

CÉDULA DE SUPERVISIÓN PARA ESTABLECIMIENTOS RESIDENCIALES CON MODELO DE ATENCIÓN MIXTO V 3.7.1 2021

ID: _____

Visita: _____

Número de Reconocimiento CONADIC: _____ Fecha: _____

Hora de Inicio: _____ Término: _____

Supervisor 1: _____

Supervisor 2: _____

Supervisor 3: _____

I. IDENTIFICACIÓN

I.1 Nombre Legal: _____

I.2 Nombre comercial: _____

I.3 Nombre del representante legal: _____

I.4 Nombre del director: _____

I.5 CLUNI o CLUES: _____

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

I.7 Nombre del entrevistado: _____

I.8 Cargo del entrevistado: _____
¿Cuál? _____

II. CARACTERÍSTICAS

II.1 Tipo de institución: _____

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

II.1.2 Institución Privada: _____ ¿Cuál? _____

II.2 Tipo de ingreso: Voluntario Involuntario Obligatorio

II.3 Tipo de población que atiende: _____

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

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

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

II.7 Fecha de inicio de operaciones del establecimiento: _____

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

II.9 El establecimiento brinda servicios de sustitución de opiáceos: _____

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

II.11 ¿El establecimiento tiene costo?: _____

II.11.1 ¿Aplican estudio socioeconómico?: _____

II.11.2 Costo total del tratamiento: _____

Observaciones: _____

II.12 Duración del tratamiento: _____ ¿Cuánto tiempo? _____

II.13 Capacidad instalada del establecimiento/camas ocupadas

Categorías por edad		Capacidad instalada:	Numero de camas ocupadas actualmente:
Hombres	Niños	_____	_____
	Adolescentes	_____	_____
	Adultos	_____	_____
	Adultos mayores	_____	_____
		0	0
Mujeres	Niñas	_____	_____
	Adolescentes	_____	_____



Muj	Adultas		
	Adultas mayores		
		0	0
		0	0

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

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

Otro ¿Cuál? _____

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

Otro ¿Cuál? _____

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

Otro ¿Cuál? _____

1. INFRAESTRUCTURA

No.	CRITERIOS DE SUPERVISIÓN	ACTIVIDADES DEL SUPERVISOR/EVIDENCIAS	Codificación: No Cumple = 0 Cumple = 1 No Aplica = 2	Observaciones
		Verificar, revisar, comprobar, visitar, observar		
1.1	Cuenta con el PLANO ARQUITECTÓNICO o croquis 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 usuarios y familiares. Evidencia: El área deberá utilizarse para las labores de recepción e información a usuarios. Fuente: Observación del supervisor.		
		1.2.2 Verificar la existencia de baños para usuarios y familiares. Evidencia: Baño en recepción. Fuente: Observación del supervisor.		
1.3	CONSULTORIO para llevar a cabo las valoraciones médicas de primer ingreso.	1.3.1 Verificar la existencia de un consultorio y deberá contar con: lavabo (con jabón líquido y toallas desechables), botiquín de urgencias, asientos para el médico y paciente, mueble para escribir, mesa de exploración, cestos para bolsa de basura y residuos peligrosos (RPBI), estetoscopio, báscula con altímetro, termómetro, baumanómetro, toruñero/toallas alcoholizadas o con cloruro de benzalconio, recetario médico, estuche de diagnóstico con oftalmoscopio y otoscopio. Evidencia: Contar con el 100% del mobiliario e instrumentos descritos. Fuente: Observación del supervisor.		
1.4	Cuenta con ÁREA para PSICOTERAPIA o CONSEJERÍA INDIVIDUAL.	1.4.1 Verificar la existencia de un área para psicoterapia y/o consejería individual. Evidencia: El área deberá ser utilizada para sesiones individuales. Fuente: Observación del supervisor.		
1.5	Cuenta con ÁREA para PSICOTERAPIA y/o CONSEJERÍA GRUPAL.	1.5.1 Verificar la existencia de un área para terapia/consejería grupal. Evidencia: El área deberá ser utilizada para sesiones de terapia grupal. Fuente: Observación del supervisor.		
1.6	Espacio físico para GUARDA DE EXPEDIENTES clínicos.	1.6.1 Verificar la existencia de un espacio físico para guardar los expedientes clínicos de los usuarios, con acceso restringido. Evidencia: Mueble, archivero, con los expedientes organizados de acuerdo a alguna clasificación interna que permita su fácil localización, ejemplos: por nombre, por folio, por fecha de ingreso, por ingresos recientes y egresos, etc. Fuente: Observación del supervisor.		
		1.7.1 Verificar un área EXCLUSIVA para que los usuarios duerman. Evidencia: Área de dormitorio(s) exclusiva. Fuente: Observación del supervisor, entrevistas a usuarios.		



