

MANUAL DE PROCEDIMIENTO DE SUPERVISIÓN DE INSTITUCIONES PÚBLICAS Y PRIVADAS QUE BRINDAN SERVICIOS A PERSONAS ADULTAS MAYORES

MP-DAG-02

Augusto

2 CÉDULA DE REGISTRO

NOMBRE DEL MANUAL DE PROCEDIMIENTO

SUPERVISIÓN DE INSTITUCIONES PÚBLICAS Y PRIVADAS QUE
BRINDAN SERVICIOS A PERSONAS ADULTAS MAYORES

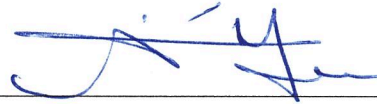
ELABORÓ



ANA LUISA GAMBLE SÁNCHEZ
GAVITO

DIRECTORA DE ATENCIÓN
GERIÁTRICA

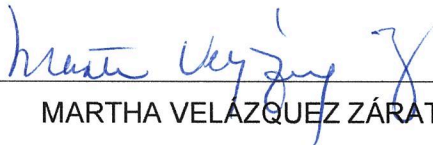
REGISTRÓ



JOSÉ MANUEL CAMPUZANO
VILLEGAS

SUBDIRECTOR JURÍDICO

AUTORIZÓ



MARTHA VELÁZQUEZ ZÁRATE

PRESIDENTA DEL COMERI

REGISTRO

CLAVE:

VERSIÓN:

FECHA:

3 ÍNDICE

1	PORTADA	1
2	CÉDULA DE REGISTRO	2
3	ÍNDICE.....	3
4	INTRODUCCIÓN	4
5	OBJETIVO DEL MANUAL.....	6
6	BASE LEGAL.....	7
7	POLÍTICAS	8
8	PROCEDIMIENTO.....	9
9	PROPÓSITO.....	9
10	ALCANCE.....	9
11	DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO	10
12	DIAGRAMA DE FLUJO	12
13	REGISTROS.....	14
14	GLOSARIO.....	15
15	ANEXOS.....	17
15.1	Instrumento de Supervisión de Instituciones públicas y privadas que brindan servicios a personas adultas mayores. FO-DAG-02-01.....	17
16	CAMBIOS DE VERSIÓN	39

Handwritten signature

Handwritten signature

Handwritten mark

4 INTRODUCCIÓN

El Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, como órgano rector de la política nacional en favor de las personas adultas mayores y encargado de promover que la prestación de servicios y atención que se les brinde en instituciones y centros de atención se realice con calidad para su desarrollo humano integral; tiene, dentro las atribuciones que le confiere la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores en su Artículo 28, Fracción XXX, la que a la letra dice:

“Artículo 28. Para el cumplimiento de su objeto, el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores tendrá las siguientes atribuciones:

XIII. Realizar visitas de inspección y vigilancia a instituciones públicas y privadas, casas hogar, albergues, residencias de día o cualquier otro Centro de atención a las personas adultas mayores para verificar las condiciones de funcionamiento, capacitación de su personal, modelo de atención y condiciones de la calidad de vida.”

Por lo anterior, y con la labor de realizar Visitas de Supervisión de Instituciones públicas y privadas que brindan servicios a personas adultas mayores, la Dirección de Atención Geriátrica establece el presente Manual de Procedimiento, cuyo propósito es el de estandarizar y homologar la definición de objetivos y funciones, delimitando responsabilidades y ámbitos de competencia para dar cumplimiento a los objetivos institucionales.

El presente manual de procedimiento permitirá al Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores fortalecer su presencia a nivel nacional al incrementar el número de Supervisiones; contar, ante la creciente generación de Instituciones que brindan servicios a personas mayores, con un Instrumento sencillo y de fácil manejo que posibilite reducir los tiempos, optimizar los recursos e implementar mecanismos de control en el procedimiento; contribuir con la mejora permanente en la calidad de los servicios que brindan las Instituciones públicas y privadas a las personas adultas mayores; e iniciar procedimientos con las instancias correspondientes en caso de violación de sus derechos.

