 Consejería en Adicciones" Evidencia: certificado oficial expedido por CONASAMA. NO APLICA Fuente: Personal del establecimiento.	2	Este reactivo no será considerado dentro de la presente supervisión, ni contará en el puntaje final obtenido
4.5	El PERSONAL médico es SUFICIENTE para proporcionar atención a las personas usuarias.	4.5.1 Verificar la existencia de personal médico para llevar a cabo valoraciones médicas a personas usuarias. Evidencia: Organigrama, plantilla de personal, registro de pacientes y verificar el horario laboral en el aviso de funcionamiento.		
4.6	El PERSONAL de consejería es SUFICIENTE para proporcionar atención a las personas usuarias.	4.6.1 Verificar el número de personal de consejería para atender a cada persona usuaria de forma individual una vez por semana con una duración mínima de 45 minutos; para lo cual debe de haber el personal suficiente y exclusivo para esta actividad y atender la totalidad de la capacidad instalada (número de camas). Ejemplo: Si existen 40 camas instaladas deberá haber un consejero que esté 40 hrs a la semana o 2 consejeros que laboren 20 horas cada uno. Evidencia: Organigrama, cronograma de actividades y notas de consejería semanales en expediente clínico. Fuente: Expediente.		
4.7	Existe un código de ética y conducta de los consejeros y padrinos que laboran en el establecimiento.	4.7.1 Verificar la existencia del código de ética y conducta para los consejeros/as y padrinos/madrinas que laboran en el establecimiento. Evidencia: Tríptico, cuadro, póster, etc., colocado en un lugar visible a personas usuarias y familiares. Corroborar su conocimiento con el personal de consejería o padrinos. Fuente: Observación del supervisor/a		
4.8	El establecimiento cuenta con PERSONAL CAPACITADO para atender casos de EMERGENCIA	4.8.1 Verificar que al menos una persona, que labore en el establecimiento, se encuentre capacitada en primeros auxilios (la persona capacitada deberá estar de planta en el establecimiento, de lo contrario se deberá contar con las personas capacitadas suficientes para cubrir todos los turnos). Evidencia: Constancia, diploma, certificación. Fuente: Personal del establecimiento.		
		4.8.2 Verificar que la persona capacitada en primeros auxilios se encuentre en el establecimiento al momento de la visita. Evidencia: Observar si en el centro se encuentra la persona capacitada en primeros auxilios. Fuente: Observación del supervisor/a/a.		
4.9	Capacitación del personal en Protección	4.9.1 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 el último año. El responsable de protección civil deberá estar presente al momento de la visita. Fuente: Personal del establecimiento.		

7.2	Civil	4.9.2 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. El responsable de manejo de extintores deberá de estar presente al momento de la visita y puede ser más de uno. Fuente: Personal del establecimiento.		
-----	-------	--	--	--