1.7	DORMITORIOS.	1.7.2 Verificar que en los dormitorios existan las SEÑALIZACIONES adecuadas para su identificación. Evidencia: Señalizaciones claramente colocadas. Fuente: Observación del supervisor.		
		1.7.3 Verificar que los dormitorios se encuentren visiblemente SEPARADOS y SEÑALIZADOS, ya sea por sexo y/o por grupo etario cuando estas variables apliquen. Evidencia: Dormitorios separados para los grupos correspondientes. Fuente: Observación del supervisor y entrevistas a usuarios.		
		1.7.4 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.		
		1.7.5 Verificar que el espacio entre las camas tenga un mínimo de 40 cm. de separación. Evidencia: Espacio mínimo de 40 cm. Fuente: Observación del supervisor.		
		1.7.6 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.		
1.8	SANITARIOS.	1.8.1 Verificar que en los sanitarios existan las SEÑALIZACIONES adecuadas para su identificación. Evidencia: Señalizaciones claramente colocadas. Fuente: Observación del supervisor.		
		1.8.2 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.		
		1.8.3 Verificar que los sanitarios sean SUFICIENTES para hombres y/o mujeres. Evidencia: Un sanitario por cada 8 personas. Fuente: Observación del supervisor.		
1.9	REGADERAS	1.9.1 Verificar que en las regaderas existan las SEÑALIZACIONES adecuadas para su identificación. Evidencia: Señalizaciones claramente colocadas. Fuente: Observación del supervisor.		
		1.9.2 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.		
		1.9.3 Verificar que las regaderas sean SUFICIENTES para hombres y/o mujeres. Evidencia: Una regadera por cada 8 personas. Fuente: Observación del supervisor.		
1.10	TINACO Y/O CISTERNA	1.10.1 Verificar que el tinaco y/o cisterna se encuentren con tapa hermética y en buenas condiciones de limpieza. Evidencia: Verificar la existencia de tinaco y/o cisterna con tapa hermética y bitácora de limpieza. Fuente: Observación del supervisor.		
1.11	COCINA.	1.11.1 Verificar la existencia de un área exclusiva para preparar los alimentos sin leña, o en su defecto contar con estufas ecológicas. Evidencia: El área deberá utilizarse exclusivamente para la preparación de alimentos. Fuente: Observación del supervisor.		
1.12	Área de COMEDOR	1.12.1 Verificar la existencia de un área de comedor. Evidencia: El área deberá ser utilizada para servir y consumir los alimentos. Fuente: Observación del supervisor.		



1.13	Área de ACTIVIDADES RECREATIVAS.	1.13.1 Verificar la existencia de un área destinada a actividades recreativas. Evidencia: El área deberá ser utilizada por los internos para realizar actividades de recreación. Fuente: Observación del supervisor.		
1.14	ÁREA DE RESGUARDO Y CONTROL DE MEDICAMENTOS	1.14.1 Verificar la existencia de un área exclusiva para resguardo de medicamentos con acceso restringido y limitado al personal. Evidencia: Área o mobiliario exclusivo para la guarda de medicamentos controlados, se deberá observar claramente el uso de restricciones para los usuarios tales como: candados, seguros o cerrojos. Fuente: Observación del supervisor.		
		1.14.2 Verificar que todos los medicamentos tengan una fecha de caducidad vigente y que no se encuentren fuera de sus empaques originales. Evidencia: Todos los medicamentos tienen una fecha de caducidad vigente y en sus empaques. Fuente: Observación del supervisor.		
		1.14.3 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 usuario, número de expediente, nombre y firma de quien ministra, y nombre y firma y/o huella del usuario o en caso de haber profesional de enfermería revisar la hoja de enfermería debidamente llenada. Evidencia: Bitácora de ministración u hoja de enfermería.		
1.15	EXTINTORES para casos de emergencia.	1.15.1 Verificar la existencia de extintores con fecha de caducidad vigente. Evidencia: Extintores vigentes. Fuente: Observación del supervisor.		
		1.15.2 Verificar que el número de extintores corresponda con la amplitud de las instalaciones. Evidencia: Un extintor por cada 300m ² de superficie o fracción, a 1.5m de altura desde el nivel del piso. Fuente: Observación del supervisor.		
1.16	SEÑALIZACIONES de seguridad.	1.16.1 Observar que los pasillos y áreas comunes cuentan con los señalamientos necesarios para la adecuada circulación. Evidencia: Señalamientos claros y visibles. Fuente: Observación del supervisor.		
		1.16.2 Verificar que existen áreas de seguridad debidamente señalizadas. Evidencia: Verificar el área destinada para resguardo en caso de incendios, sismos, terremotos o inundaciones con señalamientos claros y visibles. Fuente: Observación del supervisor.		
		1.16.3 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 caso de incendios, sismos, terremotos o inundaciones con señalamientos claros y visibles. Fuente: Observación del supervisor.		
1.17	Cuenta con BOTIQUÍN de primeros auxilios.	1.17.1 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, abatenguas, vendas elásticas, guantes de látex. Evidencia: Botiquín vigente en área de internamiento que contenga obligatoriamente dos materiales antisépticos y dos de curación. Fuente Observación del supervisor.		
1.18	Señalización de Espacio Libre de Humo de Tabaco.	1.18.1 Observar si existe la señalización de Espacio Libre de Humo de Tabaco.		

CONDICIÓN FÍSICA DEL ESTABLECIMIENTO



No.	AREA	Funcionalidad/ integral	Limpieza	Ventilación	Libre de fauna	TOTAL	Observaciones
0= Mala, 1=Regular, 2=Buena, 3=Muy Buena. Dejar en blanco si no cuenta con el área.							
1.19	Recepción					0.0	
1.20	Espacio de medicamentos					0.0	
1.21	Área de valoración médica					0.0	
1.22	Área de consejería/terapia Individual					0.0	
1.23	Área de terapia grupal					0.0	
1.24	Dormitorios					0.0	
1.25	Cobijas y colchones de dormitorios					0.0	
1.26	Comedor					0.0	
1.27	Cocina					0.0	
1.28	Área de actividades recreativas					0.0	
1.29	Sanitarios					0.0	
1.30	Regaderas					0.0	
PROMEDIO		#iDIV/0!	#iDIV/0!	#iDIV/0!	#iDIV/0!		