El Instrumento de Supervisión de Instituciones públicas y privadas que brindan servicios a personas mayores (estancia permanente y estancia temporal) fue diseñado y estructurado por un Equipo Multidisciplinario conformado por personal del Instituto; que tuvo, por instrucción de la Subdirección de Certificación y Supervisión, generar una herramienta que permita la Supervisión de las Instituciones teniendo como base la *Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA3-2012. Asistencia Social. Prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos*

Am. Juan

Am. S

[Handwritten signature]

mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad; y recomendaciones emitidas por el INAPAM.

Dado que las disposiciones de la Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA3-2012 se emiten exclusivamente para Instituciones que brindan servicios de estancia permanente y estancia temporal, el diseño del Instrumento considera a las Instituciones que brindan dichos servicios. Si bien en el territorio nacional existen Instituciones que prestan servicios a personas adultas mayores en otras modalidades como Centros culturales, Clubes, Centros educativos, etcétera; son las que brindan servicios de estancia permanente y temporal, dada su naturaleza, aquellas que tienen mayor incidencia en el estado de bienestar de las personas adultas mayores y, por lo tanto, aquellas sobre las que la Supervisión se presenta como prioridad.

En relación con la estructura del Instrumento, este se conforma de nueve categorías que valoran diversos aspectos de las Instituciones:

1. Datos Generales
2. Operación
3. Población
4. Ingreso
5. Servicios
6. Personal
7. Inmueble
8. Organización y funcionamiento
9. Observaciones

Sobre el contenido, el instrumento considera 497 campos o datos recogidos durante su aplicación, de los cuales 340 son susceptibles de ser evaluados directamente para la generación del Informe Diagnóstico. Los restantes 154 campos recogen datos como motivos de ingreso u horarios de visita; datos sobre los que, si bien no puede emitirse una recomendación directa, son igualmente contemplados para la elaboración del Informe.

El instrumento fue diseñado para que su aplicación sea práctica y sencilla, además, cuenta con la característica de que puede ser trabajado haciendo uso de las nuevas tecnologías de la información y comunicación, esto es, que puede ser aplicado desde computadoras de escritorio, portátiles, tabletas electrónicas y teléfonos móviles inteligentes.

Lo anterior permitirá la optimización de los tiempos del procesamiento y análisis de la información, ya que, al rellenarlo de manera digital, la captura de los datos ya no es necesaria; lo que reduce el riesgo de sesgo de información.

Además del diseño del Instrumento, el Equipo Multidisciplinario trabajó en el diseño de un mecanismo de procesamiento de la información que permita concentrarla de manera sistemática y ordenada, así como emitir recomendaciones específicas y puntuales en relación con las disposiciones consideradas por la Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA3-2012 y por el INPAM.

Una vez generadas las Recomendaciones serán entregadas a la Institución con la finalidad de que sean implementadas. El Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, a través la Dirección de Atención Geriátrica, brindará la información, asesoría y/o capacitación requerida.

5 OBJETIVO DEL MANUAL

Proporcionar a la Dirección de Atención Geriátrica una herramienta que estandarice el desarrollo del procedimiento de Supervisión de Instituciones públicas y privadas que brindan servicios a personas adultas mayores a nivel nacional, conforme a sus atribuciones y responsabilidades, con la finalidad de alinear y homologar el desarrollo de las actividades que competen a las áreas que la conforman.

6 BASE LEGAL

ORDENAMIENTO	APARTADO
DISPOSICIONES CONSTITUCIONALES	
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	Última reforma publicada en el D.O.F. 9 de agosto de 2019.
LEYES	
Ley General de Salud	Última reforma publicada en el D.O.F. 24 de diciembre de 2018. Título Tercero, Capítulos I al IV.
Ley de Asistencia Social	Última reforma publicada en el D.O.F. 24 de abril de 2018. Artículo 9.
Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores	Última reforma publicada en el D.O.F. 12 de julio de 2018. Título V, Artículo 28, Fracciones XI, XII, XIII y XIV
Ley Federal de Procedimiento Administrativo.	Última reforma publicada en el D.O.F. el 18 de mayo de 2018
Ley General de Responsabilidades Administrativas	Última reforma publicada en el D.O.F. el 12 de abril de 2019
OTROS	
Estatuto Orgánico del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. Última reforma publicada en el D.O.F. 25 de septiembre de 2018.	
Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA3-2012, Asistencia Social. Prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad. Publicada en el D.O.F. 13 de septiembre de 2012.	
Guía técnica para elaborar y actualizar Manuales de Procedimiento del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. Noviembre, 2019.	