RECURSOS HUMANOS	Puntuación (Máx.23 pts.)	1
	Porcentaje (Máx.9%)	0%

5. PROCESO DE LA ATENCIÓN

5.1 PRE INGRESO

No.	CRITERIOS DE SUPERVISIÓN	ACTIVIDADES DEL SUPERVISOR/EVIDENCIAS	Codificación: No Cumple = 0 Cumple = 1 No Aplica = 2	Observaciones
		Verificar, revisar, comprobar, visitar, observar		
5.1.1	Entrevista Inicial	5.1.1.1 Verificar la elaboración de la entrevista inicial que incluya: a) datos generales; b) consumo de sustancias; c) disposición al cambio; d) familia; e) tiempo libre; f) salud mental; y g) salud física Evidencia: documento escrito con todos los puntos anteriores con nombre y firma de quien aplico la entrevista (profesional de la salud o personal de consejería) Fuente: Expediente		
	Instrumento de tamizaje	5.1.1.2 Verificar la aplicación del instrumento de tamizaje llamado ASSIST, para valorar el nivel de riesgo de consumo de sustancias psicoactivas de la persona usuaria Evidencia: Instrumento de evaluación aplicado y calificado con fecha de aplicación, número de expediente, nombre, firma y cargo de quien aplicó. Fuente: Expediente		
	Instrumentos indicadores para trastorno dual	5.1.1.3 Verificar la aplicación del Inventario de Síntomas de Ansiedad de Beck Evidencia: Instrumento de evaluación aplicado y calificado que incluya nombre de la persona, fecha, nombre y firma de quien lo aplicó, cargo, puntaje obtenido y nivel de ansiedad. Fuente: expediente		
		5.1.1.4 Verificar la aplicación del Inventario de Síntomas de Depresión de Beck Evidencia: Instrumento de evaluación aplicado y calificado que incluya nombre de la persona, fecha, nombre y firma de quien lo aplicó, cargo, puntaje obtenido y nivel de depresión. Fuente: expediente		
		5.1.1.5 Verificar la aplicación del Instrumento de Psicosis SCL-90R Evidencia: Instrumento de evaluación aplicado y calificado que incluya nombre de la persona, fecha, número de expediente, nombre y firma de quien lo aplicó, cargo, nivel de molestia Fuente: expediente		
	Reporte Individual de Valoración	5.1.1.6 Verificar la elaboración de reporte individual de valoración Evidencia: Reporte de valoración individual que contenga: nombre de la persona usuaria, sexo, estado civil, número de expediente, edad, escolaridad, motivo de consulta, resultados de los instrumentos de la valoración, nombre, cargo y firma de quien elaboró. Fuente: expediente		
	Hoja de derivación (Si aplica)	5.1.1.7 Verificar la existencia de una Hoja de derivación 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 deriva, nombre y domicilio del centro que deriva, nombre, firma y cargo del personal que realizó la derivación. Evidencia: Documento escrito que contenga obligatoriamente todos los puntos señalados anteriormente.		

5.2 INGRESO

No.	CRITERIOS DE SUPERVISIÓN	ACTIVIDADES DEL SUPERVISOR/EVIDENCIAS	Codificación: No Cumple = 0 Cumple = 1 No Aplica =2	Observaciones
		Verificar, revisar, comprobar, visitar, observar		
5.2.1	REGISTRO DE INGRESOS.	<p>5.2.1.1 Verificar el registro de ingresos con los siguientes puntos: fecha de ingreso, datos generales de la persona usuaria (nombre, edad, sexo), tipo de ingreso, nombre del familiar, tutor o representante legal que lo acompañó, alguna dirección, teléfono para avisos y fecha de egreso (en caso de que aplique). Evidencia: Registro de ingresos físico o electrónico, con todos los puntos señalados anteriormente.</p>		
		<p>5.2.1.2 Comprobar que el número de personas internas en el centro es consistente con lo reportado en el registro de ingresos. Evidencia: Observar que el número de personas concuerde con el registro/bitácora de ingresos. Fuente: Observación del supervisor/a.</p>		
5.2.2	Revisión física	<p>5.2.2.1 Comprobar que al ingreso de la persona se realiza una revisión física de éste por personal del establecimiento, del mismo sexo, en presencia de un testigo para detectar golpes o heridas. Evidencia: Nota de la revisión física con la fecha, nombre, edad, sexo y condiciones físicas generales del usuario, nombre y firma del personal que realiza la revisión y nombre y firma del testigo. Fuente: Expediente.</p>		
5.2.3	HOJA DE INGRESO	<p>5.2.3.1 Verificar en el expediente hojas de ingreso o reingreso. El documento deberá contener: fecha y hora, número de expediente, datos generales de la persona (nombre, sexo, edad), datos del familiar o representante legal, criterios de inclusión al tratamiento, nombre de quien entrevista, cargo, nombre y firma de la persona, nombre y firma del familiar o representante legal, nombre y firma del director/a Evidencia: Documento escrito que contenga obligatoriamente todos los puntos señalados. Fuente: Expediente</p>		
5.2.4	Inscripción de las personas usuarias a un Servicio de Salud	<p>5.2.4.1 Verificar la existencia del documento de inscripción a un Servicio de Salud (IMSS, ISSSTE) o bien carta de No Derechohabiente (para atención en el IMSS BIENESTAR) o CURP impresa. Evidencia: Revisión de documento en expediente. Fuente: Expediente Nota: para el caso de personas migrantes solo basta una identificación</p>		
5.2.5	Consentimiento Informado adultos/as	<p>5.2.5.1 Verificar al azar en 5 expedientes las solicitudes, por escrito, de las personas mayores de 18 años donde se hace constar el motivo de la solicitud (consentimiento informado firmado). 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 de la persona, 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.</p>		
	Ingreso estrictamente voluntario	<p>5.2.6.1 Verificar que el ingreso y permanencia en el establecimiento sea estrictamente voluntario Evidencia: El establecimiento atiende únicamente ingresos voluntarios. Fuente: Expediente y personal del establecimiento.</p>		
5.2.7	Ingreso Obligatorio	<p>5.2.7.1 Verificar la solicitud de la autoridad legal competente. Evidencia: Documento escrito donde se señale la indicación del juez o autoridad legal competente para que la persona reciba tratamiento en adicciones. Si no se cuenta con reconocimiento previo de CONASAMA será "No Cumple" y si cuenta con reconocimiento previo y cuenta con ingresos obligatorios "Cumple", y si fue reconocido y no cuenta con ingresos obligatorios "No aplica". Fuente: Expediente y personal del establecimiento</p>		
		<p>5.2.8.1 Verificar la existencia de un párrafo / oración contenido en el consentimiento informado donde se especifique que previo al ingreso existe una condición de salud que requiere la continuidad de tratamiento médico que será suministrada en las dosis, horarios y duración indicada. Evidencia: Párrafo escrito en el consentimiento informado Fuente: Expediente.</p>		

