

**CÉDULA DE SUPERVISIÓN PARA ESTABLECIMIENTOS RESIDENCIALES CON MODELO DE ATENCIÓN PROFESIONAL
V. 4.1 2024**

Visita: _____ ID: _____
Número de Reconocimiento CONASAMA: _____ Entidad: _____
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 En caso de Urgencia Obligatorio
II.3 Tipo de población que atiende: _____
II.4 Categorías por edad: Menores de 12 años (Niños) 2-17 años (Adolescentes) 18-59 años (Adultos) 60 y + (Adultos mayores)
II.5 Atiende personas con/en: Discapacidad Conflicto con la ley VIH HC 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	Niños		
	Adolescentes		
	Adultos		
	Adultos mayores		
		0	0
Mujeres	Niñas		
	Adolescentes		
	Adultas		
	Adultas mayores		
		0	0
TOTAL:		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 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	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/a.		
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 personal 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/a.		
1.5	ÁREA para PSICOTERAPIA	1.5.1 Verificar la existencia de un área EXCLUSIVA para psicoterapia 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		
1.6	ÁREA para PSICOTERAPIA GRUPAL.	1.6.1 Verificar la existencia de un área para psicoterapia grupal. Evidencia: El área deberá ser utilizada para sesiones de psicoterapia grupal. Fuente: Observación del supervisor/a.		

1.7	Espacio físico para GUARDA DE EXPEDIENTES clínicos.	1.7.1 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.		
1.8	DORMITORIOS	1.8.1 Verificar un área EXCLUSIVA para que las personas usuarias duerman. Evidencia: Área de dormitorios exclusiva. Fuente: Observación del supervisor/a.		
		1.8.2 Verificar que en los dormitorios existan las SEÑALIZACIONES adecuadas para su identificación. Evidencia: Señalizaciones claramente colocadas. Fuente: Observación del supervisor/a.		
		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/a		
		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/a.		
		1.8.5 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/trileras 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.		
		1.8.6 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/a.		
1.9	SANITARIOS	1.9.1 Verificar que en los sanitarios existan las SEÑALIZACIONES adecuadas para su identificación. Evidencia: Señalizaciones claramente colocadas. Fuente: Observación del supervisor/a.		
		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/a.		
		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/a.		
1.10	REGADERAS	1.10.1 Verificar que en las regaderas existan las SEÑALIZACIONES adecuadas para su identificación. Evidencia: Señalizaciones claramente colocadas. Fuente: Observación del supervisor/a.		
		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/a.		
		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/a.		
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, con bitácora de limpieza. Fuente: Observación del supervisor/a.		

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 estufa ecológica. Evidencia: El área deberá utilizarse exclusivamente para la preparación de alimentos. Fuente: Observación del supervisor/a.		
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/a.		
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 las personas, para realizar actividades de recreación. Fuente: Observación del supervisor/a.		
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/a. Evidencia: área para choque con iluminación adecuada y que cuente con todos los aditamentos descritos en la Guía. Fuente: Observación del supervisor/a.		
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/a. Evidencia: 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. Fuente: Observación del supervisor/a.		
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/a. Evidencia: carro de paro con todos los aditamentos. Fuente: Observación del supervisor/a.		
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 las personas usuarias tales como: candados, seguros o cerrojos. Fuente: Observación del supervisor/a. 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: Verificar que todos los medicamentos tienen una fecha de caducidad vigente y en sus empaques originales. Fuente: Observación del supervisor/a.		
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/a. Evidencia: Verificar se cuente con todos los medicamentos. Fuente: Observación del supervisor/a.		
1.20	EXTINTORES para casos de emergencia.	1.20.1 Verificar la existencia de extintores con fecha de caducidad vigente. Evidencia: Extintores vigentes. Fuente: Observación del supervisor/a. 1.20.2 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.		
1.21	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/a. 1.21.2 Verificar que existe áreas de seguridad 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.		

		<p>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/a.</p>		
1.22	Cuenta con BOTIQUÍN de primeros auxilios.	<p>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, 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.</p>		
1.23	Espacio 100% LIBRE DE TABACO y emisiones.	<p>1.23.1 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</p>		
		<p>1.23.2 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.</p>		
		<p>1.23.3 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.</p>		

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 el 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	
PROMEDIO		#iDIV/0!	#iDIV/0!	#iDIV/0!	#iDIV/0!		