Handwritten signature

Handwritten signature

Handwritten signature

Handwritten signature

Procedimiento de Supervisión y evaluación de modelos de atención gerontológica, en Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención Geriátrica, INAPAM, 2016, página 102 a 156.

7 POLÍTICAS

1. La Dirección de Atención Geriátrica coordinará con la Dirección de Programas Estatales la Supervisión de Instituciones públicas y privadas que brindan servicios a personas adultas mayores a nivel nacional.
2. La Dirección de Programas Estatales coadyuvará en la coordinación del procedimiento en las entidades federativas para la realización de Visitas de Supervisión a las Instituciones.
3. La Subdirección de Certificación y Supervisión supervisará el procedimiento; dará aviso a las instancias correspondientes si se encuentran en las Instituciones anomalías que pongan en riesgo la integridad o dignidad de las personas adultas mayores o si las Recomendaciones emitidas no son atendidas; y recopilará y resguardará la información obtenida.
4. El Equipo Multidisciplinario de la Subdirección de Certificación y Supervisión diseñará el Instrumento de Supervisión, que estará sustentado en la NOM-031 y en recomendaciones emitidas por el INAPAM; diseñará el mecanismo de procesamiento de la información recogida; capacitará a los Promotores de Supervisión en el relleno del Instrumento y el procedimiento a seguir; dichas acciones por única ocasión; procesará la información, emitirá un Informe Diagnóstico y Recomendaciones dirigidas a la Institución por cada supervisión.
5. Los Promotores de Supervisión recibirán capacitación del Equipo Multidisciplinario sobre el procedimiento y el relleno del Instrumento, lo anterior por única ocasión; realizarán Visitas de Supervisión a las Instituciones, rellenarán el Instrumento, recopilarán la información y la enviarán a la Subdirección de Certificación y Supervisión.
6. El Equipo de Capacitación de la Subdirección de Certificación y Supervisión brindará información, asesoría y/o capacitación a las Instituciones que lo requieran de acuerdo con las necesidades detectadas por el Equipo Multidisciplinario.

El incumplimiento del Procedimiento regulado en este Manual, dará origen a las responsabilidades administrativas a las que haya lugar, en términos de la Ley

General de Responsabilidades Administrativas y la demás normatividad aplicable y vigente.

8 PROCEDIMIENTO

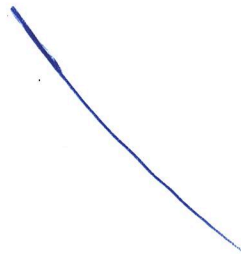
Procedimiento de Supervisión de Instituciones públicas y privadas que brindan servicios a personas adultas mayores.

9 PROPÓSITO

Realizar Visitas de Supervisión a las Instituciones públicas y privadas que brindan servicios a personas adultas mayores en el territorio nacional para verificar las condiciones de funcionamiento, capacitación de su personal, modelo de atención y condiciones de la calidad de vida de las personas adultas mayores, y así contribuir con la mejora en la calidad de los servicios brindados y asegurar el ejercicio de los derechos de las personas adultas mayores.

10 ALCANCE

Este procedimiento es aplicable y obligatorio al personal de la Dirección de Atención Geriátrica, al personal de la Dirección de Programas Estatales y a las Instituciones públicas y privadas que brindan servicios a personas adultas mayores a nivel nacional, así como al personal administrativo y operativo que labora en ellas.



11 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

NO.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE
1	Define las Instituciones a supervisar de acuerdo con el Registro Único.	DAG
2	Envía el Instrumento a los Promotores en coordinación con la Dirección de Programas Estatales.	DAG
3	Informa a la Institución sobre la Supervisión y el procedimiento y establece fecha de la misma.	SCS
4	Realiza Visita de Supervisión.	Promotor
5	Responde Instrumento y muestra documentos para cotejo.	Institución
6	Integra expediente con Instrumento.	Promotor
7	Envía expediente a la SCS.	Promotor
8	Recibe expediente.	SCS
9	Entrega expediente al Equipo Multidisciplinario.	SCS
10	Recibe expediente.	Equipo Multidisciplinario
11	Analiza la información.	Equipo Multidisciplinario
12	Elabora Informe Diagnóstico y Recomendaciones.	Equipo Multidisciplinario
13	Encuentra anomalías. Sí. Continúa en actividad 14. No. Continúa en actividad 16.	Equipo Multidisciplinario
14	Informa anomalías a la SCS.	Equipo Multidisciplinario
15	Da aviso a instancia correspondiente sobre las anomalías detectadas.	SCS