5.2.8	Elementos del Consentimiento Informado: a) Compromiso de continuidad de tratamiento médico b) Confidencialidad y protección de datos personales c) Restricción de videograbación, fotografías sin consentimiento.	5.2.8.2 Verificar que en el consentimiento informado se incluya un párrafo donde se asegure que toda información proporcionada por el familiar o la persona se manejará bajo la Ley de Protección de Datos Personales o la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de los particulares. Evidencia: Documento escrito. Fuente: Expediente.		
		5.2.8.3 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 la persona y/o familiar o representante legal. Evidencia: Documento escrito. Fuente: Expediente		
5.2.9	Formatos de transparencia de COSTOS	5.2.9.1 Verificar la existencia de un documento escrito donde se informó sobre los costos del tratamiento, y se estipule que queda prohibido que el establecimiento residencial de atención médica, retenga o pretenda retener a cualquier persona o cadáver para garantizar el pago de la atención médica prestada o cualquier otra obligación, firmado por la persona y/o familiar o representante legal. Puede ser convenio o contrato Evidencia: Documento escrito Fuente: Expediente.		
		5.2.9.2 Verificar la existencia de un control de los pagos por servicios. Evidencia: Documento escrito firmado por la persona 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.		

5.3 DURANTE LA EVALUACIÓN 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		
5.3.1	Valoración Médica	5.3.1.1 Comprobar que el establecimiento lleva a cabo valoraciones médicas del usuario no mayor a 48 horas después del ingreso al establecimiento. Evidencia: Notas médicas con la fecha de realización, datos generales del usuario y descripción de su estado de salud, nombre, firma y cédula profesional del médico. Fuente: Expediente y registro de ingresos.		
5.3.2	Cuestionario de Satisfacción de vida	5.3.2.1 Verificar que el centro aplica el cuestionario de satisfacción de vida. Evidencia: Documento que contenga: Nombre de la persona consultante, fecha, número de expediente, 12 áreas de vida, nombre, firma y cargo de la persona que aplica la prueba. Fuente: Expediente		
5.3.3	Toda MEDICACIÓN es prescrita por un médico.	5.3.3.1 Verificar que, en caso de alguna condición médica, se haya suministrado el medicamento necesario. Evidencia: Bitácoras, hojas médicas, original o copia de la receta médica. Fuente: Expediente		
5.3.4	Bitácora de ministración de medicamentos	5.3.4.1 Verificar la existencia y el llenado de la bitácora de ministración de medicamentos en la que se especifique la fecha y hora del medicamento indicado, dosis y presentación, nombre de la persona, número de expediente, nombre y firma de quien ministra, y nombre y firma y/o huella de la persona usuaria Evidencia: Bitácora de ministración Fuente: Bitácora y observación del supervisor/a.		