INFRAESTRUCTURA	Puntuación (Máx. 94 pts.)	0
	Porcentaje (Máx. 31.4%)	0.0%

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		
		2.1.1 Comprobar la existencia de menús alimentarios SEMANALES BALANCEADOS y de acuerdo al estado de salud de los usuarios. Evidencia: Ver los menús firmados y avalados por un profesional en nutrición.		
		2.1.2 Verificar que los alimentos del día de la visita correspondan con lo señalado en el menú alimentario. Evidencia: Los insumos o alimentos preparados corresponden con lo señalado en el menú alimentario. Fuente: Personal de establecimiento, observación del supervisor y entrevistas a usuarios. Nota: En caso de que no exista concordancia con lo observado en el menú, verificar que se esté brindando algún equivalente nutricional (Consultar la Guía de Alimentos para la población mexicana) y se marcará como "Cumple" con su respectiva observación.		
		2.1.3 Comprobar la existencia de utensilios higiénicos adecuados para la elaboración y consumo de los alimentos. Evidencia: Observar los utensilios para la preparación de alimentos y verificar su limpieza y funcionalidad.		
	La ALIMENTACIÓN suministrada a los usuarios es balanceada de buen aspecto			



2.1	<p>usuarios es adecuada, de buen aspecto, en cantidad suficiente para una adecuada nutrición y servida en utensilios higiénicos, de acuerdo con el estado de salud del usuario.</p>	<p>2.1.4 Comprobar el buen aspecto de los productos para la elaboración de los alimentos. Evidencia: Alimentos higiénicos en buen estado, no caducos o descompuestos. Fuente: Observación del supervisor y entrevistas a usuarios.</p>		
		<p>2.1.5 Comprobar la cantidad suficiente de los productos para la elaboración de los alimentos. Evidencia: Corroborar que la cantidad de alimentos y/o productos sea suficiente para el número de internos observado/reportado. Fuente: Observación del supervisor y entrevistas a usuarios.</p>		
		<p>2.1.6 Comprobar que los alimentos se encuentran debidamente resguardados para evitar su contaminación. Evidencia: Observar anaqueles, tarimas, entrepaños o cualquier superficie limpia para contener los alimentos y evitar su contaminación alejándolos del piso. Fuente: Observación del supervisor.</p>		
		<p>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.</p>		

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.		
3.2	Cuenta con RESPONSABLE SANITARIO.	3.2.1. Verificar la existencia del documento que concuerde con el nombre y cédula del profesional de salud. Evidencia: Aviso de Responsable Sanitario.		
3.3	Cuenta con RESPONSABLE LEGAL.	3.3.1. Verificar la existencia de un documento donde haga constar el nombre del responsable legal del establecimiento. Evidencia: Acta Constitutiva. Válido si pertenece a una red. PÚBLICO no debe mostrarla.		
3.4	Cuenta con Clave Única de Organizaciones (CLUNI) o CLUES.	3.4.1 Verificar la existencia de la CLUNI que concuerde con el nombre y dirección actuales del establecimiento (establecimientos PÚBLICOS no cuentan con CLUNI, tienen una CLUES que no requieren presentar). Evidencia: Impresión de la página de la Comisión de Fomento de las Actividades de las Organizaciones de la Sociedad Civil en la cual aparezca el número de CLUNI. Válida si pertenece a una red.		
3.5	Cuenta con Registro Federal de Contribuyentes (RFC).	3.5.1 Verificar la existencia del documento que concuerde con el nombre y dirección actuales del establecimiento. Evidencia: RFC válido si pertenece a una red.		
3.6	MANUAL DE ORGANIZACIÓN	3.6.1 Verificar la existencia del manual de organización del establecimiento que contenga los siguientes elementos: a) introducción, b) objetivo, c) antecedentes históricos, d) marco jurídico o administrativo, e) misión y visión; f) organigrama, g) descripción de funciones del personal, h) anexos Evidencia: Documento escrito que contenga obligatoriamente todos los puntos señalados anteriormente.		