Car y...

hms

→

16	Entrega Informe Diagnóstico y Recomendaciones a la SCS.	Equipo Multidisciplinario
17	Recibe y revisa Informe Diagnóstico y Recomendaciones.	SCS
18	Envía Recomendaciones a la Institución y ofrece capacitación.	SCS
19	Se requiere capacitación. Sí. Continúa en actividad 20. No. Continúa en actividad 28	SCS
20	Turna Informe Diagnóstico al Equipo de Capacitación.	SCS
21	Recibe y revisa Informe Diagnóstico.	Equipo de Capacitación
22	Selecciona contenidos para capacitación.	Equipo de Capacitación
23	Contacta a la Institución para acordar fecha y términos de capacitación.	Equipo de Capacitación
24	Brinda capacitación a la Institución.	Equipo de Capacitación
25	Elabora informe de capacitación.	Equipo de Capacitación
26	Entrega informe de capacitación a la SCS.	Equipo de Capacitación
27	Recibe informe de capacitación.	SCS
28	Integra información y resguarda expediente. Termina el Procedimiento	SCS

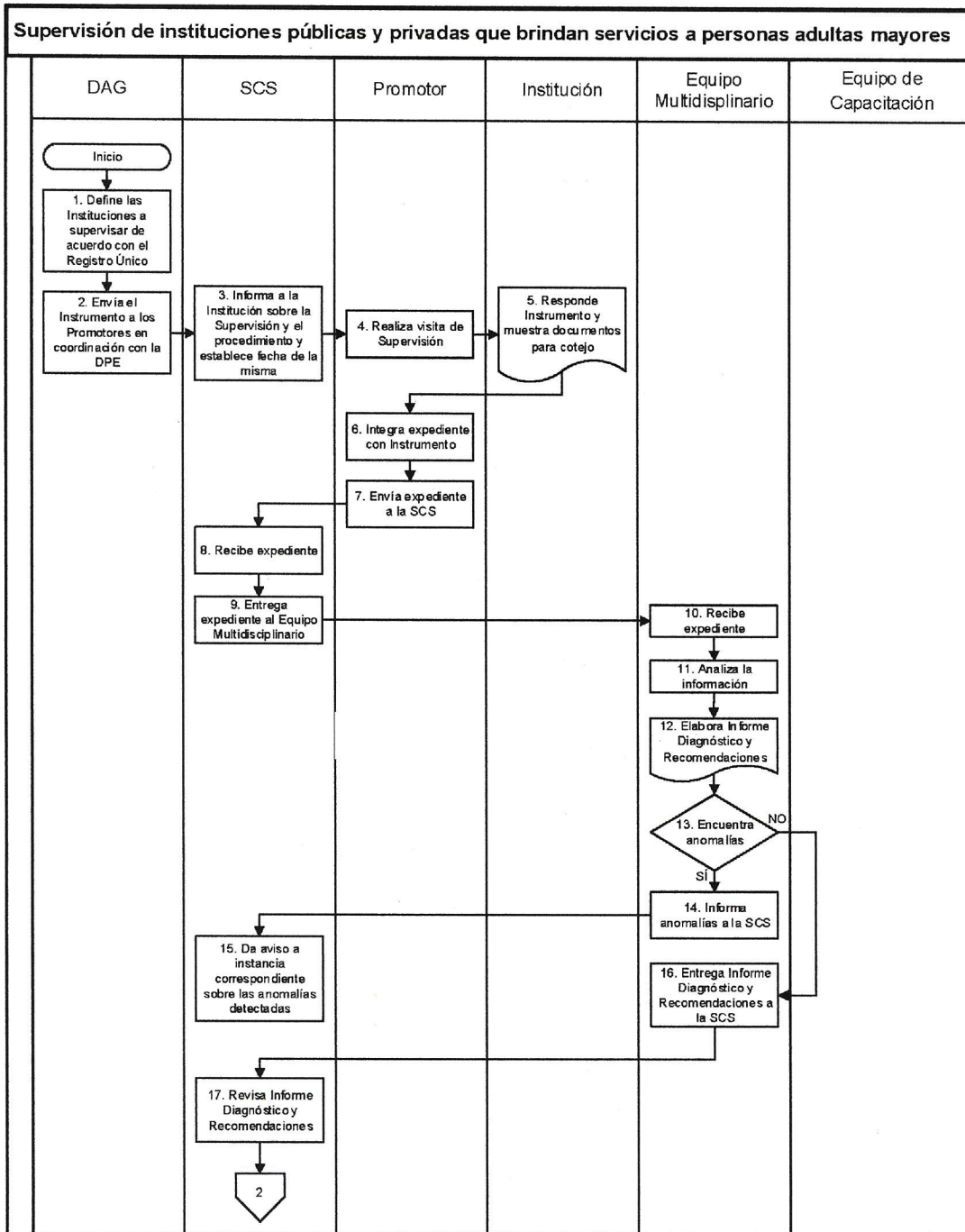
Handwritten signature

Handwritten initials

Handwritten signature

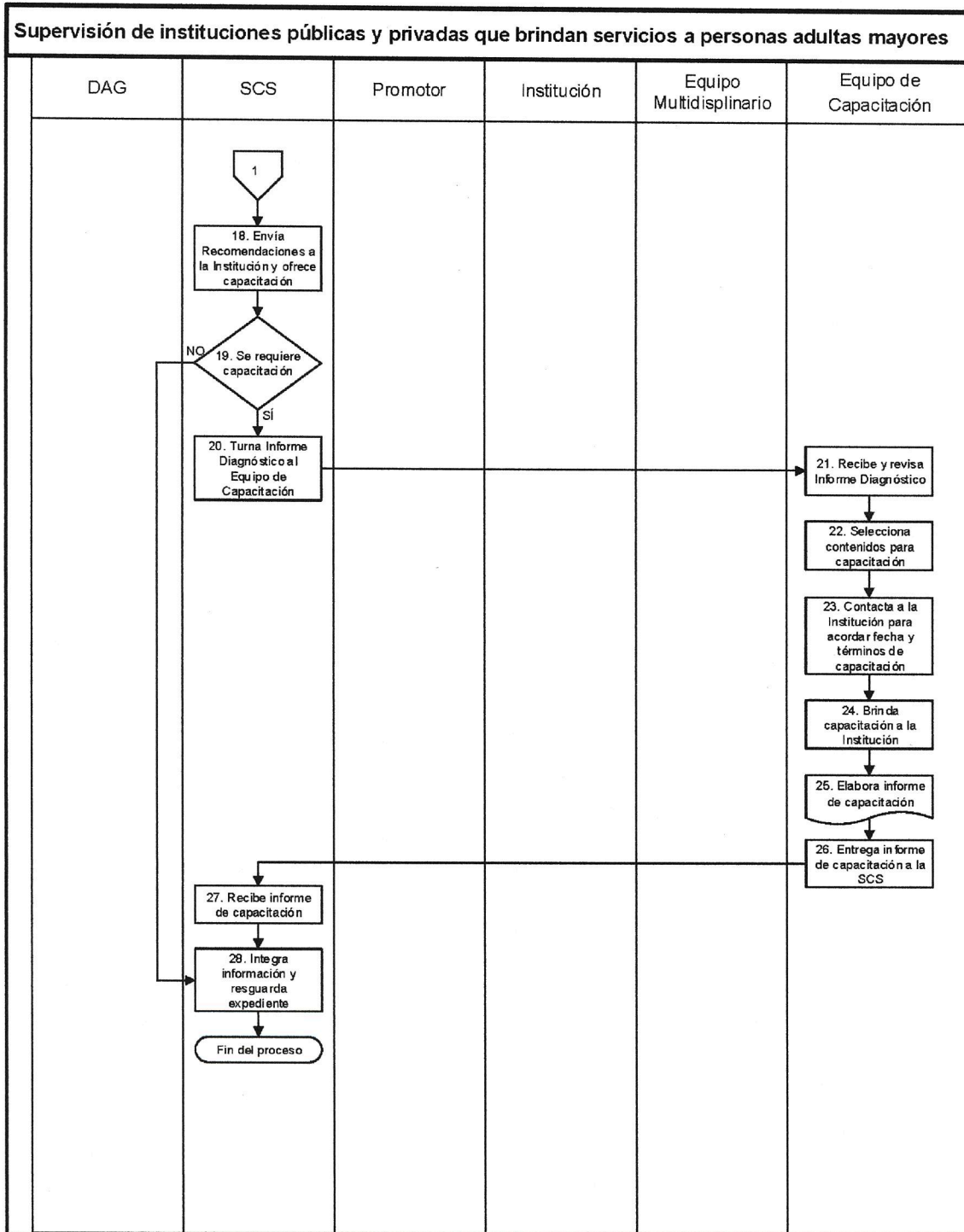
Tiempo Total: 20 días hábiles por Institución