5.4 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		
5.4.1	Cronograma de Actividades	<p>5.4.1.1 Verificar la existencia de un cronograma diario de actividades para la persona usuaria que contenga la especificación de las actividades diarias con un horario específico y personal responsable de la actividad. Dicho cronograma señala: los horarios para dormir y despertar, horarios para la alimentación, terapia individual (si es el caso), consejería individual, actividades recreativas, horario para aseo personal, visitas familiares y/o sesiones familiares, entre otros. Evidencia: Cronograma impreso y visible. Éste se puede dividir en dos, uno para las actividades individuales y grupales o se puede integrar en uno sólo. Fuente: Personal del establecimiento.</p>		
		<p>5.4.1.2 Verificar que las actividades descritas en el cronograma concuerden con lo observado en la visita. Evidencia: Observar si las personas usuarias se encuentran realizando las actividades señaladas en el cronograma. Fuente: Observación de supervisor/a.</p>		
5.4.2	Solicitud de interconsulta y Notas de interconsulta (de casos que requieren servicios médicos especializados, incluyendo casos de Embarazo de Alto Riesgo).	<p>5.4.2.1 Verificar que el centro realice solicitudes de interconsulta cuando se requiera la atención de otro profesional. Evidencia: Documento escrito que contenga los siguientes elementos: nombre del establecimiento, ciudad, qué servicio refiere y a qué servicio se solicita, número de expediente, fecha, hora, nombre del paciente, resumen clínico, motivo de interconsulta, nombre, firma y cédula del médico solicitante. Fuente: Expediente</p>		
		<p>5.4.2.2 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 de la persona, 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.</p>		
		<p>5.4.3.1 Comprobar que el centro implementa sesiones individuales y grupales de consejería y/o apadrinamiento, mínimo una vez por semana. Evidencia: Observar que en el cronograma se detallen espacios para sesiones individuales/grupales y notas de evolución de consejería en expediente. Fuente: Personal del establecimiento.</p>		
		<p>5.4.3.2 Verificar la existencia de un plan de consejería y/o apadrinamiento con base en las necesidades de cada persona. Evidencia: Plan de consejería que incluya: datos de identificación de la persona, resultados de la valoración realizada, metas y objetivos de la consejería en adicciones, acciones específicas, nombre y firma del consejero/a, nombre y firma de la persona, nombre y firma del director/a o responsable del establecimiento.</p>		
		<p>5.4.3.3 Verificar las notas de evolución de la consejería y/o apadrinamiento, que contengan los siguientes puntos: datos generales de la persona, fecha en la que se emitió, aspectos que se trabajaron en la sesión, aspectos que se esperan trabajar en la próxima sesión, tareas asignadas, fecha de la siguiente sesión, nombre y firma del consejero (a)/padrino/madrina. Evidencia: Documento escrito que contenga obligatoriamente todos los datos señalados. Fuente: Expediente.</p>		
		<p>5.4.3.4 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>		

5.4.3	El establecimiento realiza un PLAN DE CONSEJERÍA O APADRINAMIENTO	<p>5.4.3.5 Verificar la aplicación de un componente para favorecer la elaboración del proyecto de vida de la persona. Evidencia: notas de evolución que contenga: datos generales, fecha en la que se emitió, metas a corto/mediano/largo plazo en las diferentes áreas de vida, acciones a seguir para el logro de las metas en los períodos establecidos por la persona y nombre y firma del consejero. Fuente: Expediente</p>		
		<p>5.4.3.6 Verificar la aplicación de un componente para el desarrollo de habilidades para la vida (sociales/cognitivas/ emocionales). Evidencia: notas de evolución que contenga: datos generales de la persona, fecha en la que se emitió, objetivo de la sesión, aspectos trabajados en la sesión, participación mostrada en la sesión, tareas a realizar, temas a tratar en la siguiente sesión y, nombre y firma del consejero. Fuente: Expediente clínico.</p>		
		<p>5.4.3.7 Verificar la aplicación de un componente orientado al desarrollo de vínculos con personas significativas y redes de apoyo. Evidencia: notas de evolución que contenga: datos generales de la persona, fecha en la que se emitió, objetivo de la sesión, aspectos trabajados en la sesión, participación mostrada en la sesión, tareas a realizar, temas a tratar en la siguiente sesión y, nombre y firma del consejero. Fuente: Expediente y personal del establecimiento.</p>		
		<p>5.4.3.8 Verificar la aplicación de un componente para el desarrollo de acciones de reinserción social y prevención de recaídas. Evidencia: notas de evolución que contenga: datos generales de la persona, fecha en la que se emitió, objetivo de la sesión, aspectos trabajados en la sesión, participación mostrada en la sesión, tareas a realizar, temas a tratar en la siguiente sesión y, nombre y firma del consejero. Fuente: Expediente y personal del establecimiento.</p>		
		<p>5.4.3.9 Verificar la aplicación de un componente para favorecer la participación de la familia en el proceso de recuperación de la persona. Evidencia: notas de evolución que contenga: datos generales del usuario, fecha en la que se emitió, objetivo de la sesión, aspectos trabajados en la sesión, participación mostrada en la sesión, tareas a realizar, temas a tratar en la siguiente sesión y, nombre y firma del consejero. Fuente: Expediente del usuario/a.</p>		

