



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLÓGÍA

VISITA DE SUPERVISIÓN Y VERIFICACIÓN SANITARIA
PARA EL CONSULTORIO DENTAL PRIVADO

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N A D E N T I S T A

P R E S E N T A:

CAROL PARRA FLORES

TUTOR: Esp. MARIO GUADALUPE OLIVERA EROSA

ASESOR: C.D. JUAN MEDRANO MORALES

MÉXICO, D.F.

2014



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

Este presente simboliza mi gratitud por toda la responsabilidad, amor e indudable ayuda que siempre me han proporcionado y que sin ella no estaría hoy cumpliendo esta meta de vida.

Gracias a su cariño, apoyo y comprensión.

Gracias papi por estar siempre para mí cuando te necesito, por enseñarme que hay que dar todo y un poco más, por tu apoyo, consejos y ayudarme a lograr esta meta la cual constituye la herencia más valiosa que pudiera recibir.

Mami por ser la mejor mama del mundo, la mejor de las amigas; siempre escucharme y guiarme con tus consejos. Mil gracias.

Migue, Alito, Helen, Nardi y Emir muchas gracias por que muy a su manera cada uno me demuestra su amor, cariño, apoyo y me hacen ser más fuerte, una mejor hermana y una mejor persona.

Marino por ser paciente, tolerante y recorrer el camino juntos. Gracias.

Los quiero y admiro mucho a cada uno de ustedes.

Agradezco también al Esp. Mario Guadalupe Olivera Erosa y al CD. Juan Medrano Morales por todo su apoyo y su dedicación durante las tutorías, el desarrollo de la tesina y la preparación para el examen profesional.

“Por mi raza hablara el espíritu”

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	6
PROPÓSITO.....	7
OBJETIVOS.....	7
CAPÍTULO I. VIGILANCIA SANITARIA	8
1.1 SUPERVISIÓN SANITARIA.....	9
1.2 VERIFICACIÓN SANITARIA.....	9
1.3 PROCEDIMIENTO	9
1.4 OBJETIVOS	9
CAPÍTULO II. VISITA DE SUPERVISIÓN Y VERIFICACIÓN SANITARIA..	10
2.1 DERECHOS DEL CIRUJANO DENTISTA	11
2.2 OBLIGACIONES DEL CIRUJANO DENTISTA	13
2.3 FORMATOS DE VISITA SANITARIA.....	14
2.3.1 ORDEN DE VISITA DE VERIFICACIÓN SANITARIA:	14
2.3.2 ACTA DE VERIFICACIÓN.....	15
2.4 AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y DE RESPONSABLE SANITARIO.	16
2.4.1 TRÁMITE ANTE LA COFEPRIS.....	18
2.4.2 CAMPOS QUE SE DEBEN LLENAR EN EL FORMATO	19
CAPÍTULO III. MARCO JURÍDICO.....	22
3.1 CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS.....	22

3.2 REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA.	23
3.3 LEY GENERAL DE SALUD.....	26
3.4 NORMA OFICIAL MEXICANA NOM -004-SSA3-2012, DEL EXPEDIENTE CLÍNICO	28
3.5 NORMA OFICIAL MEXICANA NOM -013-SSA2-2006, PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES BUCALES	30
3.6 NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-005-SSA3-2010, QUE ESTABLECE LOS REQUISITOS MÍNIMOS DE INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO DE ESTABLECIMIENTOS PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE PACIENTES AMBULATORIOS.....	32
3.7 NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-016-SSA3-2012, QUE ESTABLECE LAS CARACTERÍSTICAS MÍNIMAS DE INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO DE HOSPITALES Y CONSULTORIOS DE ATENCIÓN MÉDICA ESPECIALIZADA	37
3.8 NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-233-SSA1-2003, QUE ESTABLECE LOS REQUISITOS ARQUITECTÓNICOS PARA FACILITAR EL ACCESO, TRÁNSITO, USO Y PERMANENCIA DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN MÉDICA AMBULATORIA Y HOSPITALARIA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD	40
3.9 NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-003-SEGOB-2011, SEÑALES Y AVISOS PARA PROTECCIÓN CIVIL.- COLORES, FORMAS Y SÍMBOLOS A UTILIZAR	43
3.10 NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-087-ECOL-SSA1-2002, PROTECCIÓN AMBIENTAL - SALUD AMBIENTAL - RESIDUOS PELIGROSOS BIOLÓGICO-INFECCIOSOS - CLASIFICACIÓN Y ESPECIFICACIONES DE MANEJO	50

3.11 USO DE SUELO	57
CAPÍTULO IV. COFEPRIS: COMISIÓN FEDERAL CONTRA RIESGOS SANITARIOS	60
4.1 HISTORIA	60
4.2 ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA FEDERAL SANITARIO	64
CAPÍTULO V. SANCIONES.....	65
CONCLUSIÓN	69
GLOSARIO	70
BIBLIOGRAFÍA.....	75
ANEXOS.....	77
ANEXO 1 AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y RESPONSABLE SANITARIO	77
ANEXO 2 CUESTIONARIO DE AUTODIAGNÓSTICO EN MATERIA DE PROTECCIÓN CIVIL	81
ANEXO 3 FORMATO USO DE SUELO	84
ANEXO 4 FORMATO DE CREDENCIAL DE VERIFICADOR.....	86
ANEXO 5 MODELO DE EVALUACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO INTEGRADO Y DE CALIDAD	87
ANEXO 6 OFICIO LIBRE ANTE LA COFEPRIS	91



INTRODUCCIÓN

El 5 de julio de 2001, se publicó en el Diario Oficial de la Federación el “Decreto de Creación de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS)”. Dependencia encargada de realizar la verificación sanitaria en el consultorio dental privado y muchas otras funciones.

Lo que ocasionó que, sin apartarse del marco jurídico, se hayan diseñado e instrumentado políticas, estrategias y mecanismos administrativos para la integración del ejercicio de control sanitario como es el hecho de dar aviso de funcionamiento y de responsable sanitario los primeros 10 días posteriores al inicio de operaciones del consultorio.

La vigilancia sanitaria en el consultorio dental tiene como propósito el de supervisar el cumplimiento de las disposiciones legales que regulan los consultorios dentales en nuestro país; consta de dos procedimientos, el de supervisión y el de verificación sanitaria; ambos a cargo del personal expresamente autorizado por la COFEPRIS.

Los verificadores deben exhibir su credencial vigente que lo acredite, estar provistos de la orden de verificación así como del acta de verificación en blanco para ser llenada durante la visita en presencia del encargado del consultorio y dos testigos.

Posteriormente el verificador entregará su reporte a las autoridades sanitarias las cuales dictarán las medidas necesarias para corregir las irregularidades notificándolas al interesado y dándole un plazo para su realización, de lo contrario será acreditador a algún tipo de sanción.



PROPÓSITO

Brindar una tesina que sirva de guía y material de consulta a los cirujanos dentistas con respecto a la supervisión y verificación sanitaria. Así mismo dar a conocer las dependencias de gobierno encargadas de realizar la verificación sanitaria para obtener los sustentos necesarios para evitar sanciones futuras en el consultorio dental privado.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Proporcionar un material de consulta a los cirujanos dentistas con respecto a la supervisión y verificación sanitaria para obtener los sustentos necesarios para trabajar conforme a la normatividad vigente.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Revisar el marco jurídico con respecto a la supervisión y verificación sanitaria para dar a conocer los tipos de verificación que existen e informar acerca de las sanciones aplicables.
- Conocer las autoridades o instituciones sanitarias encargadas de realizar la verificación, así como conocer los trámites, servicios y formatos que aplican dichas instituciones para el consultorio dental.
- Conocer la carta de derechos y obligaciones del visitado, así como la responsabilidad del verificador.



CAPÍTULO I. VIGILANCIA SANITARIA

La vigilancia sanitaria se refiere al conjunto de acciones para llevar a cabo la constatación física o inspección de productos, procesos o servicios y su comparación contra los requisitos establecidos en la normatividad correspondiente para evaluar su cumplimiento. ^{1,3}

Corresponde a la COFEPRIS y a los gobiernos de las entidades federativas la vigilancia del cumplimiento de la ley general de salud.

Se realiza a través de los programas: aleatorio, dirigido y especial, teniendo como base la información captada en el sistema de cómputo, derivadas de las acciones de atención de avisos, denuncias y programas especiales. ¹

* El programa aleatorio representa las acciones regulares de verificación, funcionará de acuerdo a los lineamientos y procedimientos establecidos, con base en el modelo aleatorio, representativo, estratificado por atributos, mediante el sistema de cómputo diseñado para tal efecto.

* El programa dirigido representa las acciones de verificación de la vigilancia sanitaria, para la atención de denuncias, contingencias, solicitudes de los particulares, y reprogramaciones derivadas del programa aleatorio.

* Los programas especiales son las acciones de verificación que se derivan de prioridades sanitarias y sobre productos específicos.

La vigilancia sanitaria se llevará a cabo a través de las siguientes diligencias:

- Visita supervisión sanitaria
- Visita de verificación sanitaria

Ambas a cargo del personal expresamente autorizado de la COFEPRIS, para llevar a cabo la verificación física del cumplimiento de la ley y demás disposiciones aplicables. ²

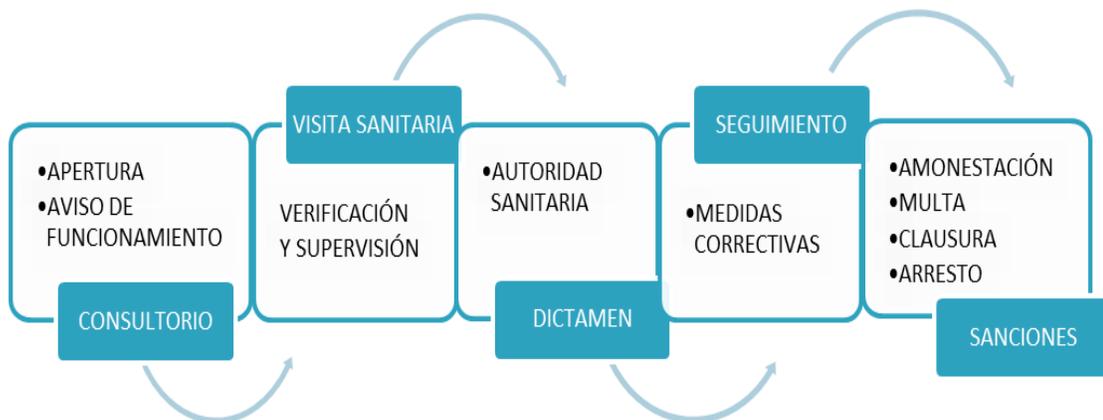
1.1 SUPERVISIÓN SANITARIA

“Serie general de medidas para garantizar que el personal lleve a cabo sus actividades de manera eficaz y sean más competentes en su trabajo cumpliendo las disposiciones legales”.⁴

1.2 VERIFICACIÓN SANITARIA

Es el acto de autoridad por medio del cual se realiza la vigilancia sanitaria con el propósito de supervisar el cumplimiento de las disposiciones legales puede ser través de dos vías: una seria asociada a algún tipo de trámite y la otra por vigilancia regular la cual puede ser programada o aleatoriamente.³

1.3 PROCEDIMIENTO



1.4 OBJETIVOS

- Obtener información de las condiciones sanitarias, identificación de anomalías y deficiencias sanitarias.
- Tomas de muestra.
- Liberación o aplicación de medidas de seguridad.
- Realización de actividades de orientación, instrucción y educación de índole sanitaria.



CAPÍTULO II. VISITA DE SUPERVISIÓN Y VERIFICACIÓN SANITARIA

La visita de supervisión y verificación sanitaria a pesar de ser términos diferentes se manejan como sinónimos, ya que ambas tienen como objeto revisar y comprobar el cumplimiento de las disposiciones legales reglamentarias que se sujetan a las formalidades y procedimientos establecidos por la ley.

Requiere para su ejecución, del cumplimiento de diversos instrumentos legales, formalidades esenciales de procedimiento, e implica acciones de integridad, imparcialidad, justicia y transparencia.

Las visitas pueden ser de tipo ordinario o extraordinario:

- La visita de tipo ordinario es aquella que se realiza en días y horas hábiles tratándose el consultorio dental privado como un establecimiento de prestación de servicios, se considerarán horas hábiles las de su funcionamiento habitual. ²
- La visita de tipo extraordinario tendrá lugar a cualquier tiempo programada por la propia autoridad sanitaria por los siguientes motivos:
 - Por procedimiento aleatorio sobre el universo a vigilar.
 - Derivada de la información obtenida a través de denuncias.
 - En los que la autoridad tenga conocimiento de un hecho u omisión que pudiera constituir algún delito relacionado con su actividad.
 - Si en el consultorio ha ocurrido accidentes o siniestros.



- Si existe queja escrita que contenga, por lo menos, el nombre y firma del quejoso, su domicilio, la ubicación y la descripción de hechos que constituyan probables irregularidades.
- Respecto de los que se haya revocado o declarado la nulidad de la autorización, permiso o licencia, declaración de apertura o registro de manifestación.^{2,3,17}

2.1 DERECHOS DEL CIRUJANO DENTISTA

1. Solicitar la identificación del verificador.

Compruebe que la credencial cumple con los siguientes requisitos: nombre y firma de la autoridad sanitaria y del verificador, número de folio, fecha de expedición, fecha de vigencia y la leyenda “válida solo cuando exhibe orden de visita”. Teléfono para aclaraciones y quejas. (Artículo 401 fracción I de la Ley General de Salud).^{ANEXO 4}

2. Recibir la orden de verificación.

El propietario, responsable, encargado u ocupante del establecimiento deberá recibir previo acuse de recibido el original de la orden escrita con las disposiciones legales que la fundamenten con firma autógrafa expedida por la autoridad. (Artículo 339 de la Ley General de Salud)

3. Conocer el propósito y alcance de la visita.

En la orden de visita se debe precisar el objeto de la visita el alce de ésta y los datos del establecimiento a verificarse. (Artículo 339 de la Ley General de Salud)

4. Designar dos testigos que deberán permanecer durante la visita.

Al inicio de la visita el propietario, responsable, encargado u ocupante del establecimiento designará dos testigos que deberán permanecer durante el desarrollo de la visita.



**VISITA DE SUPERVISIÓN Y VERIFICACIÓN SANITARIA
PARA EL CONSULTORIO DENTAL PRIVADO**



Ante la negativa de nombrar testigos los designará la autoridad que practique la verificación y esta circunstancia se hará constar en el acta. (Artículo 401 fracción II de la Ley General de Salud)

5. Conocer los hechos o circunstancias que se encuentren en la verificación.

En el acta que se levante por motivo de la verificación se harán constar las circunstancias de la diligencia, las deficiencias o irregularidades sanitarias observadas y en su caso las medidas de seguridad que se ejecuten. (Artículo 401 fracción III)

6. Leer el acta de verificación y recibir copia.

Deberá leer el acta recabar las firmas de quien en ella intervinieron y recibir copia del acta. La negativa a firmar o recibir copia se hará constar en el referido documento y no afectará su validez ni la diligencia practicada. (Artículo 401 fracción IV de la ley general de salud)

7. Manifestar en el acta lo que a su derecho convenga.

Al concluir la verificación se dará oportunidad al verificado de manifestar lo que a su derecho convenga en el acta de verificación. (Art. 401 fracción IV de la ley general de Salud)

8. Conocer las medidas correctivas derivadas de la visita de verificación.

Las autoridades sanitarias con base en los resultados de la visitas podrán dictar las medidas para corregir las irregularidades que hubieran encontrado, Las medidas correctiva se notificaran al responsable sanitario y se dará un plazo para su realización. (Artículo 430 de la Ley General de Salud)

9. Conocer el tipo de medidas de seguridad que se pudieran aplicar.

Durante la visita de verificación se podrán aplicar la suspensión de trabajos o servicios la cual será temporal, total o parcial y se aplicara por el tiempo estrictamente necesario para corregir las irregularidades.



Se levantara la suspensión a instancias del interesado o por la propia autoridad que la ordeno cuando cese la causa por la cual fue decretada. (Artículo 397 de la Ley general de salud)

Durante la suspensión se podrá permitir el acceso de las personas que tengan encomendada la corrección de las irregularidades. (Artículo 412 de la ley General de Salud)

2.2 OBLIGACIONES DEL CIRUJANO DENTISTA

1. No impedir u obstaculizar la visita de verificación.
2. Acreditar en términos de la ley la personalidad con que se ostente, señalar el carácter con el que atienda la visita de verificación o la relación que guarda con el titular del consultorio.
3. Permitir el acceso al consultorio conforme al orden de la visita de verificación.
4. Proporcionar la información adicional que requiera el verificador.
5. Abstenerse de conducirse con falsedad durante la verificación así como ofrecer o entregar; dinero, objetos o servicios durante la visita de verificación o su calificación.
6. Proporcionar las facilidades al verificador para el correcto desempeño en su visita conforme al objeto y alcance establecido en la Orden de Visita de Verificación.¹⁷

Las personas que impidan o traten de impedir el cumplimiento de las disposiciones legales por medio de la fuerza u otro medio se harán acreedoras a las sanciones establecidas en lo dispuesto en el capítulo de sanciones, así mismo la autoridad competente puede solicitar el auxilio de la fuerza pública para el ejercicio de sus atribuciones.



2.3 FORMATOS DE VISITA SANITARIA

Los verificadores, para practicar las visitas, deberán estar provistos de la orden de verificación así como del acta de verificación sanitaria documentos legales expedidos por la COFEPRIS impresos en papel tipo seguridad y de acuerdo a la información recabada en el sistema de cómputo. ²⁰

2.3.1 ORDEN DE VISITA DE VERIFICACIÓN SANITARIA:

Es un documento oficial emitido por la COFEPRIS, en el cual se le notifica al verificador sanitario que ha sido designado para llevar a cabo la diligencia de un establecimiento de atención médica. ¹

Los datos mínimos necesarios que debe contener son:

- Lugar y fecha, de expedición
- Número de orden
- Alcance de la verificación
- Nombre, denominación o razón social del visitado
- Nombre del verificador que realiza la visita
- Nombre y dirección del establecimiento
- Firma autógrafa de la autoridad responsable
- Números telefónicos a los cuales puede llamar para corroborar la procedencia de la verificación

Este documento es obligatorio para realizar la visita de verificación sanitaria si el verificador no presenta este documento la verificación no procede y podemos reportarlo ante la COFEPRIS.



2.3.2 ACTA DE VERIFICACIÓN

Es un documento en el cual se hará constatar las condiciones del establecimiento a verificar así Como las deficiencias y anomalías sanitarias observadas.

Toda visita de verificación generará el levantamiento de un acta de verificación, misma que se realizará en los formatos oficiales.¹

El formato de dicho documento contiene original y copia, en él se anotaran las condiciones sanitarias del consultorio en lo relativo a: servicio, personal e infraestructura.

El acta deberá redactarse en presencia del responsable sanitario y dos testigos, además de estar numeras y foliada.