3.7	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS.	3.7.1 Verificar la existencia del manual de procedimientos que contenga los siguientes elementos: a) Introducción; b) Propósito; c) Marco jurídico-Administrativo; d) Descripción del Modelo de tratamiento; e) Procedimientos: 1.Ingreso (valoración/evaluación del usuario); 2) Tratamiento (Intervención individual, grupal y/o familiar; manejo médico; estrategias y componentes por sexo y/o grupo etario); 3. Cierre y/o egreso; 4. Seguimiento. f) Materiales, cronograma de actividades y Anexos. Avalado por la CECA Evidencia: Documento escrito que contenga los puntos señalados anteriormente y cuente con el aval de la CECA.		
3.8	Cuenta con un DIRECTORIO del establecimiento.	3.8.1 Verificar la existencia de un directorio del personal encargado del establecimiento con nombre y cargo actualizados, visible al público en general. Fuente: Personal del establecimiento.		
3.9	Existe en el área de admisión un cartel con los DERECHOS de los usuarios.	3.9.1 Verificar la existencia del cartel con los derechos de los usuarios. Evidencia: Cartel, cuadro, póster, etc., colocado en un lugar visible a usuarios y familiares.		
3.10	Cuenta con los CRITERIOS DE EXCLUSIÓN sobre padecimientos que no pueden atender en lugar visible.	3.10.1 Verificar la existencia de los criterios de exclusión sobre padecimientos que no se pueden atender. Evidencia: Cartel, cuadro, póster, etc., colocado en un lugar visible al público en general. Fuente: Personal del establecimiento.		
		3.10.2 Comprobar si los criterios de exclusión del establecimiento concuerdan con lo observado al interior del establecimiento. Evidencia: Observar que en el centro no se encuentren usuarios que cumplan con algún criterio de exclusión. Fuente: Observación del supervisor, nota de ingreso, entrevista, etc.		
		3.10.3 Verificar que el establecimiento no admite usuarios con condiciones psiquiátricas primarias al consumo de sustancias. Evidencia: Durante el recorrido, en la revisión de expedientes y en las entrevistas, no se encuentran usuarios con condiciones psiquiátricas. Fuente: Observación del supervisor.		
3.11	Notifica mensualmente al SISVEA los casos atendidos.	3.11.1 Verificar la existencia de notificaciones al SISVEA enviadas y selladas/firmadas. Evidencia: Notificaciones impresas, selladas y/o firmadas de recibido de los últimos dos meses previos a la visita. Fuente: Personal del establecimiento.		
3.12	Lineamientos de seguridad, protección y vigilancia de los usuarios, por escrito, validados por PROTECCIÓN CIVIL.	3.12.1 Verificar la existencia de un programa interno validado por Protección Civil o Dictamen. Evidencia: Documento escrito oficializado vigente, firmado por el responsable de protección civil y con nombre y dirección del establecimiento.		
3.13	Control y erradicación contra fauna nociva.	3.13.1. Verificar la existencia de un certificado de fumigación, por empresa con registro autorizado. Evidencia: Documento vigente, no mayor a 3 meses. Fuente: Personal del establecimiento.		
		3.13.2 Verificar la existencia de un cronograma de fumigación. Evidencia: Documento. Fuente: Personal del establecimiento.		

ORGANIZACIÓN

Puntuación (Máx. 34 pts.)

0

Porcentaje (Máx. 11.4%)

0.0%

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 PROCCER, 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 es adicto en 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 6 meses y será una prueba de 5 elementos. Evidencia: Pruebas de laboratorio de 5 elementos de no más de 6 meses.		
4.3	CONSEJERO Y/O PADRINO 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 6 meses y será una prueba de 5 elementos en aquéllos consejeros que brindan atención a usuarios. Evidencia: Pruebas de laboratorio de 5 elementos de al menos 6 meses 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 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.		
		4.4.2 Verificar que los consejeros/padrinos que brindan el modelo de intervención ha 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.		
		4.4.3 Verificar la existencia de al menos un consejero en adicciones certificado en el "Estándar de Competencias EC0548 Consejería en Adicciones" Evidencia: certificado oficial expedido por CONADIC 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 es SUFICIENTE para proporcionar atención a los usuarios.	4.5.1 Verificar la existencia de personal médico para llevar a cabo valoraciones médicas a los usuarios. Evidencia: Organigrama y plantilla de personal y registro de pacientes.		
		4.5.2. Verificar que el número de psicólogos es suficiente para llevar a cabo sesiones individuales, al menos una vez por semana. Tomando como criterio que el personal que labora 7 horas diarias puede atender a un máximo de 30 usuarios a la semana (6 por día).		
		4.5.3 Verificar que el número de consejeros es suficiente para llevar a cabo sesiones grupales. Tomando como criterio que debe existir un consejero por cada grupo conformado por 8 a 12 personas. Evidencia: cronograma de actividades, organigrama, manual de procedimientos. Fuente: Personal del establecimiento.		
4.6	El establecimiento cuenta con un CÓDIGO DE ÉTICA y CONDUCTA.	4.6.1 Verificar la existencia de un código de ética y conducta para profesionales. Evidencia: Documento escrito.		
4.7	Existe en el área de admisión un cartel con los DERECHOS y OBLIGACIONES de los consejeros y padrinos que laboran en el establecimiento.	4.7.1 Verificar la existencia de un cartel de ética y conducta para los consejeros y padrinos que laboran en el establecimiento. Evidencia: Cartel, cuadro, póster, etc., colocado en un lugar visible a usuarios y familiares.		
4.8	Capacitación del personal en Protección Civil	4.8.1 Verificar que exista un responsable de protección civil que haya tomado cursos de seguridad y protección civil. Evidencia: Constancia, diploma, certificación de al menos una persona en los últimos 5 años. El responsable de protección civil deberá estar presente al momento de la visita.		
		4.8.2 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.		

RECURSOS HUMANOS	Puntuación (Máx. 23 pts.)	1
	Porcentaje (Máx. 7.7%)	0%



5. MODELO DE TRATAMIENTO

No.	CRITERIOS DE SUPERVISIÓN	ACTIVIDADES DEL SUPERVISOR/EVIDENCIAS	Codificación: No Cumple = 0 Cumple = 1 No Aplica = 2	Observaciones
		Verificar, revisar, comprobar, visitar, observar		
5.1	Cuenta con Descripción del MODELO DE TRATAMIENTO.	5.1.1 Verificar documento por escrito que contenga descripción general y las bases que fundamentan el modelo de tratamiento (por ejemplo: ayuda mutua, cognitivo-conductual, comunidad terapéutica, doce pasos, farmacológico, humanista, Minnesota, psicodinámico, entre otros). Evidencia: Descripción del Modelo de tratamiento en el mnual de procedimientos.		
5.2	Cuenta con REGLAMENTO INTERNO.	5.2.1 Verificar la existencia del reglamento oficializado. Evidencia: Reglamento oficializado visible. Fuente: Personal del establecimiento.		
		5.2.2 El reglamento: Establece la puntualidad del usuario a sus sesiones; que se evita completamente el maltrato físico entre los usuarios; señala que se evita el empleo de palabras altisonantes entre los usuarios; establece los horarios de visita de los familiares y según el caso, tiempo a partir del cual se permitirán dichas visitas. Evidencia: Documento escrito.		