5.5 PROCESO DE EGRESO DE LA PERSONA USUARIA

No.	CRITERIOS DE SUPERVISIÓN	ACTIVIDADES DEL SUPERVISOR/EVIDENCIAS	Codificación: No Cumple = 0 Cumple = 1 No Aplica = 2	Observaciones
		Verificar, revisar, comprobar, visitar, observar		
5.5.1	Reporte final de consejería y/o apadrinamiento	<p>5.5.1.1 Verificar la elaboración de un reporte final de consejería y/o apadrinamiento. Evidencia: Reporte final de seguimiento que incluya: fecha, no. de expediente, datos generales de la persona, fecha de ingreso y de egreso, motivo de ingreso, objetivo general del plan individual, resumen de la evolución y estado de egreso, principales temáticas abordadas, no. de sesiones realizadas, cumplimiento de metas y objetivos logrados durante el proceso de consejería, conclusión del proceso de consejería y comentarios finales, motivo de egreso, tipo de egreso, pronóstico y recomendaciones. Nombre y firma del personal de consejería y plan de seguimiento. Fuente: Expediente</p>		
5.5.2	HOJA DE EGRESO.	<p>5.5.2.1 Hoja de egreso: Verificar la existencia de una hoja de egreso que contenga los siguientes puntos: Datos generales, motivo de egreso, descripción del estado general de la persona usuaria, problemas clínicos pendientes, criterios de egreso, información complementaria, fecha del 1er seguimiento, nombre y firma de conformidad (usuario/a, familiar o representante legal, dos testigos), Nombre y firma del personal de consejería, y nombre y firma del director/a o encargado/a).</p>		
5.5.3	Cuestionario de satisfacción de vida	<p>5.5.3.1 Verificar la existencia de un cuestionario de satisfacción de vida en el expediente que contenga los siguientes elementos: nombre de la persona consultante, fecha, no. de expediente, nombre y firma de la persona que aplica la prueba y cargo. Fuente: Expediente Evidencia: Cuestionario de satisfacción debidamente llenado.</p>		

5.5.4	Satisfacción con el servicio de Consejería	5.5.4.1 Verificar la existencia de un cuestionario de satisfacción con el servicio de consejería en el expediente que contenga los siguientes elementos: nombre de la persona consultante, fecha, no. de expediente, nombre y firma de la persona que aplica la prueba y cargo. Fuente: Expediente Evidencia: Cuestionario de satisfacción debidamente llenado.		
-------	--	---	--	--