Este documento deberá contener:

- Nombre del responsable sanitario.
- Domicilio para recibir notificaciones.
- Fecha en que se realizó la visita, número de expediente.
- Descripción de los hechos e irregularidades encontradas durante la visita.
- Medidas de seguridad que se impugnan.

Al término del llenado del acta, el verificador entregará al interesado el original de la orden de visita para su lectura y que el visitado asenté información conforme a su conveniencia.

La copia del acta de verificación será conservada por el responsable sanitario para posibles aclaraciones.



2.4 AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y DE RESPONSABLE SANITARIO

Es el acto administrativo de autorización sanitaria mediante el cual la COFEPRIS permite a una persona pública o privada, la realización de actividades relacionadas con la salud humana.

Los servicios privados en consultorios y clínicas dentales deberán dar aviso de funcionamiento ante la COFEPRIS.^{19,20}

El aviso deberá presentarse por escrito a la Secretaría de Salud o a los gobiernos de las entidades federativas, dentro de los diez días posteriores al inicio de operaciones y contendrá los siguientes datos:

1. Nombre y domicilio de la persona física o moral propietaria del establecimiento.
2. Domicilio del establecimiento donde se realiza el proceso y fecha de inicio de operaciones.
3. Procesos utilizados y línea o líneas de productos.
4. Declaración, bajo protesta de decir verdad, de que se cumplen los requisitos y las disposiciones aplicables al establecimiento.
5. Clave de la actividad del establecimiento.
6. Número de cédula profesional, del responsable sanitario.

En el aviso de funcionamiento se expresarán las características y tipo de servicios a que estén destinados y, en el caso de establecimientos particulares como el consultorio dental privado, se señalará también al responsable sanitario.



**VISITA DE SUPERVISIÓN Y VERIFICACIÓN SANITARIA
PARA EL CONSULTORIO DENTAL PRIVADO**



Los establecimientos en los que se presten servicios de atención médica, deberán contar con un responsable, mismo que deberá tener título, certificado o diploma, que según el caso, haga constar los conocimientos respectivos en el área de que se trate.

Corresponde al responsable sanitario:

- Establecer y vigilar el desarrollo de procedimientos para asegurar la oportuna y eficiente prestación de los servicios que el consultorio ofrezca, así como para el cabal cumplimiento de la Ley y las demás disposiciones aplicables.
- Vigilar que se apliquen las medidas de seguridad e higiene para la protección de la salud del personal expuesto por su ocupación.
- Atender en forma directa las reclamaciones que se formulen por irregularidades en la prestación de los servicios, ya sea las originadas por el personal, profesionales, técnicos o auxiliares independientes, que presten sus servicios en el consultorio.
- Informar a las autoridades sanitarias competentes, de las enfermedades de notificación obligatoria, así como adoptar las medidas necesarias para la vigilancia epidemiológica, tomando en cuenta lo dispuesto en la Ley.
- Notificar al Ministerio Público los casos en que se les requieran servicios de atención médica para personas con lesiones u otros signos que presumiblemente se encuentren vinculadas a la comisión de hechos ilícitos.^{2,22}

Las autoridades sanitarias competentes expedirán las autorizaciones respectivas cuando el solicitante hubiere satisfecho los requisitos que señalen las normas aplicables y cubierto, en su caso, los derechos que establezca la legislación fiscal.^{4,21}



2.4.1 TRÁMITE ANTE LA COFEPRIS

HOMOCLAVE	COFEPRIS-05-036
NOMBRE DEL TRÁMITE	Aviso de funcionamiento y de responsable sanitario del establecimiento de servicios de salud.
DIRECCIÓN DE LA UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE	Calle Oklahoma número 14, colonia Nápoles, Delegación Benito Juárez, código postal 03810, México, Distrito Federal
FORMATO	Aviso de funcionamiento, de responsable sanitario y de modificación publicado en el Diario Oficial de la Federación el 28 de enero del 2011. Debe presentar ORIGINAL y COPIA.
COSTO	TRÁMITE GRATUITO
DOCUMENTOS QUE DEBEN ANEXARSE A LA SOLICITUD	<ul style="list-style-type: none">• Representante Legal:<ul style="list-style-type: none">-Original y copia simple del acta constitutiva y/o poder otorgado ante notario o corredor público de los representantes legales.-Copia simple de identificación oficial con fotografía del representante legal.• Personas Autorizadas:<ul style="list-style-type: none">-Copia simple de identificación oficial con fotografía de la(s) persona(s) autorizada(s).
PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA	El trámite es un aviso, por lo que no requiere respuesta. La autoridad cuenta con un plazo máximo de 10 días hábiles para requerirle al particular la información faltante.



2.4.2 CAMPOS QUE SE DEBEN LLENAR EN EL FORMATO

<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="background-color: white; border-radius: 50%; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-right: 10px;">1</div> <div style="font-weight: bold; font-size: 1.2em;">SELECCIONAR EL TRÁMITE Y LA MODALIDAD</div> </div>									
<p>Seleccione con una "X" el tipo de trámite.</p> <p>-Aviso de Funcionamiento</p> <p>-Aviso de Responsable Sanitario</p>									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"> AVISO DE FUNCIONAMIENTO </td> <td style="width: 5%; text-align: center;"> <input checked="" type="checkbox"/> </td> <td style="width: 40%; text-align: center;"> AVISO DE RESPONSABLE SANITARIO </td> <td style="width: 5%; text-align: center;"> <input checked="" type="checkbox"/> </td> </tr> </table>	AVISO DE FUNCIONAMIENTO	<input checked="" type="checkbox"/>	AVISO DE RESPONSABLE SANITARIO	<input checked="" type="checkbox"/>					
AVISO DE FUNCIONAMIENTO	<input checked="" type="checkbox"/>	AVISO DE RESPONSABLE SANITARIO	<input checked="" type="checkbox"/>						
<p>Seleccione con una "X" la Modalidad y Actividad de su establecimiento.</p> <p>-Aviso de funcionamiento y de responsable sanitario del establecimiento de servicios de salud</p> <p>-Consultorio dental</p>									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"> AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y DE RESPONSABLE SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD </td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 40%; text-align: center;"> <input checked="" type="radio"/> </td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 40%; text-align: center;"> <input type="radio"/> </td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 40%; text-align: center;"> CONSULTORIO DENTAL </td> <td style="width: 5%;"></td> </tr> </table>		AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y DE RESPONSABLE SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD		<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>		CONSULTORIO DENTAL	
AVISO DE FUNCIONAMIENTO Y DE RESPONSABLE SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD		<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>		CONSULTORIO DENTAL			
CLAVE (S.C.I.A.N.)	621211								
Descripción del S.C.I.A.N.	Consultorio dental del sector privado								



2 DATOS DEL PROPIETARIO

- Nombre del propietario
- RFC.
- Domicilio Fiscal:
 - Calle, número exterior y número o letra interior
 - Colonia
 - Delegación o municipio
 - Localidad (No aplica para el Distrito Federal)
 - Código postal
 - Entidad federativa
 - Entre calle y calle
 - Teléfono(s)

3 DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

- Razón social o denominación del establecimiento
- RFC
- Domicilio
 - Calle, número exterior y número o letra interior
 - Colonia
 - Delegación o municipio
 - Localidad (No aplica para el Distrito Federal)
 - Código postal
 - Entidad federativa
 - Entre calle y calle
 - Teléfono(s)
- Horario
- Fecha de inicio de actividades
- Nombre completo, correo electrónico y CURP del representante



5

DATOS DEL RESPONSABLE SANITARIO

- **Trámite a realizar**
 - Alta
 - Modificación o actualización
 - Baja
- **Nombre completo**
- **RFC**
- **CURP**
- **Horario**
- **Correo electrónico**
- **Con título profesional de**
- **Título profesional expedido**
- **No. de cédula.**
- **Especialidad de Título de la especialidad**
- **Título de especialidad expedido**
- **No. de cédula de la especialidad**
- **Firma del Responsable Sanitario**
- **En caso de modificación de Responsable indique:**
 - **Nombre completo del Responsable Sanitario anterior**
 - **RFC. del Responsable Sanitario anterior**

No se le podrá exigir la presentación de más documentación a la señalada en los requisitos salvo los previstos en el Artículo 15 de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo referente a la acreditación de la personalidad jurídica.^{3, 21, 23}



CAPÍTULO III. MARCO JURÍDICO

La función de la verificación sanitaria requiere para su ejecución, del cumplimiento de diversos instrumentos legales:

- CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS
- REGLAMENTOS
- LEYES
- NORMAS OFICIALES MEXICANAS

Con el único objetivo de evitar que se causen riesgos a la salud de las personas y así cumplir con el derecho a la protección de la salud.

3.1 CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

ARTICULO 4° fracción III

- Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general.

ARTICULO 73, fracción XVI

- La autoridad sanitaria será ejecutiva y sus disposiciones serán obedecidas por las autoridades administrativas del País.



3.2 REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA.

En el Artículo 1° estipula que es un reglamento de aplicación en todo el territorio nacional y sus disposiciones son de orden público e interés social y tiene por objeto proveer, en la esfera administrativa, al cumplimiento de la Ley General de Salud, en lo que se refiere a la prestación de servicios de atención médica.

Corresponde a la Secretaría de Salud emitir las normas oficiales mexicanas a que se ajustará, la prestación de los servicios de salud en materia de atención médica, las que se publicarán en el Diario Oficial de la Federación (Artículo 4°).

Las actividades de atención médica son:

- PREVENTIVAS: incluyen las de promoción general y las de protección específica.
- CURATIVAS: tienen por objeto efectuar un diagnóstico temprano de los problemas clínicos y establecer un tratamiento oportuno para resolución de los mismos.
- DE REHABILITACIÓN: incluyen acciones tendientes a limitar el daño y corregir la invalidez física o mental.
- PALIATIVAS: incluyen el cuidado integral para preservar la calidad de vida del usuario, a través de la prevención, tratamiento y control del dolor, y otros síntomas físicos y emocionales. (Artículo 8).

El consultorio dental es considerado un establecimiento de atención médica esto es de acuerdo al Artículo 10 en su fracción I y II que dice:



Serán considerados establecimientos para la atención médica:

- I.- Aquellos en los que se desarrollan actividades preventivas, curativas, de rehabilitación y de cuidados paliativos dirigidas a mantener y reintegrar el estado de salud de las personas, así como a paliar los síntomas del padecimiento.
- II.- Aquellos en los que se presta atención odontológica.

El consultorio dental deberá contar con un responsable, mismo que deberá tener título, certificado o diploma, registrados por las autoridades educativas competentes. (Artículo 18)

El responsable del consultorio tendrá las obligaciones de:

- I.- Establecer y vigilar el desarrollo de procedimientos para asegurar la oportuna y eficiente prestación de los servicios de salud, así como para el cabal cumplimiento de la Ley y las demás disposiciones aplicables.
- II.- Vigilar que se apliquen las medidas de seguridad e higiene para la protección de la salud.
- III.- Atender en forma directa las reclamaciones que se formulen por irregularidades en la prestación de los servicios, ya sea las originadas por el personal, profesionales, técnicos o auxiliares independientes, que presten sus servicios en el consultorio.
- IV.- Informar a las autoridades sanitarias competentes, de las enfermedades de notificación obligatoria, así como adoptar las medidas necesarias para la vigilancia epidemiológica, tomando en cuenta lo dispuesto en la Ley.
- V.- Notificar al Ministerio Público los casos en que se les requieran servicios de atención médica para personas con lesiones u otros signos que presumiblemente se encuentren vinculadas a la comisión de hechos ilícitos. (Artículo 19 fracción I-V)



**VISITA DE SUPERVISIÓN Y VERIFICACIÓN SANITARIA
PARA EL CONSULTORIO DENTAL PRIVADO**



Se debe dar conocer al público, a través de un rótulo en el consultorio donde se prestan los servicios de salud, el horario de su asistencia del responsable del consultorio, así como el horario de funcionamiento del establecimiento. (Artículo 20)

Se debe poner a la vista del público el título profesional, certificados, diplomas y en general, los documentos correspondientes, que lo acrediten como profesionista de la salud. (Artículo 23)

El consultorio dental deberá contar o con los recursos físicos, tecnológicos y humanos que señale este Reglamento y las normas oficiales mexicanas que al efecto emita la Secretaría de salud. (Artículo 26)

El consultorio deberá contar con las áreas de recepción o sala de espera, área para entrevista con el paciente, área de exploración física, área administrativa, instalación sanitaria adecuada y las demás que fijen las normas oficiales mexicanas. (Artículo 59) Así como con el equipo e instrumental señalados en las normas oficiales mexicanas (Artículo 60) y un botiquín de urgencias. (Artículo 63)

Las recetas médicas expedidas en el consultorio deben tener el nombre del médico, el nombre de la institución que les hubiere expedido el título profesional, el número de la cédula profesional, el domicilio del establecimiento y la fecha de su expedición. En caso de ser expedidas por especialistas, además de lo mencionado deberán contener el número de registro de especialidad. (Artículo 64 y 65)



3.3 LEY GENERAL DE SALUD

La presente ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del Artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud. Es de aplicación en toda la República y sus disposiciones son de orden público e interés social. (ARTICULO 1°)

Corresponde al Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Salud de acuerdo al Artículo 13 fracciones I, IX de la ley general de salud:

- Dictar las normas oficiales mexicanas a que quedará sujeta la prestación, en todo el territorio nacional, de servicios de salud en las materias de salubridad general y verificar su cumplimiento.
- Ejercer la coordinación y la vigilancia general del cumplimiento de las disposiciones de esta Ley y demás normas aplicables en materia de salubridad general.

La Secretaría de Salud ejercerá las atribuciones de regulación, control y fomento sanitarios en lo relativo al control y vigilancia de los establecimientos de salud a través de la COFEPRIS (Artículo 17 bis).

Los establecimientos de servicios de salud deberán presentar aviso de funcionamiento a la Secretaría de Salud, en el supuesto previsto en el primer párrafo del Artículo 200 bis de esta ley. En el aviso se expresarán las características y tipo de servicios a que estén destinados y, en el caso del consultorio dental privado, se señalará también al responsable sanitario.



**VISITA DE SUPERVISIÓN Y VERIFICACIÓN SANITARIA
PARA EL CONSULTORIO DENTAL PRIVADO**



El aviso deberá presentarse por escrito a la Secretaría de Salud o a los gobiernos de las entidades federativas, dentro de los diez días posteriores al inicio de operaciones y contendrá los siguientes datos:

- I. Nombre y domicilio de la persona física o moral propietaria del establecimiento.
- II. Domicilio del establecimiento donde se realiza el proceso y fecha de inicio de operaciones.
- III. Procesos utilizados y línea o líneas de productos.
- IV. Declaración, bajo protesta de decir verdad, de que se cumplen los requisitos y las disposiciones aplicables al establecimiento
- V. Clave de la actividad del establecimiento.
- VI. Número de cédula profesional, en su caso, de responsable sanitario.

En la operación y funcionamiento de los establecimientos de servicios de salud se deberán satisfacer los requisitos que establezcan los reglamentos y normas oficiales mexicanas correspondientes. (Artículo 47)

En lo que se refiere a unidades de rayos X de uso odontológico, bastará que el propietario notifique por escrito su adquisición, uso, venta o disposición final, a la autoridad sanitaria dentro de los diez días siguientes y cuente con mandil de plomo para la protección del paciente ya que en la NOM-229-SSA1-2002, de salud ambiental: requisitos técnicos para las instalaciones, responsabilidades sanitarias, especificaciones técnicas equipos y protección radiológica en establecimientos de diagnóstico médico con rayos X quedan excluidas las aplicaciones odontológicas convencionales .



3.4 NORMA OFICIAL MEXICANA NOM -004-SSA3-2012, DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

Esta norma, establece los criterios científicos, éticos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso, manejo, archivo, conservación, propiedad, titularidad y confidencialidad del expediente clínico, el cual se constituye en una herramienta de uso obligatorio para el personal del área de la salud.

Por tratarse de un documento e tipo legal deberá ser conservado por un periodo mínimo de 5 años, contados a partir de la fecha del último acto médico.

Los profesionales de la salud están obligados a proporcionar información verbal al paciente, a quién ejerza la patria potestad, la tutela, representante legal o autoridad competente.

Cuando se requiera un resumen clínico y otras constancias del expediente clínico, deberá ser solicitado por escrito por las autoridades competentes las cuales son: autoridades judiciales, órganos de procuración de justicia y autoridades administrativas.

El expediente odontológico que se integre en un establecimiento para la atención médica ambulatoria se ajustará a lo establecido en la Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-2006.

El estomatólogo es el responsable de elaborar el expediente clínico, el cual debe expresarse en lenguaje técnico estomatológico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras o tachaduras.



El expediente clínico debe contar como mínimo con los siguientes documentos:

- Identificación del consultorio o unidad.
- Nombre del estomatólogo.
- Identificación de la Institución o Consultorio. Especificar: Nombre, tipo y ubicación.
- Identificación del paciente. Como mínimo: Nombre completo, sexo, edad, domicilio y lugar de residencia.
- Historia clínica.
- Notas de evolución.
- Nota de interconsulta.
- Carta de consentimiento bajo información.
- Hoja de egreso voluntario.

Se deberá contar con archivero y formatos para el expediente.

Además de los documentos especificados en esta norma como obligatorios se podrá contar con: cubierta o carpeta, hoja frontal, en su caso otras de trabajo social, nutrición, ficha laboral y los que se consideren necesarios para completar la información sobre la atención al paciente.

La información contenida en el expediente clínico será manejada con discreción y confidencialidad. Solo se dará a conocer a las autoridades competentes.

Al interior de los establecimientos de salud se podrá evaluar la calidad del expediente clínico utilizando el Modelo de Evaluación del Expediente Clínico Integrado y de Calidad .^{anexo 5}



3.5 NORMA OFICIAL MEXICANA NOM -013-SSA2-2006, PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES BUCALES

MEDIDAS BÁSICAS DE PREVENCIÓN DE RIESGOS

- Utilizar barreras de protección: bata, anteojos o careta y guantes y cubre bocas desechables, para atender a cada paciente.
- Proporcionarle al paciente: babero y campos quirúrgicos desechables y anteojos de protección.
- Realizar el lavado de manos con agua potable, jabón líquido, soluciones antisépticas y secar con toallas desechables o secador de aire.
- Usar un par de guantes nuevos con cada paciente.
- Evitar la contaminación cruzada.
- Proporcionar a todo paciente al inicio de cada sesión clínica, solución antiséptica a fin de realizar colutorios.
- Usar un sistema de succión eficiente.
- Emplear agujas estériles nuevas y cartuchos de anestesia nuevos con cada paciente.
- Utilizar cubiertas desechables o limpiar y desinfectar con sustancias con actividad tuberculocida entre cada paciente las áreas, expuestas a los aerosoles y salpicaduras, tocadas con guantes, material e instrumentos contaminados, tales como: lámpara de la unidad y de fotocurado, escupidera, aparato de rayos X, cabezal y brecera.
- Esterilizar para su uso todo instrumental, material o equipo que penetre tejidos blandos o duros. Así como aquel que se contamine con sangre o cualquier otro fluido corporal.
- Esterilizar las piezas de mano de alta, baja velocidad, contra-ángulos, puntas de la jeringa triple, cureta ultrasónica, fresas y piedras rotatorias La esterilización debe ser mediante vapor a presión.
- Aplicar mensualmente testigos biológicos.