MODELO DE ATENCIÓN	Puntuación (Máx. 9 pts.)	0
	Porcentaje (Máx. 3%)	0%

6. PROCESO DE LA ATENCIÓN

6.1 INGRESO

No.	CRITERIOS DE SUPERVISIÓN	ACTIVIDADES DEL SUPERVISOR/EVIDENCIAS	Codificación: No Cumple = 0 Cumple = 1 No Aplica = 2	Observaciones
		Verificar, revisar, comprobar, visitar, observar		
6.1.1	REGISTRO DE INGRESOS.	6.1.1.1 Verificar el registro de ingresos con los siguientes puntos: fecha de ingreso, datos generales del usuario (nombre, edad, sexo), tipo de ingreso, nombre del familiar, tutor o representante legal que lo acompañó, alguna dirección y teléfono para avisos. Evidencia: Registro de ingresos físico o electrónico, con todos los puntos señalados anteriormente.		
		6.1.1.2 Comprobar que el número de usuarios internos en el centro es consistente con lo reportado en el registro de ingresos. Evidencia: Observar que el número de usuarios concuerde con el registro/bitácora de ingresos. Fuente: Observación del supervisor.		
6.1.2	Nota de ingreso	6.1.2.1. Verificar en el expediente hojas de ingreso o reingreso. El documento deberá contener los siguientes puntos: fecha y hora de elaboración, datos generales del usuario (nombre, sexo, edad), motivo de consulta, exploración física, descripción general del estado de salud, impresión diagnóstica, plan de estudio o tratamiento, datos del familiar/representante legal, nombre y firma del profesional/personal del centro. Evidencia: Documento escrito que contenga obligatoriamente todos los puntos señalados. Fuente: Expediente.		
6.1.3	Inscripción de los usuarios a un servicio de salud	6.1.3.1 Verificar la existencia del documento de inscripción a un Servicio de Salud (IMSS, ISSSTE, INSABI) Evidencia: Revisión de documento en expediente.		



6.1.4	<p>INGRESO VOLUNTARIO (carta de consentimiento informado según el caso).</p> <p>a) Menores de edad. b) Menores de edad en situación de abandono. c) Adultos.</p>	<p>6.1.4.1 Verificar al azar en 3 expedientes las solicitudes, por escrito, de los usuarios donde se hace constar el motivo de la solicitud (consentimiento informado firmado por el usuario). El documento deberá contener: título del documento, nombre del establecimiento, lugar y fecha en que se emitió, acto autorizado (autorización del servicio brindado), señalamiento de los riesgos y beneficios, nombre completo y firma del usuario, nombre completo y firma del director o responsable en turno, nombre completo y firma de dos testigos. Evidencia: Documento escrito que contenga obligatoriamente todos los puntos señalados anteriormente. Fuente: Expediente.</p>		
		<p>6.1.4.2 En caso de menores de edad, verificar el consentimiento por escrito de los padres, representante legal o tutor. El documento deberá contener: título del documento, nombre del establecimiento, lugar y fecha en que se emitió, acto autorizado (autorización del servicio brindado), señalamiento de los riesgos y beneficios, nombre completo y firma del padre/tutor, nombre completo y firma del director o responsable en turno, nombre completo y firma de dos testigos. Evidencia: Documento escrito que contenga obligatoriamente todos los puntos señalados anteriormente. Fuente: Expediente.</p>		
		<p>6.1.4.3 En caso de que el menor se encuentre en situación de abandono, verificar los avisos al Ministerio Público o a la autoridad legal competente, firmados y/o sellados de recibido. Evidencia: Documento escrito que deberá contener: nombre del establecimiento, fecha de elaboración, datos generales del usuario (nombre 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>		
6.1.5	INGRESO INVOLUNTARIO.	<p>6.1.5.1 Verificar la indicación de un médico. El documento deberá contener: lugar y fecha en la que se emitió, nombre completo del usuario, impresión diagnóstica del médico, motivo por el que se requiere la atención residencial, nombre, firma y cédula profesional del médico. Evidencia: Documento escrito que contenga obligatoriamente todos los puntos señalados anteriormente. Fuente: Expediente.</p>		
		<p>6.1.5.2 Verificar la solicitud de ingreso involuntario firmado por el familiar responsable, tutor o representante legal. El documento deberá contener: lugar y fecha en la que se emitió, nombre completo del usuario, consentimiento del familiar para que el usuario ingrese al establecimiento, responsable, tutor o representante legal, parentesco con el usuario y nombre completo y firma del responsable o encargado. Evidencia: Documento escrito que contenga obligatoriamente todos los puntos señalados anteriormente. Fuente: Expediente.</p>		
		<p>6.1.5.3 Verificar notificaciones selladas y/o firmadas del responsable del establecimiento al Ministerio Público o autoridad legal competente, en un plazo no mayor a 24 horas posteriores a la admisión. El documento deberá contener: nombre del establecimiento, fecha de elaboración, datos generales del usuario (nombre completo, edad, sexo), acto notificado, datos de la agencia del ministerio público a la que se notifica (o autoridad legal correspondiente), nombre completo y firma del médico/responsable que realiza la notificación, si fuese el caso, también deberá describirse lesiones que presente el usuario. Evidencia: Documento escrito que contenga obligatoriamente todos los puntos señalados anteriormente. Fuente: Expediente.</p>		