INFRAESTRUCTURA	Puntuación (Máx. 112 pts.)	0
	Porcentaje (Máx. 36%)	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 de la persona.	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, 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. Fuente: Observación del supervisor/a.		
		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 personas internas (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. 4%)	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 y/o Licencia Sanitaria.		
3.2	Cuenta con RESPONSABLE SANITARIO	3.2.1. Verificar la existencia del documento que concuerde con el nombre y cédula del/la 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 establecimientos de salud (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 y actualizado, esto en función de cualquier modificación a su estructura, sus funciones y/o estatuto del reglamento interno del establecimiento.		
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. 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 algunos de los procedimientos o de ciertos estatutos del reglamento interno).		
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 las personas usuarias	3.9.1 Verificar la existencia del cartel con los derechos de las personas. Evidencia: Cartel, cuadro, póster, etc., colocado en un lugar visible para personas y familiares.		
3.10	Cuenta con REGLAMENTO INTERNO	3.10.1 Verificar la existencia oficializado que establezca la puntualidad de las personas usuarias a sus sesiones; que se evita completamente el maltrato físico entre y hacia estas; señala que se evita el empleo de palabras altisonantes entre y hacia estas; establece los horarios de visita de los familiares. Evidencia: Documento escrito. Fuente: Expediente, lugar visible, personal del establecimiento y personas usuarias.		
3.11	Cuenta con los CRITERIOS DE REFERENCIA sobre padecimientos que no pueden atender en un lugar visible	3.11.1 Verificar la existencia de los criterios de REFERENCIA 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. 3.11.2 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.		
3.12	Cuenta con los CRITERIOS DE INCLUSIÓN sobre padecimientos que se pueden atender en un lugar visible	3.12.1 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.		
3.13	Notifica mensualmente al SISVEA los casos atendidos	3.13.1 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 (sólo aplica a establecimientos privados) Fuente: Documento impreso.		

3.14	Lineamientos de seguridad, protección y vigilancia de las personas usuarias, por escrito, validados por PROTECCIÓN CIVIL	3.14.1 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 persona responsable de protección civil y con nombre y dirección del establecimiento.		
3.15	Control y erradicación contra FAUNA NOCIVA	3.15.1. 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. 3.15.2 Verificar la existencia de un cronograma de fumigación. Evidencia: Documento. Fuente: Personal del establecimiento.		

ORGANIZACIÓN	Puntuación (Máx. 38 pts.)	0
	Porcentaje (Máx. 12%)	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	El DIRECTOR/A 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 de Recursos Humanos y constancias de capacitación.		

4.3	El PERSONAL que implementa el modelo de tratamiento ha recibido CAPACITACIÓN	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	El PERSONAL médico SUFICIENTE para proporcionar atención a las personas usuarias	4.4.1 Verificar la existencia de personal médico en un horario continuo de 8 horas diarias de lunes a viernes, (40 horas semanales) para llevar a cabo valoraciones médicas, consultas subsecuentes y atención continua a las personas usuarias. Evidencia: Organigrama y plantilla de personal, registro de pacientes, verificar en el aviso de funcionamiento el horario del personal médico.		
4.5	El PERSONAL de PSICOLOGÍA es SUFICIENTE para proporcionar atención a las personas usuarias	4.6.1 Verificar que cada persona usuaria debe de tener cuando menos una sesión semanal de psicoterapia individual; 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 profesional de psicología que esté 40 hrs a la semana o 2 psicólogos/as que laboren 20 horas cada una. Evidencia: Organigrama, cronograma de actividades y notas de evolución de psicología semanales en expediente clínico. Fuente: Expediente.		
4.6	El PERSONAL de ENFERMERÍA es SUFICIENTE para proporcionar atención a las personas usuarias	4.6.1 Verificar la existencia de personal de enfermería. Evidencia: Directorio de personal, plantilla, expediente de recursos humanos y de cédula profesional.		
4.7	El PERSONAL de TRABAJO SOCIAL es SUFICIENTE para proporcionar atención a las personas usuarias	4.7.1 Verificar la existencia de personal de trabajo social. Evidencia: Directorio de personal, plantilla, expediente de recursos humanos y cédula profesional.		
4.8	El establecimiento cuenta con un CÓDIGO DE ÉTICA y CONDUCTA para PROFESIONALES	4.8.1 Verificar la existencia de un código de ética y conducta para profesionales. Evidencia: Documento impreso y/o electrónico. Fuente: Corroborar su conocimiento con el personal profesional.		
4.9	Capacitación del personal en PROTECCIÓN CIVIL	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.		
		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. Las personas responsable de manejo de extintores deberá de estar presente al momento de la visita y puede ser más de una.		