- Separar e los residuos peligrosos biológico-infecciosos de acuerdo a su potencial infeccioso conforme a la NOM-087-ECOL-SSA1-2000.
- Arrojar directamente al drenaje los desechos recolectados en el aspirador quirúrgico. Lavar y desinfectar la tarja y los recipientes con hipoclorito de sodio (blanqueador doméstico) diluido 1:10.
- Guardar el mercurio residual en frascos de plástico con agua, cerrados herméticamente.

Se deberá contar con todo el equipo, material e instrumental para dar cumplimiento a las disposiciones.

PREVENCIÓN DE RIESGOS PROFESIONALES

Con el propósito de evitar riesgos profesionales propios de la actividad estomatológica es obligación del estomatólogo:

- Aplicarse las vacunas contra la hepatitis B, tétanos, rubéola y sarampión.
- Contar con el consentimiento del interesado, realizar la prueba de detección del VIH.
- Pulir y retirar las obturaciones de amalgama bajo chorro de agua, para evitar la aspiración de polvo y mercurio y así prevenir el riesgo provocado por el mercurio a nivel sistémico.
- Cumplir con las recomendaciones señaladas por el fabricante para el uso de productos para prevenir los riesgos de tipo químico.
- Orientar al personal de salud sobre el uso de manguitos o tapones auditivos, así como las ventajas de realizarse audiometrías en forma periódica.
- Aplicar los principios de la ergonomía en odontología para prevenir los riesgos de fatiga, várices y osteoarticulares provocados por problemas posturales.



3.6 NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-005-SSA3-2010, QUE ESTABLECE LOS REQUISITOS MÍNIMOS DE INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO DE ESTABLECIMIENTOS PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE PACIENTES AMBULATORIOS

Esta norma es obligatoria para todos los establecimientos de atención médica denominados o que funcionen como consultorios no especializados.

El consultorio dental privado está dedicado a desarrollar actividades preventivas, curativas y de rehabilitación, dirigidas a promover, mantener y restaurar la salud bucal de las personas; es considerado como establecimiento ambulatorio ya que los pacientes no requieren ser hospitalizados.

REQUISITOS PARA EL CONSULTORIO DENTAL

1.- Debe contar con áreas específicas para:

- El sillón dental y sus accesorios, asegurando los espacios necesarios para circular con facilidad y seguridad
- La preparación y esterilización de materiales
- Entrevistas con el paciente
- Aparato de Rayos X dental

2.-La instalación eléctrica requiere contactos apropiadamente distribuidos y en número suficiente para los equipos instalados. Todos los contactos deben estar eléctricamente polarizados y aterrizados, no se deberán usar extensiones eléctricas o contactos múltiples en un solo contacto.



3.- La instalación hidráulica complementada con un sistema local de filtración del agua para aquella que se utiliza en la jeringa triple y en las piezas de mano.

4.- Realizar acciones para el control o erradicación de fauna nociva, al menos una vez al año, por lo que deberán presentar el comprobante de fumigación o desinfestación correspondiente, otorgado por un establecimiento autorizado.

Al momento en que la autoridad sanitaria realice la verificación se debe presentar dicho comprobante con fecha de expedición menor a 365 días.

5.- Compresora de aire libre de aceite, con filtros y purga de condensado.

6.- Contar con el mobiliario, equipo e instrumental siguiente:

MOBILIARIO

Asiento para odontólogo

Asiento para pacientes y acompañantes

Cubeta o cesto para bolsa de

Bolsa de plástico color rojo para residuos peligrosos biológico infecciosos

Contenedor rígido para residuos peligrosos punzo-cortantes

Guarda de materiales, instrumental o equipo

Mesa con tarja

Mueble para escribir

Mueble con cajonera

Sistema para guarda de expedientes clínicos



EQUIPO

Autoclave o esterilizador eléctrico de operación manual

Compresora de aire libre de aceite

Sillón dental con plataforma y respaldo reclinable

Unidad dental con:

-charola porta-instrumentos

-lámpara

-sistema flush abastecedor de agua para la pieza de mano y la jeringa triple.

INSTRUMENTAL

Alveolotomo, pinza gubia

Amalgamador de uso dental o mortero pistilo con capacidad para 125 ml

Arco de Young para dique de hule

Contrángulo

Cucharilla para cirugía

Cureta Mc Call, derecha e izquierda, juego (Cureta C K6)

Dosificador amalgamador

Elevador recto acanalado, con mango metálico, 2 mm

Elevador de bandera, izquierdo, con mango metálico, extremo en ángulo obtuso y hoja pequeña

Elevador con mango metálico, brazo angulado izquierdo o derecho, extremo fino y corto

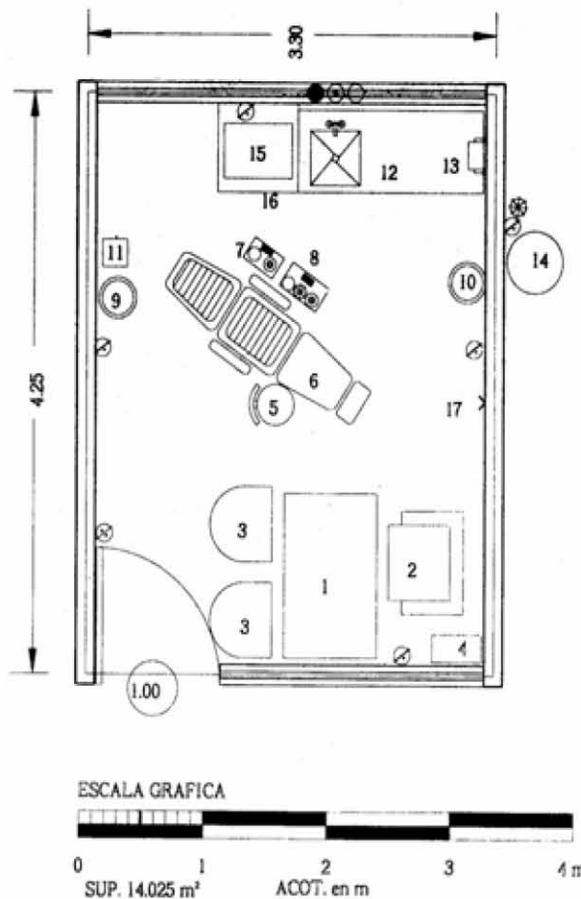
Espátula de doble extremo



Espátula Estiques, doble punta de trabajo
Espátula para preparar alginato o yeso
Espejo dental con mango de rosca estándar, sin aumento No. 5
Excavador White No. 17, mínimo 10 piezas
Explorador de una pieza con doble extremo No. 5, mínimo 10 piezas
Fórceps, diferentes medidas y adecuados al operador
Grapas para dique de hule
Jeringa Carpulle, con adaptador para aguja desechable, mínimo 10 piezas
Juego de cucharillas para impresión total para pacientes dentados y
desdentados
Juego de cucharillas para impresión parcial, taza de hule
Lima para hueso doble extremo con punta de trabajo rectangular y oval
Mortero provisto de mano con capacidad para 125 ml
Obturadores de los tipos y condiciones apropiadas al operador
Pieza de mano de alta velocidad esterilizable
Pieza de mano de baja velocidad esterilizable
Pinzas portagrapas
Pinza perforadora Ainsworth
Pinza para curaciones modelo Collage No. 18
Pinza de traslado con frasco refractario
Portaamalgama Rower con puntas desmontables, doble extremo
Portavasos para escupidera
Recortador de amalgama
Tijera para encías, curvas, con hojas cortas, modelo Quimby
Tira puente Miller
Torundero con tapa.

CROQUIS DEL CONSULTORIO DENTAL

CONSULTORIO DE ESTOMATOLOGIA



MOBILIARIO Y EQUIPO

- 1 ESCRITORIO
- 2 SILLON GIRATORIO
- 3 SILLA
- 4 CESTO PARA BASURA MUNICIPAL
- 5 BANCO GIRATORIO
- 6 SILLON DENTAL
- 7 UNIDAD DE AGUA
- 8 UNIDAD ODONTOLÓGICA
- 9 CESTO PARA RPBI BOLSA AMARILLA
- 10 CESTO PARA RPBI BOLSA ROJA
- 11 CONTENEDOR PARA PUNZOCORTANTES
- 12 MESA CON TARJA
- 13 TOALLERO PARA TOALLAS DE PAPEL
- 14 COMPRESOR DE AIRE
- 15 ESTERILIZADOR ELECTRICO
- 16 MUEBLE CON CAJONERA
- 17 GANCHO DOBLE

SIMBOLOGIA DE INSTALACIONES

- AGUA FRÍA
- AGUA CALIENTE
- ⊙ DESAGÜE EN MURO 38 mm (TARJA)
- ⊗ CONTACTO ELECTRICO POLARIZADO h 0.40 m (CON TIERRA FISICA)
- ⊗ APAGADOR h 1.05 m
- ⊙ DESAGÜE EN PISO 25 mm (CON TRAMPA)
- ⊗ AIRE A PRESION 13 mm
- SALIDA ELECTRICA

ESTE PLANO SE CONSIDERA COMO EJEMPLO
NO ES LIMITATIVO.



3.7 NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-016-SSA3-2012, QUE ESTABLECE LAS CARACTERÍSTICAS MÍNIMAS DE INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO DE HOSPITALES Y CONSULTORIOS DE ATENCIÓN MÉDICA ESPECIALIZADA

Disposiciones generales aplicables a consultorios de atención médica especializada:

- Los consultorios de atención médica especializada de un hospital o ligados a él, quedan amparados por la licencia sanitaria o el aviso de funcionamiento y por el responsable sanitario del hospital.
- Los consultorios de atención médica especializada independientes deberán contar con aviso de funcionamiento y responsable sanitario; el responsable sanitario deberá ser un médico especialista en el área de la medicina de que se trate.
- Deberán contar con un botiquín de urgencias.
- Deberán contar con un archivo de expedientes clínicos.
- Contar con una sala de espera, la cual podrá ser compartida por un conjunto de consultorios que se encuentren en una misma planta, preferentemente con un mínimo de 6 lugares de espera por consultorio.
- La sala de espera, deberá contar preferentemente con sanitarios para público y pacientes, independientes para hombres y mujeres; además cada uno de ellos, deberá disponer de un inodoro para uso de personas con discapacidad.
- Los consultorios de especialidades de estomatología, deberán contar con el equipo y mobiliario básico señalado en la NOM 005-SSA3-2010. Así como con el equipamiento de acuerdo con cada especialidad en particular:



I. Consultorio de Endodoncia

- Atacadores
- Espaciador para conductos D11
- Explorador endodóntico DG-16
- Lámpara de fotocurado
- Limas diferentes tipos y medidas
- Pinzas de corte distal
- Recortador de Gutapercha
- Regla de anillo metálica para conductometría.

II. Consultorio de Periodoncia

- Sonda periodontal Goldman Fox
- Mango de bisturí
- Excavador E2

III. Consultorio de Ortodoncia

- Arcos nitinol
- Empujador de bandas metálicas
- Estrella posicionadora de bandas
- Lápiz ligador
- Lima para bandas
- Luks MA 57
- Luks para sellar 1, 2 y 3
- Pinza "how" curva
- Pinza "how" recta
- Pinza de la rosa
- Pinza para abombar
- Pinza para hacer banda derecha
- Pinza para hacer banda izquierda
- Pinza pico de pájaro corta
- Pinza pico de pájaro larga
- Pinza tres picos



- Pinzas de corte alambre ligero
- Pinzas de corte alambre pesado
- Pinzas de mosco
- Pucher
- Soplete dental para soldar.

IV. Consultorio de Odontopediatría

- Abrebocas
- Pinza para abombar coronas.

V. Consultorio de Cirugía maxilofacial

- Lápiz ligador
- Porta agujas
- Mango para bisturí
- Retractor gingival.

VI. Consultorio de Ortopedia maxilofacial

- Arcos nitinol
- Lápiz ligador
- Pinza para hacer banda derecha
- Pinza para hacer banda izquierda.

VII. Oclusión

- Dontrix (medidor de fuerzas)
- Mordedor.

VIII. Consultorio de Implantología dental

- Equipo de Rayos X
- Negatoscopio adecuado al consultorio
- Sistema de revelado.



3.8 NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-233-SSA1-2003, QUE ESTABLECE LOS REQUISITOS ARQUITECTÓNICOS PARA FACILITAR EL ACCESO, TRÁNSITO, USO Y PERMANENCIA DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN MÉDICA AMBULATORIA Y HOSPITALARIA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Los requisitos arquitectónicos más relevantes en esta norma son:

- Las rutas para desplazamiento de personas con discapacidad, deben ser francas y libres de obstáculos de equipamiento urbano y follaje de árboles.
- Los cambios de nivel en piso se deben compensar con rampas ubicadas en esquinas y para distancias prolongadas se colocarán por lo menos cada 25.0 m y los peraltes máximos a una altura de 0.16 m.
- En estacionamientos, se deben destinar espacios de uso para personas con discapacidad. Ubicados lo más cerca posible a los accesos del establecimiento, con ruta libre de obstáculos hasta la entrada del lugar, las circulaciones deben ser al mismo nivel o con rampa para compensar desniveles de banquetas.
- Las dimensiones para cajón de estacionamiento, deben ser de 3.80 m de frente por 5.00 m de fondo.
- Los letreros y gráficos visuales de tipo vertical deben tener letras de 0.05 m de alto como mínimo, en color contrastante con el fondo, colocados a 2.10 m sobre el nivel del piso y libres de obstáculo.



- Los letreros que identifiquen el establecimiento de atención médica y servicios de urgencias, deben estar libres de obstáculos que impidan su visibilidad a una distancia de 10.00 m.
- Se deben colocar letreros o señalamientos de localización de servicios para indicar accesos, estacionamientos, rampas, escaleras, conducción, seguridad y preventivos, con dimensiones mínimas de 0.40 m por 0.60 m, a una altura de 2.10 m.
- Deben ubicarse señalamientos con símbolos internacionales de conducción, de prevención, de seguridad e indicativos en áreas de acceso, servicios, tránsito y estancia.
- Para indicar la proximidad de desniveles en piso, se debe tener cambio de textura y color contrastante con respecto al predominante, en una distancia de 1.50 m por el ancho del elemento, al inicio y al final de la rampa.
- Las rampas deben tener protección lateral con bordes, sardineles o pretilas de 0.05 m de altura como mínimo y pasamanos en ambos lados. El ancho mínimo debe ser de 1.20 m libre entre pasamanos.
- El piso de rampas debe ser firme, uniforme y antiderrapante, evitando acumulación de agua en descansos.
- Los pasillos de comunicación al público deben tener un ancho mínimo de 1.20m, pasamanos tubulares continuos, señalización de conducción a servicios y de tipo evacuación.



**VISITA DE SUPERVISIÓN Y VERIFICACIÓN SANITARIA
PARA EL CONSULTORIO DENTAL PRIVADO**



- Los establecimientos de atención médica ambulatoria y hospitalaria, que cuenten con dos o más niveles, deben tener: escaleras, además de elevador y rampas.

- En cada nivel donde existan sanitarios públicos, debe haber un mingitorio, con el borde superior a 0.90 m, un retrete y un lavabo para personas con discapacidad.

- En áreas reducidas, el abatimiento de puertas debe ser hacia fuera.

- Las manijas y jaladeras deben ser resistentes, tipo palanca por ambos lados y estar instaladas a 0.90 m del nivel del piso.

- Los pasamanos deben tener las siguientes características:
 - I. De tipo redondo de 0.032 m de diámetro exterior como mínimo, con material rígido, resistente, liso, color contrastante, libre de asperezas y que permitan el deslizamiento de las manos sin interrupción.
 - II. Colocados a 0.90 m y un segundo pasamanos a 0.75 m del nivel del piso.
 - III. Sujetos firmemente a piso o muro con separación de 0.05 m de la pared, en su caso.
 - IV. Para rampas y escaleras en el arranque y en la llegada deben de prolongarse 0.60 m, con remate curvo y anclaje firme a piso o a muro que permita un apoyo.

- Los cambios de nivel en piso hasta 0.006 m pueden ser verticales y sin ningún aviso.

- En salas de espera se debe destinar un área cercana al acceso de 1.00 m por 1.25 m para personas con discapacidad en silla de ruedas, muletas o bastones y se indicará simbología de área reservada.



3.9 NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-003-SEGOB-2011, SEÑALES Y AVISOS PARA PROTECCIÓN CIVIL.- COLORES, FORMAS Y SÍMBOLOS A UTILIZAR

Las señales de protección civil se clasifican de acuerdo al tipo de mensaje que proporcionan:

1) **Señales informativas:**

Son aquellas que facilitan a la población, la identificación de condiciones seguras.

2) **Señales informativas de emergencia:**

Son las que indican a la población la localización de equipos e instalaciones para su uso en una emergencia.

3) **Señales informativas para emergencia o desastre:**

Son aquellas cuya implementación está a cargo de las autoridades competentes en el momento de una emergencia o desastre, que permiten a la población localizar instalaciones y servicios dispuestos para su apoyo.

4) **Señales de precaución:**

Son las que advierten a la población sobre la existencia y naturaleza de un riesgo.

5) **Señales prohibitivas o restrictivas:**

Son las que prohíben y limitan una acción susceptible de provocar un riesgo.

6) **Señales de obligación:**

Son las que imponen al observador, la ejecución de una acción determinada, a partir del lugar en donde se encuentra la señal y en el momento de visualizarla.