5.6 PROCESO DE DERIVACIÓN

No.	CRITERIOS DE SUPERVISIÓN	ACTIVIDADES DEL SUPERVISOR/EVIDENCIAS	Codificación: No Cumple = 0 Cumple = 1 No Aplica = 2	Observaciones
		Verificar, revisar, comprobar, visitar, observar		
5.6.1	Cuenta con un DIRECTORIO de instituciones y servicios de salud para la referencia de las personas usuarias en casos de urgencia.	5.6.1.1 Verificar la existencia del documento y que éste se encuentre actualizado y accesible para su consulta. Evidencia: Directorio vigente del último año (impreso o electrónico) y validado por la CECA. Fuente: Documento impreso o electrónico.		
5.6.2	Cuenta con Guía Operativa de referencia	5.6.2.1 Verificar la existencia de una guía operativa de referencia y contra referencia a otros establecimientos, de acuerdo a la complejidad y cuadro clínico. Evidencia: Documento impreso o electrónico.		
5.6.3	Hoja de derivación: -Caso de intoxicación -Continuidad de Atención Ambulatoria -Referencia a personas usuarias con dependencia a opiáceos a clínicas de metadona -Otro nivel de atención por urgencias o enfermedades que requieran otra atención.	5.6.3.1 Verificar la existencia de una hoja de derivación debidamente requisitada a cualquier otro servicio de atención médica (copia), que contenga como mínimo: fecha de derivación, hora, urgencia, datos de la persona (nombre completo, edad, sexo, domicilio), motivo del envío, diagnóstico, nombre y domicilio del establecimiento al que se deriva, nombre y domicilio del centro que refiere, nombre, firma y cargo del personal que realizó la derivación. Evidencia: Documento escrito que contenga obligatoriamente todos los puntos señalados anteriormente.		
5.6.4	Registro y control de referencias	5.6.4.1 Verificar la existencia de un registro y control de referencias que contenga los siguientes puntos: fecha de referencia, datos de la persona (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, y apartado de seguimiento de personas referidas. Evidencia: Registro físico o electrónico que contenga obligatoriamente la fecha en que se realizó la referencia, los datos de la persona, 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.		
5.6.5	Vinculación con organizaciones de la sociedad civil para la atención de personas usuarias con dependencia a opiáceos.	5.6.5.1 Verificar que el establecimiento realiza vinculación de personas con dependencia a opiáceos con organizaciones de la sociedad civil para intercambio de jeringas. Evidencia: Carta de presentación y/o intención de las organizaciones de la Sociedad Civil dirigida al establecimiento.		

5.7 PROCESO DE SEGUIMIENTO

No.	CRITERIOS DE SUPERVISIÓN	ACTIVIDADES DEL SUPERVISOR/EVIDENCIAS	Codificación: No Cumple = 0 Cumple = 1 No Aplica = 2	Observaciones
		Verificar, revisar, comprobar, visitar, observar		
5.7.1	SEGUIMIENTO de casos.	5.7.1.1 Verificar la existencia del reporte de 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 que contenga los siguientes datos: Datos de la persona, fecha, no. de expediente, periodo de seguimiento, objetivo de la sesión, resumen, tareas asignadas, aspectos que se revisarán en próximo seguimiento, observaciones, nombre y firma de la persona encargada de hacer dicho seguimiento. Evidencia: Reporte de seguimiento Fuente: Expediente		
		5.7.1.2 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: Notas de evolución, reportes, bitácoras de seguimiento en el expediente clínico. Fuente: Personal del establecimiento.		

PROCESO DE LA ATENCIÓN	Puntuación (Máx. 90 pts.)	0
	Porcentaje (Máx. 36%)	0%

6. SATISFACCIÓN DEL LA PERSONA USUARIA

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	Proporciona un SERVICIO DE QUEJAS Y SUGERENCIAS para personas usuarias y familiares.	6.1.1 Verificar la existencia de un buzón de quejas, sugerencias y felicitaciones para personas usuarias y familiares en un lugar visible. Evidencia: Buzón de quejas. Fuente: Observación del supervisor/a.		
		6.1.2 Verificar la existencia de un sistema de control, apertura de buzón y, de seguimiento a las quejas, sugerencias y felicitaciones, que se lleve a cabo por una institución/sociedad civil/dependencia externa al centro, con una periodicidad mensual 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.		
		6.1.3 Verificar la existencia de una bitácora de seguimiento a las quejas, sugerencias y felicitaciones. Evidencia: Bitácora de seguimiento de por lo menos un año de anterioridad con datos que contenga lo siguiente: Nombre completo, domicilio o teléfono donde posteriormente se le pueda notificar, estado, municipio y localidad de la persona que presenta la queja, denuncia o sugerencia, en caso de ser anónima debe existir un correo electrónico para que pueda ser notificado/a. Datos de los posibles responsable de la queja (nombre, cargo, establecimiento), fecha y hora en la que se presentaron los hechos, explicación minuciosa de la queja: maltrato,		

SATISFACCIÓN	Puntuación (Máx.4 pts.)	0
	Porcentaje (Máx. 2%)	0%

CONCENTRADO DE LAS ÁREAS

No.	Área	%	
		Máximo	Obtenido
1	Infraestructura	35%	0%
2	Servicio de Alimentación	5%	0%
3	Organización del Establecimiento	13%	0%
4	Recursos Humanos	9%	0%
5	Proceso de la Atención	36%	0%
6	Satisfacción del Usuario	2%	0%
Total		100	0%