RECURSOS HUMANOS	Puntuación (Máx. 18 pts.)	0
	Porcentaje (Máx. 6%)	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 aplica la entrevista (profesional de la salud). Fuente: Expediente		
5.1.2	INSTRUMENTO DE TAMIZAJE	5.1.2.1 Verificar la aplicación del instrumento de tamizaje ASSIST u otro instrumento que evalúe indicadores de dependencia a sustancias psicoactivas (válido y confiable), con la finalidad de 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		
5.1.3	INSTRUMENTOS indicadores para TRASTORNO DUAL	5.1.3.1 Verificar la aplicación del Inventario de Síntomas de Ansiedad de Beck u otro instrumento (válido y confiable) que evalúe dichos síntomas. Evidencia: Instrumento de evaluación aplicado y calificado que incluya nombre de la persona usuaria, fecha, nombre y firma de quien lo aplica, cargo, puntaje obtenido y nivel de ansiedad Fuente: expediente		
		5.1.3.2 Verificar la aplicación del Inventario de Síntomas de Depresión de Beck u otro instrumento (válido y confiable) que evalúe dichos síntomas. Evidencia: Instrumento de evaluación aplicado y calificado que incluya nombre de la persona, fecha, nombre y firma de quien lo aplica, cargo, puntaje obtenido y nivel de depresión Fuente: expediente		
		5.1.3.3 Verificar la aplicación del Instrumento de Psicosis SCL-90R u otro instrumento (válido y confiable) que evalúe dichos síntomas. Evidencia: Instrumento de evaluación aplicado y calificado que incluya nombre de la persona, fecha, número de expediente, nombre y firma de quien lo aplica, cargo, nivel de molestia Fuente: expediente		
5.1.4	Nota de VALORACIÓN INDIVIDUAL	5.1.4.1 Verificar la elaboración de la nota de valoración individual Evidencia: Nota 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 aplicados, observaciones de la valoración, resultado, nombre, cargo y firma de profesional quién elaboró (medicina, psicología y trabajo social). Fuente: expediente		
5.1.5	Hoja de REFERENCIA (si aplica)	5.1.5.1 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. 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.	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.		
		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.		