SEÑALES INFORMATIVAS		
Dirección de una ruta de evacuación en el sentido requerido	<p><i>Color:</i></p> <p><i>Seguridad:</i> fondo verde</p> <p><i>Contraste:</i> blanco</p> <p><i>Forma:</i> rectángulo</p> <p><i>Símbolo:</i> flecha indicando el sentido requerido y en su caso el número de la ruta de evacuación</p> <p><i>Aviso:</i> RUTA DE EVACUACIÓN</p>	
Ubicación de una zona de menor riesgo	<p><i>Color:</i></p> <p><i>Seguridad:</i> fondo verde</p> <p><i>Contraste:</i> blanco</p> <p><i>Forma:</i> cuadro o rectángulo</p> <p><i>Símbolo:</i> silueta humana resguardándose</p> <p><i>Aviso:</i> ZONA DE MENOR RIESGO</p>	
Ubicación del punto de reunión	<p><i>Color:</i></p> <p><i>Seguridad:</i> fondo verde</p> <p><i>Contraste:</i> blanco</p> <p><i>Forma:</i> cuadro o rectángulo</p> <p><i>Símbolo:</i> cuatro flechas equidistantes dirigidas hacia un punto.</p> <p><i>Aviso:</i> PUNTO DE REUNIÓN</p>	

<p>Ubicación de una salida de emergencia</p>	<p><i>Color:</i> <i>Seguridad:</i> fondo verde <i>Contraste:</i> blanco <i>Forma:</i> cuadro o rectángulo <i>Símbolo:</i> silueta humana avanzando hacia una salida <i>Aviso:</i> SALIDA DE EMERGENCIA</p>	
<p>Ubicación de una escalera de emergencias</p>	<p><i>Color:</i> <i>Seguridad:</i> fondo verde <i>Contraste:</i> blanco <i>Forma:</i> rectángulo <i>Símbolo:</i> silueta humana avanzando hacia una escalera indicada con una flecha direccional <i>Aviso:</i> ESCALERA DE EMERGENCIAS</p>	
<p>Ubicación de rutas, espacios o servicios accesibles para personas con discapacidad</p>	<p><i>Color:</i> <i>Seguridad:</i> fondo azul <i>Contraste:</i> blanco <i>Forma:</i> cuadro o rectángulo <i>Símbolo:</i> figura humana utilizando silla de ruedas <i>Aviso:</i> USO EXCLUSIVO</p>	

SEÑALES INFORMATIVAS DE EMERGENCIA

<p>Ubicación de un extintor</p>	<p><i>Color:</i> <i>Seguridad:</i> fondo rojo <i>Contraste:</i> blanco <i>Forma:</i> cuadro o rectángulo <i>Símbolo:</i> silueta de un extintor y de una flama contigua con una flecha direccional indicando la ubicación del equipo <i>Aviso:</i> EXTINTOR</p>	
<p>Ubicación de un hidrante</p>	<p><i>Color:</i> <i>Seguridad:</i> fondo rojo <i>Contraste:</i> blanco <i>Forma:</i> cuadro o rectángulo <i>Símbolo:</i> silueta de un hidrante con una flecha direccional <i>Aviso:</i> HIDRANTE</p>	

<p>Ubicación de un dispositivo de activación de alarma</p>	<p><i>Color:</i> <i>Seguridad:</i> fondo rojo <i>Contraste:</i> blanco <i>Forma:</i> cuadro o rectángulo <i>Símbolo:</i> silueta de un timbre con efecto de ondas <i>Aviso:</i> ALARMA</p>	
<p>SEÑALES DE PRECAUCIÓN</p>		
<p>Precaución piso resbaloso</p>	<p><i>Color:</i> <i>Seguridad:</i> fondo amarillo <i>Contraste:</i> negro <i>Forma:</i> triángulo <i>Símbolo:</i> silueta humana deslizándose <i>Aviso:</i> PISO RESBALOSO</p>	
<p>Precaución riesgo biológico</p>	<p><i>Color:</i> <i>Seguridad:</i> fondo amarillo <i>Contraste:</i> negro <i>Forma:</i> triángulo <i>Símbolo:</i> silueta de tres medias lunas sobrepuestas a una circunferencia <i>Aviso:</i> RIESGO BIOLÓGICO</p>	

SEÑALES PROHIBITIVAS O RESTRICTIVAS		
Prohibición de fumar	<p><i>Color:</i></p> <p><i>Seguridad:</i> rojo</p> <p><i>Contraste:</i> fondo blanco</p> <p><i>Forma:</i> círculo con una diagonal</p> <p><i>Símbolo:</i> silueta de un cigarro encendido</p> <p><i>Aviso:</i> PROHIBIDO FUMAR</p>	
Prohibición de uso del elevador en caso de emergencia	<p><i>Color:</i></p> <p><i>Seguridad:</i> rojo</p> <p><i>Contraste:</i> fondo blanco</p> <p><i>Forma:</i> círculo con una diagonal</p> <p><i>Símbolo:</i> silueta de las puertas de un elevador</p> <p><i>Aviso:</i> NO UTILIZAR EN CASO DE EMERGENCIA</p>	
Prohibido el paso a personas no autorizadas	<p><i>Color:</i></p> <p><i>Seguridad:</i> rojo</p> <p><i>Contraste:</i> fondo blanco</p> <p><i>Forma:</i> círculo con una diagonal</p> <p><i>Símbolo:</i> silueta humana avanzando</p> <p><i>Aviso:</i> ACCESO RESTRINGIDO</p>	

<p>No grito</p>	<p><i>Color:</i> Seguridad: rojo Contraste: fondo blanco Forma: círculo con una diagonal Símbolo: silueta con rostro humano con efecto de gritar Aviso: NO GRITO</p>	
<p>No empujar</p>	<p><i>Color:</i> Seguridad: rojo Contraste: fondo blanco Forma: círculo con una diagonal Símbolo: silueta humana empujando a otra Aviso: NO EMPUJO</p>	

Al momento de la apertura del consultorio dental se debe acudir a la delegación correspondiente para solicitar el cuestionario de auto diagnóstico proporcionado por el departamento de protección civil. ^{Anexo 2}



3.10 NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-087-ECOL-SSA1-2002, PROTECCIÓN AMBIENTAL - SALUD AMBIENTAL - RESIDUOS PELIGROSOS BIOLÓGICO-INFECCIOSOS - CLASIFICACIÓN Y ESPECIFICACIONES DE MANEJO

Los Residuos Peligrosos Biológico-Infecciosos (RPBI) Son aquellos materiales generados durante los servicios de atención médica que contengan agentes biológico y que puedan causar efectos nocivos a la salud y al ambiente.

MANEJO DE RESIDUOS PELIGROSOS BIOLÓGICO-INFECCIOSOS

- a) Identificación de los residuos.
- b) Envasado de los residuos generados.
- c) Almacenamiento temporal.
- d) Recolección y transporte externo.
- e) Tratamiento.
- f) Disposición final.

IDENTIFICACIÓN

Los residuos deben de ser identificados inmediatamente después del procedimiento que los generó, en el sitio donde se originaron y por el personal que los generó.

Para su correcta identificación y posterior envasado, la separación de los residuos se debe de realizar de acuerdo a su estado físico y su clasificación.⁹

Para efectos de esta Norma Oficial Mexicana se consideran residuos peligrosos biológico-infecciosos los mostrados en la siguiente tabla:



CLASIFICACIÓN DE LOS RESIDUOS PELIGROSOS BIOLÓGICO- INFECCIOSOS

Sangre

- Sólo en su forma líquida, así como los derivados no comerciales, incluyendo las células progenitoras, hematopoyéticas y las fracciones celulares o acelulares de la sangre resultante (hemoderivados).

Cultivos y cepas de agentes biológico- infecciosos

- Utensilios desechables usados para contener, transferir, inocular y mezclar cultivos de agentes biológico-infecciosos.

Patológicos

- Tejidos, órganos y partes que se extirpan o remueven durante las necropsias, la cirugía o algún otro tipo de intervención quirúrgica, que no se encuentren en formol.
- Las muestras biológicas para análisis químico, microbiológico, citológico e histológico.

Residuos no anatómicos

- Recipientes desechables que contengan sangre líquida.
- Materiales de curación, empapados, saturados, o goteando sangre o cualquiera de los siguientes fluidos corporales: líquido sinovial, líquido pericárdico, líquido pleural, líquido Céfalo-Raquídeo o líquido peritoneal.
- Materiales desechables que



Punzocortantes	<p>contengan esputo, secreciones pulmonares y cualquier material usado para contener éstos, de pacientes con sospecha o diagnóstico de tuberculosis o de otra enfermedad infecciosa</p> <ul style="list-style-type: none">• Tubos capilares, navajas, lancetas, agujas de jeringas desechables, agujas hipodérmicas, de sutura, bisturís y estiletes de catéter
-----------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

De acuerdo con los cambios que incorpora la norma NOM-087-ECOL-SSA1-2002 sobre manejo de los RPBI, la cual sustituye a la NOM-087-ECOL-1995 ya no se consideran residuos peligrosos biológico–infecciosos los siguientes:

- Torundas y gasas con sangre seca o manchadas de sangre
- Material de vidrio utilizado en laboratorio
- Muestras de orina y excremento para análisis de laboratorio.
- Tejidos, partes del cuerpo en formol.

ENVASADO			
TIPO DE RESIDUO	ESTADO FÍSICO	ENVASADO	OBSERVACIONES
Guantes	Sólido	Bolsas de basura municipal	Lavarlos con jabón líquido antes de desecharlos
Dique de hule, gorros, cubre bocas, baberos, gasa, algodón	Sólido	Bolsa de basura municipal	Descontaminarlos rociando agua con cloro al 10% 30 minutos previos al desecho
Tejidos, órganos y partes que se extirpen o remuevan durante algún tipo de intervención quirúrgica que no estén en formol	Sólido	Bolsas de polietileno amarillas 	Etiquetados con el símbolo de "riesgo biológico".
Materiales de curación saturados con sangre o cualquier otra secreción o liquido corporal	Sólido	Bolsas de polietileno color rojo 	Etiquetados con el símbolo de "riesgo biológico".
Objetos punzo cortantes como agujas de jeringas desechables, navajas, lancetas, agujas de sutura, bisturís	Sólido	Recipientes rígidos de polipropileno 	Etiquetados con el símbolo de "riesgo biológico".
<i>Obtenida del Manual para la prevención y control de riesgos profesionales en la práctica estomatológica</i>			



- Las bolsas deberán ser de polietileno de color rojo traslúcido de calibre mínimo 200 y de color amarillo traslúcido de calibre mínimo 300, impermeables y con un contenido de metales pesados de no más de una parte por millón y libres de cloro.

Deberán estar marcadas con el símbolo universal de riesgo biológico y la leyenda Residuos Peligrosos Biológico-Infeciosos.

- Los recipientes de los residuos peligrosos punzocortantes deberán ser rígidos, de polipropileno color rojo, con un contenido de metales pesados de no más de una parte por millón y libres de cloro, que permitan verificar el volumen ocupado en el mismo, resistentes a fracturas y pérdidas de contenido al caerse, destructibles por métodos físicos, tener separador de agujas y abertura para depósito, con tapa(s) de ensamble seguro y cierre permanente, deberán contar con la leyenda que indique "RESIDUOS PELIGROSOS PUNZOCORTANTES BIOLÓGICO-INFECIOSOS" y marcados con el símbolo universal de riesgo biológico .

Se llenarán hasta el 80% (ochenta por ciento) de su capacidad, asegurándose los dispositivos de cierre y no deberán ser abiertos o vaciados.⁹

ALMACENAMIENTO TEMPORAL

Se deberá asignar un área para el almacenamiento temporal de los residuos peligrosos biológico-infecciosos para evitar que se mezclen con la basura.

Los RPBI envasados deberán almacenarse en contenedores metálicos o de plástico con tapa y ser rotulados con el símbolo universal de riesgo biológico, con la leyenda "RESIDUOS PELIGROSOS BIOLÓGICO-INFECIOSOS". Dichos contenedores deberán permanecer cerrados todo el tiempo.



El tiempo máximo de almacenamiento para el consultorio dental privado es de 30 días.

Los residuos patológicos que no estén en formol deberán conservarse a una temperatura no mayor de 4°C, en las áreas de patología, o en almacenes temporales con sistemas de refrigeración o en refrigeradores en áreas que designe el responsable del establecimiento generador dentro del mismo.

Los establecimientos generadores incluidos en el Nivel I (Unidades hospitalarias de 1 a 5 camas) podrán ubicar los contenedores en el lugar más apropiado dentro de sus instalaciones, de manera tal que no obstruyan las vías de acceso.

RECOLECCIÓN Y TRANSPORTE

La recolección y el transporte externo de los RPBI, deberá realizarse conforme a lo dispuesto en los ordenamientos jurídicos aplicables y además cumplir con lo siguiente:

- Sólo podrán recolectarse los residuos que cumplan con el envasado, embalado y etiquetado o rotulado como se establece en esta Norma Oficial Mexicana.
- Los residuos peligrosos biológico-infecciosos no deben ser compactados durante su recolección y transporte.
- Los contenedores deben ser desinfectados y lavados después de cada ciclo de recolección.
- Los vehículos recolectores deben ser de caja cerrada y hermética, contar con sistemas de captación de escurrimientos, y operar con sistemas de enfriamiento para mantener los residuos a una temperatura máxima de 4°C.



- Además, los vehículos con capacidad de carga útil de 1,000 kg o más deben operar con sistemas mecanizados de carga y descarga.
- Durante su transporte, los residuos peligrosos biológico-infecciosos sin tratamiento no deberán mezclarse con ningún otro tipo de residuos municipales o de origen industrial.

Para el transporte de RPBI se requiere la autorización por parte de la Secretaría de Comunicaciones y Transportes, y la Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales.

El consultorio dental debe registrarse ante la SEMARNAT como generador de residuos peligrosos esto puede ser como:

- Microgenerador: en la actividad que realiza genera una cantidad hasta 400 kg en peso bruto total de residuos peligrosos anual.
- Pequeño generador: en la actividad que realiza genera una cantidad mayor a 400 kg y menor a 10 toneladas en peso bruto total de residuos peligrosos anual.^{7, 11,12,13}

Como se establece en la Ley General para la Prevención y Gestión Integral de los Residuos, en su Artículo 48 los microgeneradores podrán llevar sus propios residuos peligrosos a los centros de acopio autorizados o enviarlos a través del transporte autorizado, de conformidad con las disposiciones legales aplicables.

El control de los microgeneradores de residuos peligrosos, corresponderá a las autoridades competentes de los gobiernos de las entidades federativas y municipales, previa suscripción de convenios, de conformidad con lo establecido en dicha Ley.¹⁴

La vigilancia del cumplimiento de las disposiciones establecidas para los centros de acopio corresponde exclusivamente a la SEMARNAT.¹²



3.11 USO DE SUELO

Fundamento jurídico:

- Ley de Desarrollo Urbano del Distrito Federal Artículos 3 fracción XXVIII, 4 fracción III, 9 fracción IV, 87 fracción II y 92.
- Reglamento de la Ley de Desarrollo Urbano del Distrito Federal Artículos 3, 4 fracción XXVI, 18, 19 fracción III, 23, 24, 125, 126 fracciones I y II.

Certificado Único de Zonificación de Uso de Suelo

Es el documento público en el que se hacen constar las disposiciones normativas que para un predio o inmueble determinado, establecen los instrumentos de planeación del desarrollo urbano respecto del uso del suelo.

Procedimiento para obtenerlo:

1. El interesado o su representante acude a la Ventanilla Única de SEDUVI ubicada en Insurgentes Centro 149, Planta Baja, Colonia San Rafael, C.P. 06470. Delegación Cuauhtémoc, con horario de atención: lunes a viernes de 9:00 a 14:00 horas a solicitar información acerca de los requisitos a cubrir para la realización de este trámite.
2. Una vez que el usuario reúne los requisitos y documentación se presenta en la Ventanilla Única de SEDUVI a solicitar el trámite.
3. En la ventanilla reciben y revisan su documentación si está completa y correcta, registran en el Sistema y en el Libro de Gobierno la solicitud, entregan al usuario un comprobante de la realización del trámite (acuse) y turnan el expediente al área operativa.



**VISITA DE SUPERVISIÓN Y VERIFICACIÓN SANITARIA
PARA EL CONSULTORIO DENTAL PRIVADO**



4. En su revisión, si el área operativa determina que el expediente no cumple, podrá requerir al solicitante documentación adicional, dándole cinco días para entregarla, si en este lapso el usuario no acude, la solicitud se dará por no presentada.
5. El área operativa, procederá al análisis de la solicitud y sus anexos y emitirá la respuesta procedente.
6. El solicitante acude en el tiempo establecido para dar respuesta a su solicitud, a la oficina de atención ciudadana a recoger el resultado de su petición.

Los requisitos para tramitarlo son:

1. Formato requisitado AU-US/01 ^{anexo 3}
2. Copia de la propuesta de valor catastral y pago del impuesto predial ("boleta predial"), expedida por la Tesorería del Distrito Federal o declaración de valor catastral y pago del impuesto predial ("boleta predial"), del predio correspondiente.
3. En el caso de predios ubicados en suelo de conservación, ejidales o comunales que no cuenten con boleta predial, deberán presentar copia de los documentos públicos que acrediten la posesión y/o regularización, así como ubicación y superficie del inmueble que se trate (anexar croquis de aquella en que se ubique el predio, señalando referencias conocidas o de importancia).
4. Comprobante de pago de los derechos correspondiente al trámite, expedido por la Tesorería del Distrito Federal conforme a lo establecido en el Artículo 235 del Código Fiscal del Distrito Federal.

Artículo 235.- Por el servicio de expedición de certificado único de zonificación de uso del suelo \$926.00



**VISITA DE SUPERVISIÓN Y VERIFICACIÓN SANITARIA
PARA EL CONSULTORIO DENTAL PRIVADO**



5. Identificación oficial y copia (credencial de elector, licencia para conducir, cartilla del servicio militar nacional, pasaporte, cédula profesional o forma migratoria FM2 o credencial de inmigrado).

Copia de cualquiera de los siguientes documentos:

- I. Testimonio de la escritura pública, contrato privado o cualquier otro instrumento jurídico que acredite la propiedad o posesión sobre el inmueble.
 - II. Licencia de fusión, subdivisión o relotificación.
 - III. Constancia de alineamiento y número oficial, sólo en los casos en que haya inconsistencias en los documentos oficiales.
6. Acreditación de la personalidad del representante legal, en su caso.

El tiempo de respuesta una vez que se cumplieron con todos los requisitos es de 5 días hábiles.

La vigencia es de un año, contado a partir del día siguiente a su expedición, para ejercer el derecho conferido en el mismo y no será necesario obtener un nuevo certificado a menos que se modifique el uso y superficie del inmueble.

El certificado no crea derechos de propiedad o posesión, ni prejuzga sobre ellos, así como tampoco constituye permiso, autorización o licencia, únicamente certifica el aprovechamiento del uso del suelo, sin perjuicio del cumplimiento de cualesquier otro requisito que señalen otras disposiciones normativas.

Durante el proceso de las solicitudes de trámite de los certificados, el solicitante puede consultar en el sistema www.seduvi.df.gob.mx, que se encuentra en la página web de la SEDUVI, el estado que guarde el trámite.²⁴



CAPÍTULO IV. COFEPRIS: COMISIÓN FEDERAL CONTRA RIESGOS SANITARIOS

Es un órgano descentralizado de la Secretaría de Salud a través del cual La Secretaría de Salud ejercerá las atribuciones de regulación, control, fomento sanitario y vigilancia de los establecimientos de Salud.

4.1 HISTORIA

El 5 de julio de 2001 se decretó la creación de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS).⁸

Se estableció su organización y funcionamiento como un órgano administrativo desconcentrado de la Secretaría de Salud, con autonomía técnica, administrativa y operativa, responsable del ejercicio de las atribuciones en materia de regulación, control y fomento sanitarios en los términos de la Ley General de Salud y demás disposiciones aplicables.

La COFEPRIS se crea a partir de la integración de:

- Dirección General de Medicamentos
- Dirección General de Tecnologías para la Salud
- Dirección General de Control Sanitario de Productos y Servicios
- Dirección General de Salud Ambiental
- Laboratorio Nacional de Salud Pública
- Dirección de Control Sanitario de la Publicidad
- Unidades adscritas a la extinta Subsecretaría de Regulación y Fomento Sanitario.



El 30 de junio del 2003, se publicaron en la ley general de salud diversas modificaciones relacionadas a darle un valor rector a la COFEPRIS, adicionando los Artículos 17 bis, 17 bis 1, 17 bis 2.