6.1.6	INGRESO OBLIGATORIO.	6.1.6.1 Verificar la solicitud de la autoridad legal competente. Evidencia: Documento escrito donde se señale la indicación del Juez o autoridad legal competente para que el usuario reciba tratamiento en adiciones. Fuente: Expediente.		
-------	----------------------	--	--	--

6.2 DURANTE LA VALORACIÓN EL ESTABLECIMIENTO.

No.	CRITERIOS DE SUPERVISIÓN	ACTIVIDADES DEL SUPERVISOR/EVIDENCIAS	Codificación: No Cumple = 0 Cumple = 1 No Aplica = 2	Observaciones
		Verificar, revisar, comprobar, visitar, observar		
6.2.1	Historia Clínica.	6.2.1.1 Verificar en el expediente la historia clínica realizada durante las primeras 48 hrs. al ingreso del usuario. El documento deberá contener: ficha de identificación, antecedentes heredo-familiares, antecedentes personales (patológicos y no patológicos), antecedentes de consumo de drogas, padecimiento(s) actual(es), interrogatorio, exploración física, resultados de estudios, tratamientos previos y resultados, diagnósticos o problemas clínicos; nombre, firma y número de cédula profesional del médico. Evidencia: Documento escrito que contenga obligatoriamente todos los puntos señalados anteriormente. Fuente: Expediente y personal del establecimiento.		
6.2.2	Instrumentos de valoración	6.2.2.1 Verificar que el centro aplica instrumentos para la valoración de: la historia del consumo; patrón de consumo (tipo de droga, días de consumo, frecuencia de consumo, vía de administración, etc.); evaluación del nivel de dependencia; razones de consumo del usuario; y consecuencias del consumo (individuales, familiares, sociales, etc.). Evidencia: Expediente del usuario (cuestionarios, entrevista, tamizajes, valoraciones). Fuente: Expediente.		
6.2.3	Exámenes de laboratorio	6.2.3.1 Verificar en el expediente la realización de exámenes de laboratorio mínimos indispensables (biometría hemática, química sanguínea, examen general de orina, electrocardiograma y pruebas de función hepática). Evidencia: Documento escrito (mín. 3 de 5). Fuente: Expediente y personal del establecimiento.		
6.2.4	Carta compromiso de CONTINUIDAD del tratamiento médico.	6.2.4.1 Verificar la existencia de una carta compromiso que enuncie administrar los medicamentos en las dosis y horarios prescritos, pudiendo ser interrumpidos previa valoración médica, en el expediente clínico. Evidencia: Documento escrito. Fuente: Expediente.		
6.2.5	Toda MEDICACIÓN es prescrita por un médico.	6.2.5.1 Verificar que, en caso de alguna condición médica, se haya suministrado el medicamento necesario. Evidencia: Bitácoras, hojas médicas. Fuente: Expediente; Notas Médicas.		
6.2.6	Formatos de transparencia de COSTOS.	6.2.6.1 Verificar la existencia de un escrito donde se informó sobre los costos del tratamiento, firmado por el usuario y/o familiar o representante legal. Evidencia: Documento escrito. Fuente: Expediente.		
		6.2.6.2 Verificar la existencia de un control de los pagos por servicios. Evidencia: Documento escrito firmado por el usuario y/o familiar o representante legal, donde se detalle el monto pagado por los servicios recibidos. Serán válidos notas o recibos de pago, hojas de remisión, bitácora de pagos. Fuente: Expediente.		



6.2.7	El establecimiento implementa formatos de CONFIDENCIALIDAD.	<p>6.2.7.1 Verificar que el centro implementa una carta compromiso por parte del establecimiento donde se asegure que toda información proporcionada por el familiar o el usuario se manejará bajo la Ley de Protección de Datos Personales. Evidencia: Documento escrito. Fuente: Expediente.</p>		
		<p>6.2.7.2 Verificar que el centro implementa una carta compromiso por parte del establecimiento donde enuncia que no se podrá llevar a cabo grabaciones de audio, video o fotografías, sin explicar su finalidad y previo consentimiento informado, firmado por el usuario y/o familiar o representante legal. Evidencia: Documento escrito. Fuente: Expediente.</p>		
6.2.8	Notas de evolución	<p>6.2.8.1 Verificar las notas de evolución médicas, que contengan los siguientes puntos: número de expediente, datos generales del usuario (nombre, edad, sexo), fecha y hora de elaboración, signos vitales (pulso, tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y temperatura), resumen del interrogatorio, resultado de estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico, hallazgos subjetivos, objetivos, apreciativos y plan, nombre, firma y cédula profesional del médico. Evidencia: Documento escrito que contenga obligatoriamente todos los datos. Fuente: Expediente.</p>		
6.2.9	Notas de interconsulta (de casos que requieren servicios médicos especializados, incluyendo casos de Embarazo de Alto Riesgo).	<p>6.2.9.1 Verificar las notas de interconsulta (en caso de que aplique) correspondientes que deberán contener los siguientes puntos: fecha y hora en que se otorga el servicio, datos generales del usuario, signos vitales, motivo de la atención, resumen del interrogatorio, exploración física y estado mental en su caso, descripción de la condición del embarazo (si es el caso) y la prescripción de medicamentos, resultados relevantes de los estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento que se hayan solicitado, diagnósticos o problemas clínicos, tratamiento y pronóstico, plan de estudios, nombre, cédula profesional y firma del profesional de la salud. Evidencia: Documento escrito con todos los datos. Fuente: Expediente.</p>		