5.2.2	Nota de ingreso	<p>5.2.2.1. Verificar en el expediente Notas de ingreso o reingreso. El documento deberá contener los siguientes puntos: fecha y hora de elaboración, datos generales de la persona (nombre, sexo, edad), motivo de consulta, exploración física, descripción general del estado de salud, impresión diagnóstica, plan de tratamiento, datos del familiar/representante legal, nombre, firma y número de cédula profesional del personal de salud.</p> <p>Evidencia: Documento escrito que contenga obligatoriamente todos los puntos señalados.</p> <p>Fuente: Expediente.</p>		
5.2.3	Inscripción de las personas usuarias a un Servicio de Salud	<p>5.2.3.1 Verificar la existencia del documento de inscripción a un Servicio de Salud (IMSS, ISSSTE) o bien carta de No Derechohabencia (para atención en el IMSS BIENESTAR) o CURP impresa.</p> <p>Evidencia: Revisión de documento en expediente.</p> <p>Fuente: Expediente</p> <p>Nota: para el caso de personas migrantes es importante contar con una identificación.</p>		
5.2.4	Estudio Socioeconómico	<p>5.2.4.1 Verificar la existencia del estudio socioeconómico que incluya; número de expediente, fecha, datos generales de la persona usuaria, condiciones económicas, vivienda, estado de salud, nombre y firma del entrevistado/a, nombre y firma del profesional en trabajo social y cédula profesional.</p> <p>Evidencia: Documento escrito que contenga obligatoriamente todos los puntos señalados anteriormente.</p> <p>Fuente: Expediente</p>		
5.2.5	<p>CONSENTIMIENTO INFORMADO CON INGRESO VOLUNTARIO (carta de consentimiento informado según el caso).</p> <p>a) Personas adultas (mayores de 18 años).</p> <p>b) Personas menores de 12 años.</p> <p>c) Personas menores de 12 años en situación de abandono.</p>	<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/a o responsable en turno, nombre completo y firma de dos testigos.</p> <p>Evidencia: Documento escrito que contenga obligatoriamente todos los puntos señalados anteriormente.</p> <p>Fuente: Expediente.</p>		
		<p>5.2.5.2 En caso de personas menores de 12 años, verificar el consentimiento por escrito de los padres, representante legal o persona tutora. 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/madre/representante legal/tutor(a), nombre completo y firma del director/a, nombre completo y firma de dos testigos.</p> <p>Evidencia: Documento escrito que contenga obligatoriamente todos los puntos señalados anteriormente.</p> <p>Fuente: Expediente.</p>		
		<p>5.2.5.3 En caso de que la persona menor de 12 años se encuentre en situación de abandono, verificar los avisos al Ministerio Público o a la autoridad legal competente, firmados y/o sellados de recibido.</p> <p>Evidencia: Documento escrito que deberá contener: nombre del establecimiento, fecha de elaboración, datos generales de la persona usuaria (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 responsable que realiza la notificación, hoja de lesiones.</p>		
5.2.6	Consentimiento Informado con ingreso en caso de urgencia.	<p>5.2.6.1 Verificar la indicación de personal médico. El documento deberá contener: lugar y fecha en la que se emitió, nombre completo de la persona, impresión diagnóstica médica, motivo por el que se requiere la atención residencial, nombre, firma y cédula profesional de medicina.</p> <p>Evidencia: Documento escrito que contenga obligatoriamente todos los puntos señalados anteriormente.</p> <p>Fuente: Expediente.</p>		
		<p>5.2.6.2 Verificar la solicitud de ingreso firmado por el familiar responsable, tutor o representante legal. El documento deberá contener: lugar y fecha en la que se emitió, nombre completo de la persona, consentimiento de la familia para el ingreso, responsable, tutor o representante legal, parentesco con la persona usuaria y nombre completo y firma del director/a.</p> <p>Evidencia: Documento escrito que contenga obligatoriamente todos los puntos señalados anteriormente.</p> <p>Fuente: Expediente.</p>		

		5.2.6.3 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 de la persona (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 responsable médico que realiza la notificación, si fuese el caso, también deberá describirse lesiones que presente la persona. Evidencia: Documento escrito o electrónico que contenga obligatoriamente todos los puntos señalados anteriormente. Fuente: Expediente.		
5.2.7	Ingreso Obligatorio	5.2.7.1 Verificar la solicitud de la autoridad legal competente y la firma del consentimiento informado voluntario Evidencia: Documento escrito donde se señale la indicación del Juez o autoridad legal competente para que la persona usuaria reciba tratamiento en adicciones, además del consentimiento informado voluntario. Fuente: Expediente.		
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.	5.2.8.1 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.		
		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: Párrafo escrito en el consentimiento informado. 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: Párrafo escrito en el consentimiento informado. 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, 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 o impreso, puede estar incluido dentro del Consentimiento Informado. 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	HISTORIA CLÍNICA MÉDICA, estudios de laboratorio y de gabinete	5.3.1.1 Verificar en el expediente la historia clínica realizada durante las primeras 48 horas, al ingreso de la persona. 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 de medicina. Evidencia: Documento escrito que contenga obligatoriamente todos los puntos señalados anteriormente. Fuente: Expediente.		
		5.3.1.2 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.		