En el Artículo 17 bis, la Secretaría de Salud señala que:

- Ejercerá, a través de la COFEPRIS, el control y vigilancia de los establecimientos de salud.
- Compete a la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios en lo relativo a :
 - Evaluación de riesgos a la salud.
 - Identificar y evaluar los riesgos para la salud que generen los sitios en donde se manejen residuos peligrosos.
 - Elaborar y expedir las normas oficiales mexicanas relativas a servicios de salud y establecimientos.
 - Imponer sanciones y aplicar medidas de seguridad.
 - Prevención y control de efectos del ambiente en la salud, salud ocupacional, residuos peligrosos, saneamiento básico y accidentes que involucren sustancias tóxicas, peligrosas o radiaciones.
 - Control y vigilancia sanitaria de la publicidad de las actividades, productos y servicios.
 - Control y la vigilancia sanitaria de la disposición y trasplantes de órganos y tejidos y células de seres humanos.
 - Sanidad internacional.
 - Instrumentación de acciones de prevención y control de enfermedades, así como de vigilancia epidemiológica, especialmente cuando éstas se relacionen con los riesgos sanitarios derivados de los productos, actividades o establecimientos de salud.



**VISITA DE SUPERVISIÓN Y VERIFICACIÓN SANITARIA
PARA EL CONSULTORIO DENTAL PRIVADO**



En el Artículo 17 bis 1 de la ley general de salud establece que la COFEPRIS tendrá, únicamente, autonomía administrativa, técnica y operativa y su presupuesto estará constituido por:

- I. Las asignaciones que establezca la Ley de Ingresos y el Presupuesto de Egresos de la Federación.
- II. Los recursos financieros que le sean asignados, así como aquellos que, en lo sucesivo, se destinen a su servicio.

Los ingresos que COFEPRIS obtenga por concepto de donativos nacionales e internacionales, rescate de seguros y otros ingresos de carácter excepcional podrán ser recuperados por dicha Comisión y destinados a su gasto de operación.

El Artículo 17 bis 2 indica que:

- Al frente de la COFEPRIS estará un Comisionado Federal el cual será nombrado por el Presidente de la República, a propuesta del Secretario de Salud.
- Corresponde a la Secretaría de Salud la supervisión de la COFEPRIS

El 13 de abril del 2004, se publicó en el diario oficial de la federación, el reglamento de la comisión federal para la protección contra riesgos sanitarios. Que en su Artículo 3° establece que para el cumplimiento de su objeto la COFEPRIS tiene a su cargo: Ejercer la regulación, control, vigilancia y fomento sanitarios, que en términos de las disposiciones aplicables corresponden a la secretaría de salud.



Ámbitos de competencia de la COFEPRIS:

REGULACIÓN Y FOMENTO SANITARIO DE LA PRODUCCIÓN, COMERCIALIZACIÓN, EXPORTACIÓN, PUBLICIDAD O EXPORTACIÓN INVOLUNTARIA DE:					
Medicamentos y tecnología para la salud	Sustancias tóxicas o peligrosas	Productos y servicios	Salud en el trabajo	Saneamiento básico	Riesgos derivados de factores ambientales
Medicamentos Aparatos y dispositivos médicos Sangre y hemoderivados Trasplantes de órganos Servicios de salud	Plaguicidas Fertilizantes Precursores químicos Químicos esenciales	Alimentos Bebidas Tabaco Perfumería y belleza Biotecnológicos	Exposición laboral	Agua Mercados Residuos Rastros Emergencias sanitarias	Agua Aire Suelo
Obtenida de: http://www.cofepris.gob.mx/cofepris/Paginas/Historia.aspx					

Si se requiere información extra a la que se encuentra en la página digital o la que proporcionan en las ventanillas como es el formato del acta de verificación y la orden de visita de verificación sanitaria a consultorio dental se debe acudir a las oficinas de la COFEPRIS y presentar un oficio libre solicitando dicha información.

La respuesta al oficio es de 30 días hábiles. ^{Anexo 6}

4.2 ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA FEDERAL SANITARIO

El Sistema Federal Sanitario está integrado por la COFEPRIS y las autoridades equivalentes u homólogas en las entidades federativas.

Las autoridades sanitarias serán: la Federación y los Estados conducidos a nivel nacional por la Secretaría de Salud a través de la COFEPRIS.

Tiene por objeto:

- Organizar y armonizar de manera las acciones en materia de regulación, control, vigilancia y fomento sanitarios.
- Unificar los criterios para la sistematización de la protección contra los riesgos sanitarios entre los sectores público, privado y social en los tres órdenes de gobierno.
- Coordinar las acciones necesarias para dar cumplimiento a lo establecido en la Ley General de Salud, en materia de protección contra riesgos sanitarios.

ACTUALES COMISIONES ESTATALES PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS





CAPÍTULO V. SANCIONES

Los consultorios que no cumplan con los preceptos de la ley general de salud y demás disposiciones que emanen de ella, serán objeto de sanciones administrativas por las autoridades sanitarias, sin perjuicio de las penas que correspondan cuando sean constitutivas de delitos.

Al imponer una sanción, la autoridad sanitaria fundará y motivará la resolución, tomando en cuenta:

- Los daños que se hayan producido o puedan producirse en la salud de las personas
- La gravedad de la infracción
- Las condiciones socio-económicas del infractor
- La calidad de reincidente del infractor
- El beneficio obtenido por el infractor como resultado de la infracción

Las sanciones administrativas podrán ser:

- Amonestación con apercibimiento
- Multa
- Clausura temporal o definitiva, que podrá ser parcial o total
- Arresto hasta por treinta y seis horas.

A continuación se citan las sanciones y Artículos de la Ley General de Salud con los que hacen referencia.

Artículo 419 Se sancionará con multa hasta dos mil veces el salario mínimo general diario vigente a los encargados del consultorio dental que no cumpla los las siguientes disposiciones:



**VISITA DE SUPERVISIÓN Y VERIFICACIÓN SANITARIA
PARA EL CONSULTORIO DENTAL PRIVADO**



- Cuidar, por los medios a su alcance, que la persona que requiera de la prestación urgente de servicios sea trasladada a los establecimientos de salud más cercanos y avisar al ministerio público en caso de tratarse de accidentes.
- Poner a la vista del público un anuncio que indique la institución que les expidió el título, diploma, número de su correspondiente cédula profesional, el certificado de especialidad vigente. Iguales menciones deberán consignarse en los documentos y papelería que utilicen en el ejercicio de tales actividades y en la publicidad que realicen al respecto.
- Llevar las estadísticas que les señale la secretaría de salud y proporcionarán la información correspondiente.
- Dar aviso a las autoridades sanitarias de los casos de enfermedades transmisibles; posteriormente a su diagnóstico o sospecha diagnóstica.
- Rendir los informes que la autoridad sanitaria requiera acerca de las enfermedades no transmisibles, en los términos de los reglamentos que al efecto se expidan.
- Contar con aviso de funcionamiento.
- Contar con aviso de cambio de propietario, de domicilio o suspensión de actividades.

Artículo 420. Se sancionará con multa de dos mil hasta seis mil veces el salario mínimo general diario vigente, la violación de las siguientes disposiciones:

- Los responsables sanitarios deberán ser profesionales con título registrado por las autoridades educativas competentes.
- No contar, suministrar ni usar insumos caducos.



Artículo 421. Se sancionará con una multa equivalente de seis mil hasta doce mil veces el salario mínimo general diario si no se notifica por escrito la adquisición, uso, venta o disposición final de la unidad de rayos X de uso odontológico a la autoridad sanitaria dentro de los diez días siguientes.

Artículo 426. En el caso de clausura definitiva quedara sin efecto las autorizaciones que, en su caso, se hubieren otorgado al consultorio.

Artículo 425. Procederá la clausura temporal o definitiva, parcial o total según la gravedad de la infracción y las características de la actividad o establecimiento, en los siguientes casos:

1. Cuando el consultorio, carezcan de aviso de funcionamiento y responsable sanitario.
2. Cuando el peligro para la salud de las personas se origine por la violación reiterada de los preceptos de la Ley y de las disposiciones que de ella emanen, constituyendo rebeldía a cumplir los requerimientos y disposiciones de la autoridad sanitaria.
3. Cuando después de la reapertura, por motivo de suspensión de trabajos o actividades, o clausura temporal, las actividades que en él se realicen sigan constituyendo un peligro para la salud.
4. Cuando por la peligrosidad de las actividades que se realicen, sea necesario proteger la salud de la población.
5. Cuando en el establecimiento se vendan o suministren estupefacientes o sustancias psicotrópicas sin cumplir con los requisitos que señalen esta Ley.
6. Cuando se compruebe que las actividades que se realizan en el consultorio violan las disposiciones sanitarias, constituyendo un peligro grave para la salud.
7. Por reincidencia en tercera ocasión.



**VISITA DE SUPERVISIÓN Y VERIFICACIÓN SANITARIA
PARA EL CONSULTORIO DENTAL PRIVADO**



Artículo 427. Se sancionará con arresto hasta por treinta y seis horas:

- A la persona que interfiera o se oponga al ejercicio de las funciones de la autoridad sanitaria durante las visitas de verificación.
- A la persona que en rebeldía se niegue a cumplir los requerimientos y disposiciones de la autoridad sanitaria, provocando con ello un peligro a la salud de las personas.

Sólo procederá esta sanción, si previamente se dictó cualquiera otra de las sanciones.

Impuesto al arresto, se comunicará la resolución a la autoridad correspondiente para que la ejecute.



CONCLUSIÓN

La verificación sanitaria es un acto de tipo administrativo el cual tiene por objeto corroborar el buen funcionamiento del consultorio dental en base a la normatividad.

Todo cirujano dentista en su consultorio dental privado está sujeto a ser verificado teniendo derechos y obligaciones durante dicha visita.

Este trabajo es un material de consulta para conocer la instancia Administrativa que como profesionistas de la salud podrá verificar nuestro consultorio, mencionando los lineamientos, procedimientos, aspectos legales, permisos, trámites administrativos y todo lo necesario de acuerdo a la ley para acreditar la verificación sanitaria.

Si se trabaja bajo la normatividad vigente en el consultorio dental al momento de tener la verificación sanitaria la acreditaremos sin ningún problema.



GLOSARIO

Agente biológico-infeccioso:

Cualquier microorganismo capaz de producir enfermedades cuando está presente en concentraciones suficientes (inóculo), en un ambiente propicio (supervivencia), en un hospedero susceptible y en presencia de una vía de entrada.

Agente enteropatógeno:

Microorganismo que bajo ciertas circunstancias puede producir enfermedad en el ser humano a nivel del sistema digestivo, se transmite vía oral-fecal.

Apercibimiento:

Es la corrección disciplinaria que consiste en anotar una infracción al culpable y que en caso de que se repita dará lugar a una sanción más grave.

Atención médica ambulatoria:

Es el conjunto de servicios que se proporcionan en establecimientos fijos o móviles, con el fin de proteger, promover o restaurar la salud de pacientes o usuarios que no requieren ser hospitalizados.

Atención médica de urgencias:

Son las acciones de tipo médico que se llevan a cabo de manera inmediata, encaminadas a disminuir el riesgo de muerte y a evitar el daño a órganos o funciones vitales.

Atención médica:

Es el conjunto de servicios que se proporcionan al usuario con el fin de proteger, promover y restaurar su salud, así como brindarle los cuidados paliativos al paciente en situación terminal.



Autorización sanitaria:

Es el acto administrativo de la autoridad sanitaria competente a través del cual, permite a una persona física o moral, pública o privada la práctica de actos relacionados con la salud humana en lo referente a servicios de salud.

Botiquín de urgencias:

Son los materiales indispensables para la atención de urgencias médicas.

Cartas de consentimiento informado:

Son los documentos escritos, signados por el paciente o su representante legal o familiar más cercano en vínculo, mediante los cuales se acepta un procedimiento médico o quirúrgico con fines diagnósticos, terapéuticos, rehabilitatorios, paliativos o de investigación, una vez que se ha recibido información de los riesgos y beneficios esperados para el paciente.

Coadyuvar:

Contribuir, asistir o ayudar a la consecución de algo.

Consultorio de estomatología:

Es todo establecimiento público, social o privado, ligado a un servicio hospitalario o dedicado al ejercicio profesional independiente, en el que se desarrollan actividades preventivas, curativas y de rehabilitación, dirigidas a promover, mantener y restaurar la salud bucal de las personas.

Consultorio:

Es todo establecimiento público, social o privado, ligado a un servicio hospitalario dedicado al ejercicio profesional independiente, que tenga como propósito prestar servicios de atención médica a pacientes ambulatorios.



Demandante:

Es toda aquella persona que para sí o para otro, solicite la prestación de servicios de atención médica.

Equipo médico:

Son los aparatos, accesorios e instrumental para uso específico, destinados a la atención médica en procedimientos de exploración, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de pacientes.

Establecimiento para la atención médica:

Es todo aquel, público, social o privado, fijo o móvil cualquiera que sea su denominación, que preste servicios de atención médica, ya sea ambulatoria o para internamiento de enfermos, excepto consultorios.

Expediente clínico:

Es el conjunto único de información y datos personales de un paciente, que se integra dentro de todo tipo de establecimiento para la atención médica, ya sea público, social o privado, el cual, consta de documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de cualquier otra índole, en los cuales, el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones, en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables.

Infraestructura:

Es el conjunto de áreas, locales y materiales interrelacionados con los servicios e instalaciones de cualquier índole, indispensables para la prestación de servicios de atención médica.



Medicina preventiva:

Es el conjunto de procedimientos y actividades de la práctica médica, encaminadas a prevenir las causas de morbilidad y disminuir los índices de mortalidad asociados a enfermedades que padecen los seres humanos.

Mobiliario:

Es el conjunto de bienes de uso duradero, indispensables para la prestación de servicios de atención médica.

Paciente ambulatorio:

Es todo aquel usuario de servicios de atención médica que no necesite hospitalización.

Personal de salud:

Son los profesionales, técnicos y auxiliares del área de la salud, que intervienen en el proceso de atención al paciente ambulatorio.

Señal de protección civil:

Es el conjunto de elementos en los que se combina una forma geométrica, un color de seguridad, un color de contraste y un símbolo, con el propósito de que la población identifique los mensajes de información, precaución, prohibición y obligación.

Servicio de atención médica:

Conjunto de recursos que intervienen sistemáticamente para la prevención, curación y cuidados paliativos de las enfermedades que afectan a los usuarios, así como de la rehabilitación de los mismos.

Símbolo:

Es un elemento gráfico para proporcionar información de manera concisa.



Supervisión: (Como actividad administrativa)

Se define como la serie general de medidas para garantizar que el personal lleve a cabo sus actividades de manera eficaz y sean más competentes en su trabajo.

Urgencia:

Es todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida o la pérdida de un órgano o una función y requiera atención inmediata.

Usuario:

Es toda aquella persona que requiera y obtenga la prestación de servicios de atención médica.

Verificación sanitaria:

Es el acto de autoridad por medio del cual se realiza la vigilancia sanitaria con el propósito de supervisar el cumplimiento de las disposiciones legales.

Verificador sanitario:

Es la persona designada por la autoridad sanitaria competente para realizar diligencias de vigilancia sanitaria. Responsable de obtener información veraz de las condiciones sanitarias de los procesos, de los establecimientos, de las actividades y servicios así como del muestreo de productos y de la ejecución de las medidas de seguridad y sanciones.



BIBLIOGRAFÍA

1. Guía para el verificador de bienes y servicios; secretaria de salud subdirección de regularización y fomento sanitario, dirección general de control sanitario de bienes y servicios octubre 1995
2. Ley general de salud y disposiciones complementarias. Última reforma publicada DOF 15-01-2014 Título décimo séptimo vigilancia sanitaria
3. <http://www.cofepris.gob.mx/AZ/Paginas/Vigilancia%20Sanitaria/Vigilancia-Sanitaria.aspx>
4. Flahault D, Piot M, Franklin A. The supervision of health personnel at district level. Geneva: World Health Organization; 1988
5. NOM-178-SSA1-1998, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.
6. NOM-005-SSA3-2010, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.
7. Norma Oficial Mexicana NOM -004-SSA3-2012, Del expediente clínico
8. DECRETO por el que se crea la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios. DOF. 5 de julio de 2001
9. Guía para el manejo de los residuos peligrosos biológico - infecciosos en unidades de salud. Secretaria de Salud. Noviembre 2003
10. Manual para la Prevención y control de infecciones y riesgos profesionales en la práctica estomatológica en la República Mexicana.
11. <http://tramites.semarnat.gob.mx/index.php/empresas-autorizadas>
12. LEY GENERAL PARA LA PREVENCIÓN Y GESTIÓN INTEGRAL DE LOS RESIDUOS. DOF. 8 de octubre de 2003
13. NOM-087-ECOL-SSA1-2002, Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo



VISITA DE SUPERVISIÓN Y VERIFICACIÓN SANITARIA
PARA EL CONSULTORIO DENTAL PRIVADO



14. http://biblioteca.semarnat.gob.mx/janium/Documentos/Ciga/agenda/PP_D02/DO2
15. Constitución política de los estados unidos mexicanos Últimas reformas publicadas DOF 27-12-2013.
16. Reglamento de la comisión federal para la protección contra riesgos sanitarios DOF 13 de abril de 2004
17. Reglamento de verificación administrativa del distrito federal. Gaceta Oficial del Distrito Federal, 31 /08/ 2010 Última reforma publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal, el 14/06/ 2011
18. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/acu141.html>
19. ACUERDO número 141, por el que se determinan los establecimientos sujetos a aviso de funcionamiento.
20. ACUERDO por el que se dan a conocer los trámites y servicios, así como los formatos que aplica la Secretaría de Salud, a través de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, inscritos en el Registro Federal de Trámites y Servicios de la Comisión Federal de Mejora Regulatoria. DOF 28/01/2011
21. Aviso de funcionamiento, de responsable sanitario y de modificación publicado en el Diario Oficial de la Federación el 28 de enero del 2011
22. Reglamento de la ley general de salud en materia de prestación de servicios de atención médica *DOF. 01-11-2013*
23. Guía de llenado y requisitos documentales para el formato de aviso de funcionamiento, de responsable sanitario y de modificación o baja.
24. http://www.tramitesyservicios.df.gob.mx/wb/TyS/certificado_unico_de_zonificacion_de_uso_del_suelo



**VISITA DE SUPERVISIÓN Y VERIFICACIÓN SANITARIA
PARA EL CONSULTORIO DENTAL PRIVADO**



4.- SOLO PARA AMBULANCIAS			
CARACTERÍSTICAS	AMBULANCIA DE CUIDADOS INTENSIVOS	AMBULANCIA DE URGENCIAS	AMBULANCIA DE TRASLADOS
MARCA			
MODELO			
No. DE PLACAS			
No. DE MOTOR			

5.- DATOS DEL RESPONSABLE SANITARIO EXCEPTO PARA PRODUCTOS Y SERVICIOS			
ALTA <input type="checkbox"/>		MODIFICACION <input type="checkbox"/>	
		BAJA <input type="checkbox"/>	
NOMBRE COMPLETO		R.F.C.	
C.U.R.P.	(DATO OPCIONAL)	CORREO ELECTRÓNICO	HORARIO: D L M M J J V S DE A
			D L M M J J V S DE A
CON TÍTULO PROFESIONAL DE	TÍTULO PROFESIONAL EXPEDIDO POR	No. DE CÉDULA PROFESIONAL	
ESPECIALIDAD DE	TÍTULO DE ESPECIALIDAD EXPEDIDO POR	No. DE CÉDULA DE LA ESPECIALIDAD	
FIRMA DEL RESPONSABLE SANITARIO			
EN CASO DE MODIFICACIÓN DEL RESPONSABLE SANITARIO, INDIQUE EL NOMBRE DEL RESPONSABLE ANTERIOR Y EL R.F.C.			
NOMBRE COMPLETO DEL RESPONSABLE SANITARIO ANTERIOR		R.F.C.	