6.3 PROCESO TERAPÉUTICO

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



		<p>6.3.2.7 Verificar la aplicación de un componente para favorecer la relación de pareja. Evidencia: notas de evolución, instrumentos o ejercicios, que se encuentren en el expediente clínico del usuario. Fuente: Expediente.</p>		
		<p>6.3.2.8 Verificar la aplicación de un componente para favorecer la adquisición de habilidades para afrontar situaciones de riesgo de consumo (prevención de recaídas). Evidencia: notas de evolución, instrumentos o ejercicios, que se encuentren en el expediente clínico del usuario. Fuente: Expediente.</p>		
		<p>6.3.2.9 Verificar la aplicación de un componente para favorecer la reinserción social del usuario. Evidencia: Verificar que en el cronograma se encuentren descritas las actividades programadas como reinserción social (oficios, actividades escolares, etc.). Evidencia válida pueden ser los documentos u objetos resultado de estas actividades, acompañados del cronograma y las bitácoras o listas de asistencia de las actividades. Fuente: Expediente y personal del establecimiento.</p>		
		<p>6.3.2.10 Verificar la aplicación de un componente para favorecer la participación de la familia en el proceso de recuperación del usuario. Evidencia: notas de evolución, instrumentos o ejercicios aplicados a los familiares, descripción de las actividades en un cronograma. Las listas de asistencia sólo serán válidas acompañadas de las notas de evolución o cronogramas. Fuente: Expediente.</p>		
6.3.3	El programa de tratamiento contempla un componente para favorecer la adquisición de HABILIDADES PARA LA VIDA.	<p>6.3.3.1 Habilidades sociales: comunicación asertiva, desarrollo de vínculos con personas significativas. Evidencia: notas de evolución, instrumentos o ejercicios, que se encuentren en el expediente clínico del usuario. Fuente: Expediente.</p>		
		<p>6.3.3.2 Habilidades cognitivas: toma de decisiones, solución de problemas, pensamiento crítico. Evidencia: notas de evolución, instrumentos o ejercicios, que se encuentren en el expediente clínico del usuario. Fuente: Expediente.</p>		
		<p>6.3.3.3 Habilidades emocionales: control de 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 del usuario. Fuente: Expediente</p>		
6.3.4	Guías de Práctica Clínica (GPC)	<p>6.3.4.1 Verificar la existencia de guías de práctica clínica de al menos: diagnóstico y tratamiento de la enfermedad obstructiva crónica, diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia hepática crónica, diagnóstico y tratamiento de varices esofágicas, diagnóstico y tratamiento de la pancreatitis aguda, diagnóstico y tratamiento de la intoxicación aguda por el alcohol etílico en el adulto en el 2º y 3er nivel de atención, diagnóstico y tratamiento de las intoxicaciones agudas por opiáceos y benzodicepinas en los tres niveles de atención. Evidencia: Contar con todas las guías mencionadas en versión electrónica o impresa.</p>		
6.3.5	Implementación de GPC	<p>6.3.5.1 Verificar que en el expediente existan documentos que hagan referencia al uso de Guías de Práctica Clínica. Evidencia: Notas de evolución, hojas de registros clínicos, notas médicas, etc. Que hagan referencia explícita a alguna Guía de Práctica Clínica. Fuente: Expediente.</p>		



6.3.6	PROGRAMA DE CONSEJERÍA O APADRINAMIENTO para el usuario.	<p>6.3.6.1 Comprobar que el centro implementa sesiones individuales o 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 corroborar información con los usuarios. Fuente: Personal del establecimiento y entrevistas a usuarios.</p>		
		<p>6.3.6.2 Verificar la existencia de un plan de consejería y/o apadrinamiento con base en las necesidades de cada usuario. Evidencia: Plan de consejería/apadrinamiento que incluya: datos generales del usuario, fecha en la que se emitió, principales componentes del tratamiento en adiciones y priorizados de acuerdo a las necesidades del usuario, metas y objetivos medibles, alcanzables y cuantificables a cumplir en el corto/mediano/largo plazo, acciones a seguir para el cumplimiento de las metas establecidas y, nombre y firma del consejero. Fuente: Expediente del usuario.</p>		
		<p>6.3.6.3 Verificar las notas de evolución de la consejería y/o apadrinamiento, que contengan los siguientes puntos: datos generales del usuario, fecha en la que se emitió, aspectos que se trabajaron con el usuario, aspectos que se esperan trabajar en la próxima sesión, tareas asignadas para el usuario, fecha de la siguiente sesión, nombre y firma del consejero/padrino. Evidencia: Documento escrito que contenga obligatoriamente todos los datos señalados. Fuente: Expediente.</p>		
		<p>6.3.6.4 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>		
		<p>6.3.6.5 Verificar la aplicación de un componente para favorecer la elaboración del proyecto de vida del usuario. Evidencia: notas de evolución que contenga: datos generales del usuario, 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 el usuario y nombre y firma del consejero. Fuente: Expediente de usuario.</p>		
		<p>6.3.6.6 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 del usuario, fecha en la que se emitió, objetivo de la sesión, aspectos trabajados en la sesión, participación mostrada por el usuario, tareas a realizar, temas a tratar en la siguiente sesión y, nombre y firma del consejero. Fuente: Expediente clínico.</p>		
		<p>6.3.6.7 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 del usuario, fecha en la que se emitió, objetivo de la sesión, aspectos trabajados en la sesión, participación mostrada por el usuario, tareas a realizar, temas a tratar en la siguiente sesión y, nombre y firma del consejero. Fuente: Expediente y personal del establecimiento.</p>		