5.3.2	Toda MEDICACIÓN es prescrita por un médico.	5.3.2.1 Verificar que, en caso de alguna condición médica, se haya suministrado el medicamento necesario. Evidencia: Bitácoras, hojas médicas y original o copia de la receta médica. Fuente: Expediente		
5.3.3	BITACORA DE MINISTRACIÓN de medicamentos u HOJAS DE ENFERMERÍA	5.3.3.1 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 o en caso de haber profesional de enfermería revisar la hoja de enfermería debidamente llenada. Evidencia: Bitácora de ministración u hoja de enfermería. 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	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, despertar, de alimentación, de psicoterapia individual, de consejería individual (si es el caso), actividades recreativas, de aseo personal, visitas familiares y 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: Observación del personal supervisor.		
		5.4.1.2 Verificar que las actividades descritas en el cronograma concuerden con lo observado al momento de la visita. Evidencia: Observar si las personas se encuentran realizando las actividades señaladas en el cronograma. Fuente: Observación de supervisor/a.		
5.4.2	El establecimiento realiza un PLAN DE TRATAMIENTO.	5.4.2.1 Verificar la existencia de un plan de tratamiento Evidencia: Plan de tratamiento personalizado elaborado por el personal profesional y debe incluir datos generales, resultados de la valoración médica, psicológica y de trabajo social, estado físico, riesgos en salud, objetivos terapéuticos, metas a corto, mediano y largo plazo, resultados esperados, nombre, firma y cédula de los profesionales quienes la elaboran. Fuente: Expediente.		
5.4.3	NOTAS de EVOLUCIÓN	5.4.3.1 Verificar las notas de evolución psicológicas por persona, que contengan los siguientes puntos: número de expediente, datos generales (nombre, edad, sexo), fecha y hora en la que se emitió, objetivo de la sesión, resumen de la sesión, resultados de la sesión, plan terapéutico y fecha de la siguiente sesión, actividades asignadas para la persona y nombre, firma y número de cédula profesional de personal de psicología. Evidencia: Documento escrito que contenga obligatoriamente los datos generales de la persona, la fecha y hora, objetivo de la sesión, el resumen de la sesión, plan terapéutico para la siguiente sesión, actividades asignadas, observaciones, fecha de la próxima sesión, nombre, firma y cédula profesional de psicología. Fuente: Expediente.		
		5.4.3.2 Verificar las notas de evolución médicas, que contengan los siguientes puntos: número de expediente, datos generales de la persona (nombre, edad, sexo), fecha y hora de elaboración, signos vitales (pulso, tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y temperatura), evolución y actualización del cuadro clínico, resultados de estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico, plan de tratamiento e indicaciones médicas, nombre, firma y cédula profesional de medicina. Evidencia: Documento escrito que contenga obligatoriamente todos los datos. Fuente: Expediente.		
		5.4.3.3 Verificar la existencia de una nota de evolución sociofamiliar o de trabajo social. Evidencia: notas de evolución que contenga: número de expediente, datos generales de la persona, fecha y hora de elaboración, diagnóstico social, objetivos e intervención social, actividades asignadas, observaciones, nombre, firma y cédula profesional de trabajo social.		

5.4.4	SOLICITUD y NOTAS DE INTERCONSULTA (de casos que requieren servicios médicos especializados, incluyendo casos de Embarazo de Alto Riesgo)	5.4.4.1 Verificar que el centro realice solicitudes de interconsulta cuando se requiera la atención de otra área 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 de la persona, resumen clínico, motivo de interconsulta, nombre, firma y cédula del personal médico solicitante. Fuente: Expediente		
		5.4.4.2 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 y firma de profesional de la salud. Evidencia: Documento escrito con todos los datos. Fuente: Expediente.		
5.4.5	El establecimiento dispone de un PROGRAMA DE TRATAMIENTO para la persona.	5.4.5.1 Comprobar que el centro implementa sesiones individuales y grupales de terapia psicológica, mínimo una vez por semana. Evidencia: Observar que en el cronograma se detallen espacios para sesiones individuales y/o grupales. Fuente: Observación del personal supervisor.		
		5.4.5.2 Verificar la aplicación de un componente para favorecer la identificación de metas y desarrollo de un plan de vida de la persona. Evidencia: notas de evolución, instrumentos o ejercicios, que se encuentren en el expediente clínico de la persona. Fuente: Expediente.		
		5.4.5.3 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 o bitácora de talleres o ejercicios grupales. Fuente: Expediente y/ bitácora.		
		5.4.5.4 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: Listas de asistencia y bitácoras de actividades.		
		5.4.5.5 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.		
		5.4.5.6 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 de la persona usuaria. Fuente: Expediente		
		5.4.5.7 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/a. Fuente: Expediente.		
		5.4.5.8 Verificar la aplicación de un componente para favorecer la reinserción social de la persona. 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.		