6.- DATOS DEL PRODUCTO O SERVICIO NUEVO O A MODIFICAR APLICA PARA ESTABLECIMIENTO DE PRODUCTOS Y SERVICIOS, INSUMOS PARA LA SALUD Y SALUD AMBIENTAL										
	PRODUCTO O SERVICIO				PRODUCTO O SERVICIO					
	NUEVO <input type="radio"/> ó		A MODIFICAR <input type="radio"/>		NUEVO <input type="radio"/> ó		YA MODIFICADO <input type="radio"/>			
1) ANOTE LA CATEGORÍA DEL PRODUCTO O SERVICIO DE CONFORME A LA TABLA "A"	CATEGORÍA				CATEGORÍA					
	GRUPO				GRUPO					
	SUBGRUPO				SUBGRUPO					
2) DENOMINACIÓN GENÉRICA Y ESPECÍFICA DEL PRODUCTO O SERVICIO										
3) MARCA COMERCIAL										
4) SI MAQUILA ESTE PRODUCTO, SEÑALE EL R.F.C. Y RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA A LA CUAL MAQUILA	R.F.C.				R.F.C.					
	RAZÓN SOCIAL				RAZÓN SOCIAL					
5) SI ESTE PRODUCTO ES MAQUILADO, SEÑALE EL RFC Y RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA MAQUILADORA	R.F.C.				R.F.C.					
	RAZÓN SOCIAL				RAZÓN SOCIAL					
6) PRODUCTO NACIONAL O IMPORTADO:	NACIONAL <input type="checkbox"/>		IMPORTADO <input type="checkbox"/>		NACIONAL <input type="checkbox"/>		IMPORTADO <input type="checkbox"/>			
7) PROCESO :										
MARQUE CON UNA X CADA UNO DE LOS PROCESOS QUE SE RELACIONEN CON SU PRODUCTO CONFORME A LA TABLA "B"	1	4	7	10	13	1	4	7	10	13
	2	5	8	11	14	2	5	8	11	14
	3	6	9	12	15	3	6	9	12	15

NOTA: LLENE EL RECUADRO POR CADA 2 PRODUCTOS QUE DESEE DAR DE ALTA O POR 1 PRODUCTO QUE DESEE MODIFICAR, UTILIZANDO EL PRIMER RECUADRO PARA ANOTAR LOS DATOS DEL PRODUCTO O SERVICIO A MODIFICAR Y EL SEGUNDO RECUADRO PARA EL PRODUCTO O SERVICIO YA MODIFICADO. **PODRÁ REPRODUCIR ESTE RECUADRO, TANTAS VECES COMO SEA NECESARIO.**



**VISITA DE SUPERVISIÓN Y VERIFICACIÓN SANITARIA
PARA EL CONSULTORIO DENTAL PRIVADO**



TABLA "B"			
1.- Obtención	5.- Conservación	9.- Manipulación	13.- Almacenamiento a temperatura ambiente
2.- Elaboración	6.- Mezclado	10.- Transporte a temperatura ambiente	14.- Almacenamiento a temperatura de refrigeración y/o congelado
3.- Fabricación	7.- Acondicionamiento	11.- Transporte a temperatura de refrigerador	15.- Expendio o suministro al público
4.- Preparación	8.- Envasado	12.- Distribución	

7.- PARA LA MODIFICACIÓN O ACTUALIZACIÓN DE DATOS PARA ESTABLECIMIENTOS QUE PRESENTARON AVISO DE FUNCIONAMIENTO, SELECCIONE LA (S) MODIFICACIÓN (ES) QUE DESEE REALIZAR, ENSEGUIDA ESCRIBA EN LA COLUMNA "DICE" LOS DATOS QUE DESEA MODIFICAR Y EN LA COLUMNA "DEBE DECIR" LOS DATOS YA ACTUALIZADOS

TIPO DE MODIFICACIÓN	DICE	DEBE DECIR
RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO <input type="checkbox"/>		
PROPIETARIO <input type="checkbox"/>		
DOMICILIO DEL ESTABLECIMIENTO <input type="checkbox"/>		
RFC <input type="checkbox"/>		
DOMICILIO DEL PROPIETARIO (DOMICILIO FISCAL) <input type="checkbox"/>		
CLAVE SCIAN Y SU DESCRIPCIÓN <input type="checkbox"/>		
CESIÓN DE DERECHOS DE PRODUCTOS (SOLO OPCIÓN PARA PRODUCTOS Y SERVICIOS) <input type="checkbox"/>		
HORARIO <input type="checkbox"/>		

SUSPENSIÓN DE ACTIVIDADES <input type="checkbox"/>	REINICIO DE ACTIVIDADES <input type="checkbox"/>	BAJA DEFINITIVA DEL ESTABLECIMIENTO <input type="checkbox"/>									
DE <table border="1"> <tr><td>DÍA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr> </table> A <table border="1"> <tr><td>DÍA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr> </table>	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	FECHA <table border="1"> <tr><td>DÍA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr> </table>	DÍA	MES	AÑO	
DÍA	MES	AÑO									
DÍA	MES	AÑO									
DÍA	MES	AÑO									

SI EL ESPACIO ES INSUFICIENTE, PODRÁ AMPLIAR EL NÚMERO DE CAMPOS O ANEXAR HOJA CON MODIFICACIONES.

LOS DATOS DECLARADOS EN ESTE FORMATO SERÁN LOS UTILIZADOS EN LOS TRÁMITES QUE LA EMPRESA REQUIERA POSTERIORMENTE. ASEGURESE DE QUE SEAN CORRECTOS Y MANTENERLOS ACTUALIZADOS

DECLARO BAJO PROTESTA DECIR VERDAD QUE CUMPLO CON LOS REQUISITOS Y NORMATIVIDAD APLICABLE, SIN QUE ME EXIMAN DE QUE LA AUTORIDAD SANITARIA VERIFIQUE SU CUMPLIMIENTO, ESTO SIN PERJUICIO DE LAS SANCIONES EN QUE PUEDO INCURRIR POR FALSEDAD DE DECLARACIONES DADAS A UNA AUTORIDAD.

LOS DATOS O ANEXOS PUEDEN CONTENER INFORMACIÓN CONFIDENCIAL ¿ESTA DE ACUERDO EN HACERLOS PÚBLICOS?

SI NO

NOMBRE Y FIRMA DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL O RESPONSABLE SANITARIO

PARA CUALQUIER ACLARACIÓN, DUDA Y/O COMENTARIO CON RESPECTO A ESTE TRÁMITE, SÍRVASE LLAMAR AL CENTRO DE CONTACTO CIUDADANO (SACTEL) A LOS TELÉFONOS 2000-2000 EN EL D.F. Y ÁREA METROPOLITANA, DEL INTERIOR DE LA REPÚBLICA SIN COSTO PARA EL USUARIO AL 01800-386-24-66 O DESDE ESTADOS UNIDOS Y CANADÁ AL 1-800-475-2393, O A LOS TELÉFONOS DE LA COFEPRIS EN EL D.F. DE CUALQUIER PARTE DEL PAÍS MARQUE SIN COSTO EL 01-800-033-5050 Y EN CASO DE REQUERIR EL NÚMERO DE INGRESO Y/O SEGUIMIENTO DE SU TRÁMITE ENVIADO AL ÁREA DE TRAMITACIÓN FORÁNEA MARQUE SIN COSTO AL 01-800-420-4224.



**VISITA DE SUPERVISIÓN Y VERIFICACIÓN SANITARIA
PARA EL CONSULTORIO DENTAL PRIVADO**



TABLA "A" CATEGORIA DEL PRODUCTOS

CATEGORIA	PROCESO	GRUPO	SUBGRUPO
Productos y Servicios	Obtención Elaboración Fabricación Preparación Conservación Mezclado Acondicionamiento Envasado Manipulación Transporte a Temperatura Ambiente Transporte a Temperatura de Refrigeración Distribución Expendio o Suministro al Público Almacenamiento a Temperatura Ambiente Almacenamiento a Temperatura de Refrigeración y/o Congelado	Alimentos	Cárnicos Lácteos Conservas de baja acidez Conservas acidificadas Productos de panificación Rastros y obradores Productos de la pesca frescos y congelados Alimentos congelados Pastas, granos y semillas Tortillas, harina y cereales Azúcar y productos de confitería Tés y productos para infusión Condimentos Suplementos Alimenticios Alimentos preparados (pasteles, ensaladas, salsas) Huevo y derivados
		Bebidas no alcohólicas	Agua purificada Jugos y Néctares Bebidas no carbonatadas Bebidas carbonatadas Gelatinas y bebidas congeladas Bebidas alertantes (con taurina, cafeína, gluconolactona, etc.)
		Bebidas alcohólicas	Fermentadas Destiladas Preparadas
		Productos de perfumería y belleza	Lociones, perfumes y desodorantes Tintes Productos para los ojos Productos para los labios Cremas, lociones y productos para la cara Cremas, bloqueadores, bronceadores y productos para el cuidado del cuerpo Shampoo y productos para el cuidado del cabello Jabones de tocador y toallas faciales de tocador
		Productos de Aseo y Limpieza	Detergentes (polvo, líquido y pasta) Blanqueadores o agentes oxidantes Aromatizantes Desinfectantes a base de amoníaco
		Materia Primas	Lácteos y cárnicos Féculas, harnas y derivados Aceites y grasas
		Expendio y suministro de alimentos	Comedores Industriales Restaurantes, taquerías, etc. Servicio de banquetes Bares, cantinas, discotecas, etc. Cafeterías
		Aditivos	Gelificantes o espesantes Edulcorantes Colorantes Saborizantes Antioxidantes Conservadores
Insumos para la Salud	Almacenamiento Expendio o suministro al Público Distribución Fabricación Almacenamiento Distribución Expendio o suministro al Público	Medicamentos	Medicamentos Alopáticos Medicamentos Homeopáticos Medicamentos Herbolarios Medicamentos vitamínicos
		Dispositivos Médicos	Equipo médico Prótesis, órtesis y ayudas funcionales Agentes de diagnóstico Insumos de uso odontológico Materiales quirúrgicos y de curación Productos Higiénicos
		Remedios Herbolarios	
Salud Ambiental	Almacenamiento Comercialización o Distribución Expendio o suministro al Público	Plaguicidas	Origen químico Botánicos Microbianos Misceláneos
		Sustancias Tóxicas	Nombre de la sustancia tóxica
		Nutrientes Vegetales	Orgánicos Inorgánicos
		Productos con límite de metales pesados	Cerámica vidriada Juguetes Artículos escolares Otros



**VISITA DE SUPERVISIÓN Y VERIFICACIÓN SANITARIA
PARA EL CONSULTORIO DENTAL PRIVADO**



**ANEXO 2 CUESTIONARIO DE AUTODIAGNÓSTICO EN MATERIA
DE PROTECCIÓN CIVIL**

Fecha:	Folio
---------------	--------------

CUESTIONARIO DE AUTODIAGNOSTICO.

Objetivo:

El Cuestionario de Autodiagnóstico en materia de protección civil debe ser presentado por las personas físicas o morales que deseen abrir una empresa o para aquellas empresas, industrias o establecimientos que estén operando en el Distrito Federal, su finalidad es permitir al interesado identificar si la empresa, industria o establecimiento en cuestión está o no obligada a realizar un Programa Interno de Protección Civil.

Como se trata de una manifestación bajo protesta de decir verdad, cualquier dato falso asentado en este cuestionario será sancionado de acuerdo con el ordenamiento jurídico aplicable.

Antes de llenar este cuestionario, LEA CUIDADOSAMENTE las instrucciones que se indican en cada sección.

Sección I

Datos Generales

1.1. Nombre ó Razón Social: _____

1.2 Registro Federal de Contribuyentes: _____

1.3.1 Domicilio: _____

(Calle)

(Número exterior o interior)

(Colonia o fraccionamiento)

(C.P.)

(Entidad o localidad)

(Delegación)

1.3.2 Teléfono: _____ Fax: _____

1.4. Nombre del promovente, poseedor, responsable o representante legal de la empresa: _____

1.5. Giro o actividad _____

(Segun la clasificación mexicana de actividades y productos del INEGI, CMAP)

Sección II

Actividades sujetas a elaboración del Programa Interno de Protección Civil

2.1 Marque con una cruz "X" dentro de la casilla correspondiente a la actividad que realice su empresa, industria o establecimiento. Puede marcar más de una casilla en su caso.

		DESCRIPCION DE ACTIVIDADES	CLASE CMAP
	2.1.1	Teatro	941106
	2.1.2	Cine	941202
	2.1.3	Bar	931031
	2.1.4	Discoteca	931020
	2.1.5	Restaurante	931011
	2.1.6	Biblioteca	942101
	2.1.7	Estadio	949102
	2.1.8	Centro deportivo	949101
	2.1.9	Escuela pública	S/C*
	2.1.10	Escuela privada	S/C*
	2.1.11	Hospital	923111
	2.1.12	Sanatorio	923111
	2.1.13	Templo	S/C*
	2.1.14	Hospedaje	S/C*
	2.1.15	Gasolinera	626000
	2.1.16	Centro Comercial	S/C*
	2.1.17	Gimnasio	949101
	2.1.18	Juegos Eléctricos	949104
	2.1.19	Juegos Electrónicos	949104
	2.1.20	Baños Públicos	952003
	2.1.21	Panadería	311503
	2.1.22	Almacenamiento de hidrocarburos	S/C*

		DESCRIPCION DE ACTIVIDADES	CLASE CMAP
	2.1.23	Distribución de hidrocarburos	S/C*
	2.1.24	Laboratorios de procesos industriales	S/C*
	2.1.25	Estaciones para abasto, almacenaje o distribución de gas licuado de petróleo gasera)	S/C*
	2.1.26	Extracción y/o beneficio de arena y grava (incluye la producción de balasto como producto principal)	291001
	2.1.27	Matanza de ganado y aves	311101
	2.1.28	Curtido y acabado de cuero	323001
	2.1.29	Fabricación de llantas y cámaras	355001
	2.1.30	Elaboración de cal	369112
	2.1.31	Elaboración de yeso y sus productos	369113
	2.1.32	Fabricación de ferroaleaciones	371002
	2.1.33	Fabricación de laminados de acero	371006
	2.1.34	Fabricación de armas de fuego y cartuchos	382208
	2.1.35	Fabricación de acumuladores y pilas eléctricas	383107
	2.1.36	Fabricación de automóviles y camiones	384110
	2.1.37	Fabricación y reparación de aeronaves	384205
	2.1.38	Plantas de tratamiento de aguas	420000
	2.1.39	Estaciones de transferencia, procesamiento y disposición final de residuos sólidos.	S/C*
	2.1.40	Generación y/o manejo de residuos industriales.	S/C*
	2.1.41	Estaciones para abasto de gas natural	S/C*

Este formato es gratuito, presentar en original y dos copias
El original y las fotocopias deben contener la firma autógrafa, llenar a máquina o letra de molde con tinta negra.



**VISITA DE SUPERVISIÓN Y VERIFICACIÓN SANITARIA
PARA EL CONSULTORIO DENTAL PRIVADO**



Si marcó una o más actividades significa que su empresa **SÍ** está obligada a presentar Programa Interno de Protección Civil, entonces favor de llenar la **Sección VI**.

Nota: Las Casillas marcadas S/C, no tienen un solo número en la Clasificación Mexicana de Actividades y Productos, sino que pueden ser consideradas en varios, por lo que se ha optado no hacer mención a ninguno de ellos en especial.*

Si no marcó ninguna actividad del listado anterior, deberá marcar la siguiente casilla con una cruz y contestar la **Sección III**.

	2.1.42	Ninguna de las actividades anteriores corresponde a las actividades que realiza la empresa
--	--------	--------------------------------------------------------------------------------------------

Sección III

Población

Marque con una cruz "X" en la casilla correspondiente si su empresa, industria o establecimiento se encuentra en alguno de los siguientes supuestos.

3.1 ¿La afluencia máxima dentro de su empresa, industria o establecimiento, incluyendo tanto población permanente (empleados, trabajadores, obreros, prestadores de servicios) como población flotante (clientes, alumnos, proveedores) es mayor a 50 personas, en algún momento?	SI	NO
3.2 ¿La población de personas limitadas físicamente y/o discapacitadas representa un porcentaje igual o superior al 50% de la población total, entendida ésta como la suma de la población permanente y la flotante?	SI	NO

Si marcó cualquiera de los recuadros de esta Sección de manera afirmativa, significa que su empresa **SÍ** está obligada a presentar el Programa Interno de Protección Civil, entonces favor de pasar a la **Sección VI**
En caso contrario conteste la siguiente Sección.

Sección IV

Colindancias y niveles de construcción

El predio en donde se ubica la empresa, industria o establecimiento, colinda:

Al Norte: _____
(Especificar el nombre de la empresa, industria o establecimiento)

Actividad principal (especificar y describir)

Al Sur: _____
(Especificar el nombre de la empresa, industria o establecimiento)

Actividad principal (especificar y describir)

Al Oriente: _____
(Especificar el nombre de la empresa, industria o establecimiento)

Actividad principal (especificar y describir)

Al Poniente: _____
(Especificar el nombre de la empresa, industria o establecimiento)

Actividad principal (especificar y describir)

Marque dentro de la casilla correspondiente si su empresa, industria o establecimiento se encuentra en alguno de los siguientes supuestos:

4.1. Colinda en cualquiera de los lados con alguna empresa, industria o establecimiento que realice alguna o algunas de las actividades enlistadas en las preguntas 2.1.1 a 2.1.41 de la Sección II de este cuestionario		
4.2. El número de niveles de construcción superiores de su empresa, industria o establecimiento es mayor a cuatro niveles, incluyendo el nivel de la calle.		
4.3. El número de niveles de construcción inferiores de su empresa, industria o establecimiento es mayor a dos niveles, excluyendo el nivel de la calle.		

Si marcó cualquiera de los recuadros de esta Sección de manera afirmativa, significa que su empresa **SÍ** está obligada a presentar el Programa Interno de Protección Civil, entonces favor de llenar la **Sección VI**
En caso de que todas las respuestas de esta Sección sean negativas, conteste la siguiente Sección.