	<p>6.3.6.8 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 del usuario, fecha en la que se emitió, objetivo de la sesión, aspectos trabajados en la sesión, participación mostrada por el usuario, tareas a realizar, temas a tratar en la siguiente sesión y, nombre y firma del consejero. Fuente: Expediente y personal del establecimiento.</p>		
	<p>6.3.6.9 Verificar la aplicación de un componente para favorecer la participación de la familia en el proceso de recuperación del usuario. 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 por el usuario, tareas a realizar, temas a tratar en la siguiente sesión y, nombre y firma del consejero. Fuente: Expediente del usuario.</p>		
	<p>6.3.6.10 Verificar la elaboración de un reporte final de consejería y/o apadrinamiento. Evidencia: notas de evolución que contenga: datos generales del usuario, fecha en la que se emitió, resumen de la evolución y estado de egreso del usuario, principales temáticas abordadas, cumplimiento de metas y objetivos logrados durante el proceso de consejería y nombre y firma del consejero. Fuente: Expediente del usuario.</p>		

6.4 PROCESO DE EGRESO DEL USUARIO.

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



6.4.3	SEGUIMIENTO de casos.	<p>6.4.3.1 Verificar la existencia de documentos y/o instrumentos que hagan constar el seguimiento y valoración del caso en un período de un año (se sugiere que se haga al mes, tres, seis y doce meses), una vez finalizado el tratamiento. Evidencia: Entrevistas, notas de evolución, reportes, bitácoras de seguimiento en el expediente clínico. Fuente: Personal del establecimiento.</p>		
-------	-----------------------	--	--	--

6.5 REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

No.	CRITERIOS DE SUPERVISIÓN	ACTIVIDADES DEL SUPERVISOR/EVIDENCIAS	Codificación: No Cumple = 0 Cumple = 1 No Aplica = 2	Observaciones
		Verificar, revisar, comprobar, visitar, observar		
6.5.1	Cuenta con un DIRECTORIO de instituciones y servicios de salud para la referencia de los usuarios en casos de urgencia.	<p>6.5.1.1 Verificar la existencia del documento y que éste se encuentre actualizado. Evidencia: Directorio vigente del último año (impreso o electrónico) validado por la CECA.</p>		
6.5.2	Proceso de REFERENCIA y CONTRAREFERENCIA.	<p>6.5.2.1 Verificar la existencia de una guía operativa de referencia y contrareferencia a otros establecimientos, de acuerdo a la complejidad y cuadro clínico. Evidencia: Documento escrito o electrónico.</p> <p>6.5.2.2 Verificar la existencia de una hoja de referencia debidamente requisitada a cualquier otro servicio de atención médica (copia), que contenga como mínimo: fecha de referencia, datos del usuario (nombre completo, edad, sexo, domicilio), motivo del envío, diagnóstico, nombre y domicilio del establecimiento al que se refiere, nombre y domicilio del centro que refiere, nombre, firma y cargo del personal que realizó la referencia. Evidencia: Documento escrito que contenga obligatoriamente todos los puntos señalados anteriormente.</p> <p>6.5.2.3 Verificar la existencia de un registro y control de referencias que contenga los siguientes puntos: fecha de referencia, datos del usuario (nombre completo, edad, sexo, domicilio), motivo del envío, diagnóstico, nombre y domicilio del establecimiento al que se refiere, nombre y domicilio del centro que refiere, nombre, firma y cargo del personal que realizó la referencia. Evidencia: Registro físico o electrónico que contenga obligatoriamente la fecha en que se realizó la referencia, los datos del usuario, motivo del envío, los datos del establecimiento al que se refiere y el nombre, firma y cargo de la persona que realizó la referencia. En caso de ser electrónico omitir la firma.</p> <p>6.5.2.4 Verificar que el establecimiento realiza un seguimiento de los usuarios referidos. Evidencia: Registro/ bitácora donde se constate que el establecimiento realizó un seguimiento de los usuarios referidos (vía telefónica, correo electrónico, presencial, etc.).</p> <p>6.5.2.5 Verificar que el establecimiento realiza referencia de usuarios con dependencia a opiáceos a clínica de metadona para tratamiento integral. Evidencia: Registro físico o electrónico que contenga obligatoriamente la referencia a clínica de metadona, que incluya la fecha en que se realizó la referencia, los datos del usuario, motivo del envío, los datos del establecimiento al que se refiere y el nombre, firma y cargo de la persona que realizó la referencia. En caso de ser electrónico omitir la firma.</p> <p>6.5.2.6 Verificar que el establecimiento realiza vinculación de usuarios con dependencia a opiáceos con organizaciones de la sociedad civil para intercambio de jeringas. Evidencia: Carta de presentación y/o intención de las organizaciones de la Sociedad Civil dirigida al establecimiento.</p>		



PROCESO DE ATENCIÓN	Puntuación (Máx. 123 pts.)	0
	Porcentaje (Máx. 41.1%)	0%

7. SATISFACCIÓN DEL USUARIO

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

SATISFACCIÓN	Puntuación (Máx.4 pts.)	0
	Porcentaje (Máx. 1.3%)	0%

CONCENTRADO DE LAS ÁREAS

No.	Área	% Ponderados	
		Máximo	Obtenido
1	Infraestructura	31	0%
2	Servicio de Alimentación	4	0%
3	Organización del Establecimiento	11	0%
4	Recursos Humanos	8	0%
5	Modelo de Atención	3	0%
6	Proceso de la Atención	41	0%
7	Satisfacción del Usuario	1	0%
Total		100	0%