		<p>5.4.5.9 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, 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>		
5.4.6	El programa de tratamiento contempla un componente para favorecer la adquisición de HABILIDADES PARA LA VIDA.	<p>5.4.6.1 Habilidades sociales: comunicación asertiva, desarrollo de vínculos con personas significativas. Evidencia: notas de evolución, instrumentos o ejercicios, que se encuentren en el expediente clínico. Fuente: Expediente.</p>		
		<p>5.4.6.2 Habilidades cognitivas: toma de decisiones, solución de problemas, pensamiento crítico. Evidencia: notas de evolución, instrumentos o ejercicios, que se encuentren en el expediente clínico. Fuente: Expediente.</p>		
		<p>5.4.6.3 Habilidades emocionales: control de enojo, control de la ansiedad, manejo de la tristeza, manejo de la frustración, etc. Evidencia: notas de evolución, instrumentos o ejercicios, que se encuentren en el expediente clínico. Fuente: Expediente</p>		
5.4.7	GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA	<p>5.4.7.1 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 la adultez en el 2º y 3er nivel de atención, diagnóstico y tratamiento de las intoxicaciones agudas por opiáceos y benzodiazepinas en los tres niveles de atención. Evidencia: Contar con todas las guías mencionadas en versión electrónica o impresa.</p>		
		<p>5.4.7.2 Verificar que en el expediente existan documentos que hagan referencia a la implementación del 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</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	NOTA DE EGRESO	<p>5.5.1.1 Verificar la existencia de una nota de egreso que contenga los siguientes puntos: No de Expediente, datos generales de la persona usuaria, fecha de ingreso y egreso, signos vitales, motivo o tipo de egreso, resumen de la evolución y del estado actual del usuario/a, problemas clínicos pendientes, criterios de egreso, información complementaria, ratificación del diagnóstico final (CIE-10, DSM-V), pronóstico, indicaciones de tratamiento ambulatorio por áreas (médicas, psicológicas u otras), fechas de seguimientos, nombre, firma y cédula del personal médico y de psicología y, del director/a del establecimiento. En caso de ser personas menores de 12 años de edad, se revisa la firma de padre/ madre/tutores o representante legal. Fuente: Expediente Evidencia: Nota de egreso que contenga obligatoriamente todos los puntos anteriores.</p>		
5.5.2.	Cuestionario de SATISFACCIÓN DEL SERVICIO	<p>5.5.2.1 Verificar la existencia de un cuestionario de satisfacción con el servicio de tratamiento 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>		

5.6 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		

5.6.1	Cuenta con un DIRECTORIO de instituciones y servicios de salud para la referencia de las personas 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 contrarreferencia a otros establecimientos, de acuerdo a la complejidad y cuadro clínico. Evidencia: Documento impreso o electrónico.		
5.6.3	HOJA DE REFERENCIA: -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 referencia debidamente requisitada a cualquier otro servicio de atención médica (copia), que contenga como mínimo: fecha de referencia, hora, urgencia, 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 médico que realizó la referencia. 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 PRIVADAS o PÚBLICAS 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 privadas o públicas para intercambio de jeringas. Evidencia: Carta de presentación y/o intención de las organizaciones dirigidas 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 periodo 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 (personal terapéutico/trabajo social). 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 periodo 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 y/o expediente y/o bitácoras de seguimiento.		
--	--	---	--	--

PROCESO DE LA ATENCIÓN	Puntuación (Máx. 130pts.)	0
	Porcentaje (Máx. 41%)	0%

6. SATISFACCIÓN DE LA PERSONA

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, instalaciones u otra. Especificar.		

SATISFACCIÓN	Puntuación (Máx.4 pts.)	0
	Porcentaje (Máx. 1%)	0%

CONCENTRADO DE LAS ÁREAS

No.	Área	%	
		Máximo	Obtenido
1	Infraestructura	36%	0%
2	Servicio de Alimentación	4%	0%
3	Organización del Establecimiento	12%	0%
4	Recursos Humanos	6%	0%
5	Proceso de la Atención	41%	0%
6	Satisfacción del Usuario	1%	0%
Total		100	0%