Sección V

Autocalificación de riesgo

Marque con una cruz "X" en la casilla según sea el caso para su empresa, industria o establecimiento.

Este formato es gratuito, presentar en original y dos copias
El original y las fotocopias deben contener la firma autógrafa, llenar a máquina o letra de molde con tinta negra.



**VISITA DE SUPERVISIÓN Y VERIFICACIÓN SANITARIA
PARA EL CONSULTORIO DENTAL PRIVADO**



PREGUNTAS		SI	NO
5.1	¿Utiliza o Utilizará Calderas a una temperatura superior a 60° C?		
5.2	¿Utiliza o Utilizará recipientes sujetos a presión mayor a 4 kg/cm2?		
5.3	¿Utiliza o Utilizará fuentes de radiación ionizantes?		
5.4	¿Utiliza o Utilizará sustancias explosivas?		
5.5	¿Tiene o tendrá procesos de alquilación?		
5.6	¿Tiene o tendrá procesos de hidrólisis?		
5.7	¿Tiene o tendrá procesos de oxidación?		
5.8	¿Tiene o tendrá procesos de polimerización?		
5.9	¿Tiene o tendrá procesos de sulfonación?		
5.10	¿Tiene o tendrá procesos de aminación por amonio?		
5.11	¿Tiene o tendrá procesos de carbonilación?		

PREGUNTAS		SI	NO
5.12	¿Tiene o tendrá procesos de deshidrogenación?		
5.13	¿Tiene o tendrá procesos de esterificación?		
5.14	¿Tiene o tendrá procesos de halogenación?		
5.15	¿Tiene o tendrá procesos de fabricación de halógenos?		
5.16	¿Tiene o tendrá procesos de hidrogenación?		
5.17	¿Tiene o tendrá procesos de desulfuración?		
5.18	¿Tiene o tendrá procesos de nitración?		
5.19	¿Tiene o tendrá procesos derivados de fósforo?		
5.20	¿Fabrica o fabricará plaguicidas?		
5.21	¿Hace o hará transformación de gases productores de energía (LP, GNL)?		

En caso que una o más preguntas sean afirmativas, significa que su empresa **SÍ** está obligada a presentar Programa Interno de protección Civil, entonces favor de llenar la **Sección VI**.
En caso de que todas las respuestas de esta sección sean negativas y en ninguna otra Sección se le remitió a la Sección VI, entonces conteste la Sección VII.

Sección VI

Empresas Obligadas a elaborar y presentar un Programa Interno de Protección Civil

Llene esta Sección en caso de que se cumpla alguna de las siguientes condiciones:

- ◆ Si en la *Sección II* marcó al menos una actividad del listado.
- ◆ Si en la *Sección III* marcó alguno de los recuadros.
- ◆ Si en la *Sección IV* marcó alguno de los recuadros.
- ◆ Si en la *Sección V* marcó al menos en una casilla de las preguntas.

Bajo protesta de decir verdad, afirmo que los datos manifestados en este cuestionario son ciertos y, por lo tanto, de acuerdo a esta evaluación si está obligada a presentar Programa Interno de Protección Civil, debido a las condiciones actuales de riesgo que éste(a) presenta. Dicho programa se presentará dentro de los 120 días hábiles siguientes a la presentación de este Cuestionario de Auto Diagnóstico.

Queda de mi conocimiento que la elaboración del Programa Interno de Protección Civil se deberá realizar conforme a los términos de referencia para la elaboración de un Programa Interno de Protección Civil emitidos por la Secretaría de Gobierno y publicados en la Gaceta Oficial del Distrito Federal.

(Nombre y Firma del promovente, poseedor, responsable o representante legal)

Sección VII

Empresas Exentas de la realización de un Programa Interno de Protección Civil

Llene esta Sección en caso de que se cumpla alguna de las siguientes condiciones:

- ◆ Si en la *Sección II* NO marcó al menos una actividad del listado.
- ◆ Si en la *Sección III* NO marcó alguno de los recuadros.
- ◆ Si en la *Sección IV* NO marcó alguno de los recuadros.
- ◆ Si en la *Sección V* NO marcó al menos en una casilla de las preguntas.

Bajo protesta de decir verdad, afirmo que los datos manifestados en este cuestionario son ciertos y, por lo tanto, de acuerdo a esta evaluación No está obligada a presentar Programa Interno de Protección Civil, debido a las condiciones actuales de riesgo que éste(a) presenta.

Si se realizan cambios futuros que impliquen un mayor riesgo de acuerdo a la normatividad vigente y, por ende, en la información contenida en este Cuestionario de Autodiagnóstico, informaré oportunamente a la Dirección General de Protección Civil del Distrito Federal. Es de mi conocimiento el hecho de que la citada Dirección tiene la facultad de verificar los requisitos a cumplir en materia de Protección Civil mediante visitas de verificación física de las instalaciones.

(Nombre y Firma del promovente, poseedor, responsable o representante legal)

Este formato es gratuito, presentar en original y dos copias
El original y las fotocopias deben contener la firma autógrafa, llenar a máquina o letra de molde con tinta negra.



**VISITA DE SUPERVISIÓN Y VERIFICACIÓN SANITARIA
PARA EL CONSULTORIO DENTAL PRIVADO**



ANEXO 3 FORMATO USO DE SUELO



**Secretaría de Desarrollo Urbano y Vivienda
Dirección General de Administración Urbana**

AU-US/01

SOLICITUD DE CERTIFICADO ÚNICO DE ZONIFICACIÓN DE USO DEL SUELO

Esta solicitud se formula bajo protesta de decir verdad, por lo tanto, si los informes o declaraciones proporcionados por el particular resultan falsos, se aplicarán las sanciones administrativas correspondientes sin perjuicio de las penas en que incurran aquellos que se conduzcan con falsedad de acuerdo con los ordenamientos legales aplicables vigentes. La actuación administrativa de la autoridad y la de los interesados se sujetarán al Artículo 32 de la Ley de Procedimiento Administrativo del Distrito Federal referente al Principio de Buena Fe, y la de los promoventes al Artículo 310 del Código Penal para el Distrito Federal referente al Fraude Procesal ante la Autoridad Administrativa.

Información al interesado sobre el tratamiento de sus datos personales
Los datos personales recabados se dan a conocer, incorporados y tratados en el Sistema de Datos Personales "CERTIFICADO ÚNICO DE ZONIFICACIÓN DE USO DEL SUELO" el cual está establecido en la LEY DE DESARROLLO URBANO DEL DISTRITO FEDERAL (G.O.F. EL 15 DE JULIO DE 2010) - Artículos 3º, fracción XXVIII, 4ª, fracciones III y IV, 5ª, fracción IV, 6ª, fracción II y 7ª; REGLAMENTO DE LA LEY DE DESARROLLO URBANO DEL DISTRITO FEDERAL - Artículos 3º, 4ª, fracción XXVI, 10, 1ª, fracción III, 22, 23, 24, 25, 26, fracción IV, II, LEY DE PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO DEL DISTRITO FEDERAL (G.O.F. 07 ABRIL 2010) - Artículos 31, 32, 33, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 85 y 93; y CÓDIGO FISCAL DEL DISTRITO FEDERAL - Artículo 235, fracción III, cuya finalidad es: "1. CERTIFICADO ÚNICO DE ZONIFICACIÓN DE USO DEL SUELO, ES EL DOCUMENTO PÚBLICO EN EL QUE SE HACEN CONSTAR LAS DISPOSICIONES NORMATIVAS QUE PARA UN PREDIO O INMUEBLE DETERMINADO, ESTABLECEN LOS INSTRUMENTOS DE PLANEACIÓN DEL DESARROLLO URBANO RESPECTO DEL USO DEL SUELO y no podrá ser transmitido, salvo las excepciones permitidas en la Ley de Procedimiento de Datos Personales para el Distrito Federal.
Con excepción del titular o particular, los demás datos requeridos son obligatorios y si el usuario no podrá acceder al servicio o completar el trámite de "EXPEDICIÓN DE CERTIFICADO ÚNICO DE ZONIFICACIÓN DE USO DEL SUELO". Asimismo, se le informa que sus datos no podrán ser difundidos sin su consentimiento expreso, salvo excepciones previstas en la ley.
El responsable del Sistema de Datos Personales es el Director General de Administración Urbana y la oficina donde podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, así como la asociación del interesado es la Oficina de Información Pública de esta Secretaría ubicada en Avenida Insurgentes Centro N° 156, 4º Piso, Colonia San Rafael, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 04700, México, D.F. El interesado podrá dirigirse al trámite de Acceso a la Información Pública del Distrito Federal, donde recibirá asesoría sobre los derechos que tiene la Ley de Protección de Datos Personales para el Distrito Federal al teléfono 55 36 46 36, correo electrónico: datospersonales@ladf.org.mx o en la página www.ladf.org.mx.

UBICACIÓN DEL PREDIO O INMUEBLE				
Calle	n° Exterior	n° Interior / Local	Manzana	Lote
Colonia	Delegación	Código Postal	Cuenta Predial	

DATOS DEL PREDIO O INMUEBLE	MOTIVO DE LA SOLICITUD			
	A*		B*	
Superficie total del predio m ²	Aviso / Permiso	Obra Nueva	Regularización	
Superficie total construida m ²	Establecimiento Mercantil	Ampliación	Reparación	
Superficie total a demoler m ²	Usos Permitidos	Modificación	N.G.O. N° 26	
	Escrituración			
	Otros: Polígono de Actuación, Modificaciones a Programa o Cambio de Uso de Suelo, Sistema de Transferencia de Potencialidades, Delimitación de Zonas. <small>(Incluir copia del Resolutivo correspondiente).</small>			

A* USO (S) DE SUELO (S) SOLICITADO (S).
Superficie _____ m²

B* DATOS DEL PROYECTO					
Uso Solicitado	Obra Nueva (m ²)	Ampliación (m ²)	Modificación (m ²)	Regularización (m ²)	Reparación (m ²)

Número de viviendas Solicitadas _____ Superficie por Vivienda solicitada con indivisos _____ m²
Superficie Total a Construir _____ m²

<p align="center">CROQUIS DE LOCALIZACIÓN</p> <p align="center">NORTE ↑</p> <p>Dibujar a tinta y regla, especificando el nombre de las cuatro calles que delimitan la manzana donde se localiza el predio o inmueble de interés; las medidas del frente y fondo y las distancias de sus linderos a las esquinas más próximas.</p>	<p align="center">DICTAMEN</p> <p>Programa</p>
	<p>Zonificación</p>
	<p>Dictaminó</p>
	<p align="center">USO EXCLUSIVO DEL GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL</p>



VISITA DE SUPERVISIÓN Y VERIFICACIÓN SANITARIA PARA EL CONSULTORIO DENTAL PRIVADO



**Secretaría de Desarrollo Urbano y Vivienda
Dirección General de Administración Urbana**

AU-US/01

SOLICITUD DE CERTIFICADO ÚNICO DE ZONIFICACIÓN DE USO DEL SUELO

Esta solicitud se formula bajo protesta de decir verdad, por lo tanto, si los informes o declaraciones proporcionados por el particular resultan falsos, se aplicarán las sanciones administrativas correspondientes sin perjuicio de las penas en que incurran aquellos que se conduzcan con falsedad de acuerdo con los ordenamientos legales aplicables vigentes. La actuación administrativa de la autoridad y la de los interesados se sujetarán al Artículo 32 de la Ley de Procedimiento Administrativo del Distrito Federal referente al Principio de Buena Fe, y la de los promoventes al Artículo 310 del Código Penal para el Distrito Federal referente al Fraude Procesal ante la Autoridad Administrativa.

Información al interesado sobre el trámite de sus datos personales
Los datos personales recabados serán protegidos, incorporados y tratados en el Sistema de Datos Personales "CERTIFICADO ÚNICO DE ZONIFICACIÓN DE USO DEL SUELO" e incorporados en la Ley de Desarrollo Urbano del Distrito Federal (GDUF del 15 de Julio de 2010) - Artículos 3º, 4º, 5º, 6º, 7º, 8º, 9º, 10º, 11º, 12º, 13º, 14º, 15º, 16º, 17º, 18º, 19º, 20º, 21º, 22º, 23º, 24º, 25º, 26º, 27º, 28º, 29º, 30º, 31º, 32º, 33º, 34º, 35º, 36º, 37º, 38º, 39º, 40º, 41º, 42º, 43º, 44º, 45º, 46º, 47º, 48º, 49º, 50º, 51º, 52º, 53º, 54º, 55º, 56º, 57º, 58º, 59º, 60º, 61º, 62º, 63º, 64º, 65º, 66º, 67º, 68º, 69º, 70º, 71º, 72º, 73º, 74º, 75º, 76º, 77º, 78º, 79º, 80º, 81º, 82º, 83º, 84º, 85º, 86º, 87º, 88º, 89º, 90º, 91º, 92º, 93º, 94º, 95º, 96º, 97º, 98º, 99º, 100º, 101º, 102º, 103º, 104º, 105º, 106º, 107º, 108º, 109º, 110º, 111º, 112º, 113º, 114º, 115º, 116º, 117º, 118º, 119º, 120º, 121º, 122º, 123º, 124º, 125º, 126º, 127º, 128º, 129º, 130º, 131º, 132º, 133º, 134º, 135º, 136º, 137º, 138º, 139º, 140º, 141º, 142º, 143º, 144º, 145º, 146º, 147º, 148º, 149º, 150º, 151º, 152º, 153º, 154º, 155º, 156º, 157º, 158º, 159º, 160º, 161º, 162º, 163º, 164º, 165º, 166º, 167º, 168º, 169º, 170º, 171º, 172º, 173º, 174º, 175º, 176º, 177º, 178º, 179º, 180º, 181º, 182º, 183º, 184º, 185º, 186º, 187º, 188º, 189º, 190º, 191º, 192º, 193º, 194º, 195º, 196º, 197º, 198º, 199º, 200º, 201º, 202º, 203º, 204º, 205º, 206º, 207º, 208º, 209º, 210º, 211º, 212º, 213º, 214º, 215º, 216º, 217º, 218º, 219º, 220º, 221º, 222º, 223º, 224º, 225º, 226º, 227º, 228º, 229º, 230º, 231º, 232º, 233º, 234º, 235º, 236º, 237º, 238º, 239º, 240º, 241º, 242º, 243º, 244º, 245º, 246º, 247º, 248º, 249º, 250º, 251º, 252º, 253º, 254º, 255º, 256º, 257º, 258º, 259º, 260º, 261º, 262º, 263º, 264º, 265º, 266º, 267º, 268º, 269º, 270º, 271º, 272º, 273º, 274º, 275º, 276º, 277º, 278º, 279º, 280º, 281º, 282º, 283º, 284º, 285º, 286º, 287º, 288º, 289º, 290º, 291º, 292º, 293º, 294º, 295º, 296º, 297º, 298º, 299º, 300º, 301º, 302º, 303º, 304º, 305º, 306º, 307º, 308º, 309º, 310º, 311º, 312º, 313º, 314º, 315º, 316º, 317º, 318º, 319º, 320º, 321º, 322º, 323º, 324º, 325º, 326º, 327º, 328º, 329º, 330º, 331º, 332º, 333º, 334º, 335º, 336º, 337º, 338º, 339º, 340º, 341º, 342º, 343º, 344º, 345º, 346º, 347º, 348º, 349º, 350º, 351º, 352º, 353º, 354º, 355º, 356º, 357º, 358º, 359º, 360º, 361º, 362º, 363º, 364º, 365º, 366º, 367º, 368º, 369º, 370º, 371º, 372º, 373º, 374º, 375º, 376º, 377º, 378º, 379º, 380º, 381º, 382º, 383º, 384º, 385º, 386º, 387º, 388º, 389º, 390º, 391º, 392º, 393º, 394º, 395º, 396º, 397º, 398º, 399º, 400º, 401º, 402º, 403º, 404º, 405º, 406º, 407º, 408º, 409º, 410º, 411º, 412º, 413º, 414º, 415º, 416º, 417º, 418º, 419º, 420º, 421º, 422º, 423º, 424º, 425º, 426º, 427º, 428º, 429º, 430º, 431º, 432º, 433º, 434º, 435º, 436º, 437º, 438º, 439º, 440º, 441º, 442º, 443º, 444º, 445º, 446º, 447º, 448º, 449º, 450º, 451º, 452º, 453º, 454º, 455º, 456º, 457º, 458º, 459º, 460º, 461º, 462º, 463º, 464º, 465º, 466º, 467º, 468º, 469º, 470º, 471º, 472º, 473º, 474º, 475º, 476º, 477º, 478º, 479º, 480º, 481º, 482º, 483º, 484º, 485º, 486º, 487º, 488º, 489º, 490º, 491º, 492º, 493º, 494º, 495º, 496º, 497º, 498º, 499º, 500º, 501º, 502º, 503º, 504º, 505º, 506º, 507º, 508º, 509º, 510º, 511º, 512º, 513º, 514º, 515º, 516º, 517º, 518º, 519º, 520º, 521º, 522º, 523º, 524º, 525º, 526º, 527º, 528º, 529º, 530º, 531º, 532º, 533º, 534º, 535º, 536º, 537º, 538º, 539º, 540º, 541º, 542º, 543º, 544º, 545º, 546º, 547º, 548º, 549º, 550º, 551º, 552º, 553º, 554º, 555º, 556º, 557º, 558º, 559º, 560º, 561º, 562º, 563º, 564º, 565º, 566º, 567º, 568º, 569º, 570º, 571º, 572º, 573º, 574º, 575º, 576º, 577º, 578º, 579º, 580º, 581º, 582º, 583º, 584º, 585º, 586º, 587º, 588º, 589º, 590º, 591º, 592º, 593º, 594º, 595º, 596º, 597º, 598º, 599º, 600º, 601º, 602º, 603º, 604º, 605º, 606º, 607º, 608º, 609º, 610º, 611º, 612º, 613º, 614º, 615º, 616º, 617º, 618º, 619º, 620º, 621º, 622º, 623º, 624º, 625º, 626º, 627º, 628º, 629º, 630º, 631º, 632º, 633º, 634º, 635º, 636º, 637º, 638º, 639º, 640º, 641º, 642º, 643º, 644º, 645º, 646º, 647º, 648º, 649º, 650º, 651º, 652º, 653º, 654º, 655º, 656º, 657º, 658º, 659º, 660º, 661º, 662º, 663º, 664º, 665º, 666º, 667º, 668º, 669º, 670º, 671º, 672º, 673º, 674º, 675º, 676º, 677º, 678º, 679º, 680º, 681º, 682º, 683º, 684º, 685º, 686º, 687º, 688º, 689º, 690º, 691º, 692º, 693º, 694º, 695º, 696º, 697º, 698º, 699º, 700º, 701º, 702º, 703º, 704º, 705º, 706º, 707º, 708º, 709º, 710º, 711º, 712º, 713º, 714º, 715º, 716º, 717º, 718º, 719º, 720º, 721º, 722º, 723º, 724º, 725º, 726º, 727º, 728º, 729º, 730º, 731º, 732º, 733º, 734º, 735º, 736º, 737º, 738º, 739º, 740º, 741º, 742º, 743º, 744º, 745º, 746º, 747º, 748º, 749º, 750º, 751º, 752º, 753º, 754º, 755º, 756º, 757º, 758º, 759º, 760º, 761º, 762º, 763º, 764º, 765º, 766º, 767º, 768º, 769º, 770º, 771º, 772º, 773º, 774º, 775º, 776º, 777º, 778º, 779º, 780º, 781º, 782º, 783º, 784º, 785º, 786º, 787º, 788º, 789º, 790º, 791º, 792º, 793º, 794º, 795º, 796º, 797º, 798º, 799º, 800º, 801º, 802º, 803º, 804º, 805º, 806º, 807º, 808º, 809º, 810º, 811º, 812º, 813º, 814º, 815º, 816º, 817º, 818º, 819º, 820º, 821º, 822º, 823º, 824º, 825º, 826º, 827º, 828º, 829º, 830º, 831º, 832º, 833º, 834º, 835º, 836º, 837º, 838º, 839º, 840º, 841º, 842º, 843º, 844º, 845º, 846º, 847º, 848º, 849º, 850º, 851º, 852º, 853º, 854º, 855º, 856º, 857º, 858º, 859º, 860º, 861º, 862º, 863º, 864º, 865º, 866º, 867º, 868º, 869º, 870º, 871º, 872º, 873º, 874º, 875º, 876º, 877º, 878º, 879º, 880º, 881º, 882º, 883º, 884º, 885º, 886º, 887º, 888º, 889º, 890º, 891º, 892º, 893º, 894º, 895º, 896º, 897º, 898º, 899º, 900º, 901º, 902º, 903º, 904º, 905º, 906º, 907º, 908º, 909º, 910º, 911º, 912º, 913º, 914º, 915º, 916º, 917º, 918º, 919º, 920º, 921º, 922º, 923º, 924º, 925º, 926º, 927º, 928º, 929º, 930º, 931º, 932º, 933º, 934º, 935º, 936º, 937º, 938º, 939º, 940º, 941º, 942º, 943º, 944º, 945º, 946º, 947º, 948º, 949º, 950º, 951º, 952º, 953º, 954º, 955º, 956º, 957º, 958º, 959º, 960º, 961º, 962º, 963º, 964º, 965º, 966º, 967º, 968º, 969º, 970º, 971º, 972º, 973º, 974º, 975º, 976º, 977º, 978º, 979º, 980º, 981º, 982º, 983º, 984º, 985º, 986º, 987º, 988º, 989º, 990º, 991º, 992º, 993º, 994º, 995º, 996º, 997º, 998º, 999º, 1000º.

UBICACIÓN DEL PREDIO O INMUEBLE				
Calle	n° Exterior	n° Interior / Local	Manzana	Lote
Colonia	Delegación	Código Postal	Cuenta Predial	

DATOS DEL PREDIO O INMUEBLE	MOTIVO DE LA SOLICITUD			
Superficie total del predio m²	A*		B*	
Superficie total construida m²	Aviso / Permiso	Establecimiento Mercantil	Obra Nueva	Regularización
Superficie total a demoler m²	Usos Permitidos	Escrituración	Ampliación	Reparación
			Modificación	N.G.O. N° 26
	Otros -Polígono de Actuación, Modificaciones a Programa o Cambio de Uso de Suelo, Sistema de Transferencia de Potencialidades, Delimitación de Zonas (anexar copia del Resolutorio correspondiente).			

A* USO (S) DE SUELO (S) SOLICITADO (S).

Superficie _____ m²

B* DATOS DEL PROYECTO					
Uso Solicitado	Obra Nueva (m²)	Ampliación (m²)	Modificación (m²)	Regularización (m²)	Reparación (m²)

Número de viviendas Solicitadas _____ **Superficie por Vivienda solicitada con indivisos** _____ m²

Superficie Total a Construir _____ m²

CROQUIS DE LOCALIZACIÓN	DICTAMEN
<p style="text-align: center;">NORTE ↑</p>	<p>Programa</p> <hr/> <p>Zonificación</p> <hr/> <p>Dictaminó</p>
<p>Dibujar a tinta y regla, especificando el nombre de las cuatro calles que delimitan la manzana donde se localiza el predio o inmueble de interés; las medidas del frente y fondo y las distancias de sus linderos a las esquinas más próximas.</p>	<p>USO EXCLUSIVO DEL GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL</p>



VISITA DE SUPERVISIÓN Y VERIFICACIÓN SANITARIA
 PARA EL CONSULTORIO DENTAL PRIVADO



ANEXO 4 FORMATO DE CREDENCIAL DE VERIFICADOR

<p>COMISIÓN FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS COMISIÓN DE OPERACIÓN SANITARIA</p> <p>CREDENCIAL DE VERIFICADOR SANITARIO VÁLIDA SÓLO CUANDO EXHIBE <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> ORDEN DE VISITA</p>		
<div style="border: 2px solid black; width: 150px; height: 150px; margin: 0 auto;"></div> <p>Firma del verificador</p> <p>Folio: 00000</p> <p>Expedida el 01-enero-2008</p> <p>Vigencia al 30-dic-2008</p>	<p>Se acredita al XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXX, cuya fotografía y firma aparecen al margen, como VERIFICADOR SANITARIO adscrito a esta Comisión, para practicar visitas de verificación, en los términos y con el objeto que especifique la orden de visita.</p>	
	<p style="text-align: center;">XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX</p> <p>COMISIONADO DE OPERACIÓN SANITARIA Con fundamento en los artículos 4 fracción II inciso d, 11 fracciones IX y XIV y 15 fracción IV del Reglamento de la Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios y 396, 399, 400 y 401 fracción I de la Ley General de Salud.</p>	
<p>VALIDA SOLO CUANDO EXHIBE ORDEN DE VISITA</p>		
<p>Para cualquier aclaración y quejas llamar a los teléfonos 52 08 31 93, 52 08 28 71 ó 55 14 09 30</p>		
<p>EL USO INDEBIDO DE ESTA CREDENCIAL CONSTITUYE UN DELITO</p>		



ANEXO 5 MODELO DE EVALUACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO INTEGRADO Y DE CALIDAD

Modelo de Evaluación del Expediente Clínico Integrado y de Calidad

CALIDAD DE LOS CRITERIOS Y CUMPLIMIENTO NORMATIVO	
D1	INTEGRACION DEL EXPEDIENTE
1.	Existe el expediente clínico solicitado
2.	Tiene un número único de identificación
3.	Se incorpora un índice guía en las carpetas
4.	Los documentos están secuencialmente ordenados y completos
5.	Escrito con letra legible en lenguaje técnico médico
6.	Sin abreviaturas, tachaduras y enmendaduras
7.	Se anexa la lista de verificación para las intervenciones quirúrgicas
D2	HISTORIA CLINICA
1.	Ficha de Identificación
2.	Antecedentes heredo familiares
3.	Antecedentes personales no patológicos
4.	Antecedentes personales patológicos
5.	Padecimiento actual
6.	Interrogatorio por aparatos y sistemas
7.	Exploración física (habitus exterior, signos vitales, datos de cabeza, cuello, tórax, abdomen, extremidades y genitales)
8.	Resultados previos y actuales de estudios de laboratorio, gabinete y otros
9.	Terapéutica empleada y resultados obtenidos (medicamento, vía, dosis, periodicidad)
10.	Diagnóstico(s) o problemas clínicos
11.	Nombre completo, cédula profesional y firma del médico
D3	EN GENERAL DE LAS NOTAS MEDICAS NU NE NT NI NPE-O NPE-A NP0-Q NPO-A
1.	Nombre del paciente
2.	Fecha y hora de elaboración
3.	Edad y sexo
4.	Signos vitales (Peso, talla, tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura)
5.	Resumen del interrogatorio
6.	Exploración física
7.	Resultado de estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento
8.	Diagnóstico(s) o problemas clínicos
9.	Plan de estudio y/o Tratamiento (indicaciones médicas, vía, dosis, periodicidad)
10.	Pronóstico
11.	Nombre completo, cédula profesional y firma del médico
D4	ESPECIFICACIONES DE LAS NOTAS MEDICAS (D4-D11)x NOTAS DE URGENCIAS (NU)
12.	Motivo de la consulta
13.	Estado mental del paciente
14.	Se menciona destino de paciente después de la atención de urgencias
15.	Se precisan los procedimientos en el área de urgencias



VISITA DE SUPERVISIÓN Y VERIFICACIÓN SANITARIA
PARA EL CONSULTORIO DENTAL PRIVADO



D5	NOTAS DE EVOLUCION (NE)
12.	Existencia de nota médica por turno
13.	Evolución y actualización de cuadro clínico
D6	NOTAS DE REFERENCIA/TRASLADO (NT)
12.	Motivo de envío
13.	Establecimiento que envía y establecimiento receptor
14.	Nombre del médico responsable de la recepción del paciente en caso de urgencia
D7	NOTAS DE INTERCONSULTA
12.	Criterio diagnóstico
13.	Sugerencias diagnósticas y de tratamiento
14.	Motivo de la consulta
D8	NOTA PRE-OPERATORIA (NPE-O)
12.	Fecha de la cirugía a realizar
13.	Diagnóstico pre-operatorio
14.	Plan quirúrgico
15.	Riesgo quirúrgico
16.	Cuidados y plan terapéutico preoperatorio
D9	NOTA PRE-ANESTESICA (NPE-A)
12.	Evaluación clínica del paciente
13.	Tipo de anestesia
14.	Riesgo anestésico
D10	NOTA POST-OPERATORIA (NPEO-Q)
12.	Operación planeada
13.	Operación realizada
14.	Diagnóstico post-operatorio
15.	Descripción de la técnica quirúrgica
16.	Hallazgos transoperatorios
17.	Reporte de gasas y compresas
18.	Incidentes y accidentes
19.	Cuantificación de sangrado
20.	Resultados e interpretación de estudios de servicios auxiliares de diagnóstico transoperatorios
21.	Estado post-quirúrgico inmediato
22.	Plan manejo y tratamiento post-operatorio inmediato
23.	Envío de piezas y biopsias quirúrgicas para examen macroscópico
D11	NOTA POST-ANESTESICA (NPO-A)
12.	Medicamentos utilizados
13.	Duración de la anestesia
14.	Incidentes y accidentes atribuibles a la anestesia
15.	Cantidad de sangre o soluciones aplicadas
16.	Estado clínico del enfermo a su egreso de quirófano
17.	Plan manejo y tratamiento inmediato
D12	NOTA DE EGRESO
1.	Nombre del paciente
2.	Edad y sexo



**VISITA DE SUPERVISIÓN Y VERIFICACIÓN SANITARIA
PARA EL CONSULTORIO DENTAL PRIVADO**



3.	Fecha y hora de elaboración
4.	Signos vitales (peso, talla, tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, temperatura)
5.	Fecha y hora del ingreso/egreso hospitalario
6.	Días de estancia en la unidad
7.	Se identifica si es reingreso por la misma afección en el año
8.	Diagnóstico(s) de ingreso. Contiene diagnóstico principal y diagnósticos secundarios
9.	Resumen de la evolución y el estado actual
10.	Manejo durante la estancia hospitalaria
11.	Diagnóstico(s) final(es)
12.	Fecha y hora de procedimientos realizados en su caso
13.	Motivo de egreso (máximo beneficio, por mejoría, alta voluntaria, exitus)
14.	Problemas clínicos pendientes
15.	Plan de manejo y tratamiento
16.	Recomendaciones para la vigilancia ambulatoria
17.	Nombre completo, cédula profesional y firma del médico
D13	HOJA DE ENFERMERIA
1.	Identificación del paciente
2.	Hábitus exterior
3.	Gráfica de signos vitales
4.	Ministración de medicamentos (fecha, hora, vía, dosis, nombre de quien aplica el medicamento)
5.	Procedimientos realizados
6.	Valoración del dolor (localización y escala)
7.	Nivel de riesgo de caídas
8.	Observaciones
9.	Nombre completo y firma de quien elabora
D14	DE LOS SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO
1.	Fecha y hora del estudio
2.	Estudio solicitado
3.	Problema clínico en estudio
4.	Especifica incidentes o accidentes
5.	Descripción de resultados e interpretación por el médico tratante (excepto estudios histopatológicos)
6.	Nombre completo y firma del médico
D15	REGISTRO DE LA TRANSFUSION DE UNIDADES DE SANGRE O DE SUS COMPONENTES
1.	Cantidad de unidades, volumen, número de identificación de las unidades de sangre o de sus componentes transfundidos
2.	Fecha y hora de inicio y finalización de la transfusión
3.	Control de signos vitales y estado general del paciente, antes, durante y después de la transfusión
4.	En caso de reacciones adversas a la transfusión indicar su tipo y manejo, así como, los procedimientos para efecto de la investigación correspondiente
5.	Nombre completo y firma del médico que indicó la transfusión, así como del personal de salud encargado de la aplicación, vigilancia y control de la transfusión
D16	TRABAJO SOCIAL (EN SU CASO)
1.	Se integra copia en el expediente clínico del estudio socioeconómico de trabajo social
2.	Nombre completo y firma del médico



**VISITA DE SUPERVISIÓN Y VERIFICACIÓN SANITARIA
PARA EL CONSULTORIO DENTAL PRIVADO**



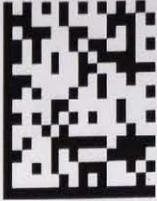
D17	CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO*
1.	Nombre de la Institución a la que pertenece el establecimiento médico
2.	Nombre o razón social del establecimiento médico
3.	Título del documento
4.	Lugar y fecha
5.	Acto autorizado
6.	Señalamiento de los riesgos y beneficios esperados del acto médico autorizado
7.	Autorización al personal de salud para la atención de contingencias y urgencias derivadas del acto autorizado, atendiendo al principio de libertad prescriptiva*
8.	Nombre y firma de la persona que otorga la autorización*
9.	Nombre y firma de los testigos* (en caso de amputación, mutilación o extirpación orgánica que produzca modificación física permanente o en la condición fisiológica o mental del paciente)
10.	Nombre completo y firma de quien realiza el acto autorizado
11.	Se elaboran tantos consentimientos como eventos médicos lo ameritan
* En caso de incapacidad transitoria o permanente y ante la imposibilidad de que el familiar tutor o representante legal firme el consentimiento, se procederá bajo acuerdo de por lo menos dos de los médicos autorizados por el hospital dejando por escrito constancia en el expediente clínico.	
D18	HOJA DE EGRESO VOLUNTARIO
1.	Nombre y dirección del establecimiento
2.	Nombre del paciente
3.	Fecha y hora del alta hospitalaria
4.	Nombre completo, edad, parentesco y firma de quien solicita el alta voluntaria
5.	Resumen clínico
6.	Medidas recomendadas para la protección de la salud del paciente y para la atención de factores de riesgo
7.	En su caso, nombre completo y firma del médico
8.	Nombre completo y firma de los testigos
D19	HOJA DE NOTIFICACION AL MINISTERIO PUBLICO
1.	Nombre, razón o denominación social del establecimiento notificador
2.	Fecha de elaboración
3.	Identificación del paciente
4.	Acto notificado
5.	Reporte de lesiones del paciente en su caso
6.	Agencia del ministerio público a la que se notifica
7.	Nombre completo, cédula profesional y firma del médico que realiza la notificación
8.	Reporte de causa de muerte sujeta a vigilancia epidemiológica
D20	NOTA DE DEFUNCION Y DE MUERTE FETAL
1.	Se integra copia en el Expediente Clínico
2.	Nombre completo, cédula profesional y firma de quien lo elabora
3.	Fecha y hora de elaboración
D21	ANALISIS CLINICO
1.	Existe congruencia clínico-diagnóstica
2.	Existe congruencia diagnóstico-terapéutica
3.	Existe congruencia diagnóstico-pronóstico



**VISITA DE SUPERVISIÓN Y VERIFICACIÓN SANITARIA
PARA EL CONSULTORIO DENTAL PRIVADO**



ANEXO 6 OFICIO LIBRE ANTE LA COFEPRIS

  SALUD	COMISIÓN FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS CENTRO INTEGRAL DE SERVICIOS Comprobante de Trámite	
USO EXCLUSIVO COFEPRIS 143300CO260011 05/02/2014 12:54 hrs.	FORMATO DE ESCRITO LIBRE Tipo de Trámite: OPERACION SANITARIA Homoclave del Trámite: Subtipo: DICTAMEN SANITARIO Modalidad: CONSULTAS	
R.F.C. O C.U.R.P.:	UNA 2907227Y5	
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:	UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO	
DOMICILIO:	AV. UNIVERSIDAD NO. 3000	
REPRESENTANTE LEGAL O RESPONSABLE SANITARIO :		
NÚMERO DE INGRESO DE REFERENCIA :		
ANEXOS:	OTROS: NO PRESENTA CARTA PODER.	
REGISTRO SANITARIO:		
NÚM. DE BOLSA DE INF. CONFIDENCIAL:		
NÚM. FOLIO DE BOLSA DE INF. CONFIDENCIAL:		
MODO DE INGRESO Y ENTREGA:	CENTRO INTEGRAL DE SERVICIOS VENTANILLA	
<p>Para obtener información sobre la disponibilidad de sus trámites usted podrá consultarnos en nuestra página www.cofepris.gob.mx en "Trámites Disponibles" o bien comunicarse al Centro de Atención Telefónica al número: 01 800 033 5050.</p> <p>Si la resolución de su trámite se encuentra disponible podrá recogerla contra entrega de este comprobante de trámite original en el Centro Integral de Servicios, donde permanecerán disponibles durante 30 días naturales y solo será entregada al representante legal, responsable sanitario o personas autorizadas notificadas ante ésta Comisión Federal previa presentación de identificación oficial.</p>		



**VISITA DE SUPERVISIÓN Y VERIFICACIÓN SANITARIA
PARA EL CONSULTORIO DENTAL PRIVADO**



México, Distrito Federal a 05 de Febrero 2014



Comisión para la Protección Contra Riesgos Sanitarios
Mtro. Mikel Andoni Arriola Peñalosa
Comisionado Federal

Por medio de la presente me dirijo a usted solicitando su apoyo para proporcionar información y orientación a la alumna Carol Parra Flores, pasante de la Facultad de Odontología de la UNAM, quien se encuentra en proceso de concluir sus estudios en la carrera de Cirujano Dentista con la realización de su tesina en el seminario de legislación con el tema "Visita de supervisión y verificación sanitaria para consultorio dental privado"

El apoyo consiste en orientarle en los temas de

- Instrumentos de verificación.
- Verificación del personal del consultorio dental.
- Verificación de señalización de protección civil.
- Verificación de instalaciones, mobiliario y equipo.
- Verificación de documentos en el consultorio dental.
- Bases legales de la verificación en el consultorio dental.
- sanciones.

Y se le proporcione los formatos de:

- Orden de verificación en consultorio dental.
- Acta de verificación sanitaria en consultorio dental.
- Oficio de comisión.

El material será utilizado con fines académicos, adjuntándolo como anexos a la tesina presentada por la alumna.

Agradeciendo de antemano su atención a la presente, envío un cordial saludo.

C.D. Juan Medrano Morales
Coordinador de Seminario de Titulación, Legislación en Odontología