12 DIAGRAMA DE FLUJO



Am. Juan Muz





San Juan 10/02

[Handwritten mark]

13 REGISTROS

REGISTRO	TIEMPO DE CONSERVACIÓN	RESPONSABLE DE CONSERVARLO	CÓDIGO DE REGISTRO O IDENTIFICACIÓN ÚNICA
Oficio de Supervisión	5 años	Subdirección de Certificación y Supervisión	FO-DAG-02-01
Instrumento de Supervisión	5 años	Subdirección de Certificación y Supervisión	FO-DAG-02-02
Informe Diagnóstico	5 años	Subdirección de Certificación y Supervisión	FO-DAG-02-03
Recomendaciones	5 años	Subdirección de Certificación y Supervisión	FO-DAG-02-04
Informe de Capacitación	5 años	Subdirección de Certificación y Supervisión	FO-DAG-02-05

mejor me

[Handwritten mark]

14 GLOSARIO

- **DAG:** Dirección de Atención Geriátrica
- **Documentos:** Documentos originales de las Instituciones para cotejo que comprenden: Registro Federal de Contribuyentes, Registro Federal de Organizaciones de la Sociedad Civil, Registro en Directorio Nacional de Instituciones de Asistencia Social, Registro Sanitario, Acta Constitutiva, licencias de funcionamiento, expedientes de personal y de personas adultas mayores, reglamentos internos, programas de los servicios brindados por la Institución, programas de capacitación de personal, programas de evaluación o autoevaluación, plano general de inmueble y aquellos que resulten necesarios para sustentar la información proporcionada por la persona Responsable de la Institución.
- **DPE:** Dirección de Programas Estatales.
- **Equipo de Capacitación:** Equipo de Capacitación de la Subdirección de Certificación y Supervisión, integrado por personas de diversas profesiones con formación gerontológica y que laboran en conjunto con el objeto de brindar capacitación a las Instituciones que así lo requieran para fortalecer la calidad de los servicios que brindan a personas adultas mayores.
- **Equipo Multidisciplinario:** Equipo Multidisciplinario de la Subdirección de Certificación y Supervisión, integrado por personas de diversas profesiones con formación gerontológica y que laboran en conjunto para: diseñar los instrumentos necesarios para la realización de Supervisiones, analizar y procesar la información, elaborar Informe Diagnóstico y Recomendaciones.
- **INAPAM:** Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores.
- **Informe Diagnóstico:** Informe sobre la Institución que incluye datos generales, información sobre su operación, modalidad, Responsable, población, ingreso, servicios, personal, inmueble, organización y funcionamiento; y que presenta un diagnóstico en relación con el cumplimiento de las disposiciones establecidas en la NOM-031 y recomendaciones emitidas por el INAPAM
- **Institución o Instituciones:** Instituciones públicas y privadas que brindan servicios a personas adultas mayores




*mz**San Juan**↙*

- Instrumento: Instrumento de Supervisión de instituciones públicas y privadas que brindan servicios a personas adultas mayores.
- NOM-031: Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA3-2012. Asistencia Social. Prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad
- Promotor o promotores: Promotor de Supervisión de Instituciones públicas y privadas que brindan servicios a personas adultas mayores.
- Recomendaciones: Documento dirigido a la Institución con recomendaciones puntuales y específicas en relación con las disposiciones establecidas en la NOM-031 y recomendaciones emitidas por el INAPAM, considerando su modalidad (estancia permanente, estancia temporal o mixta).
- Registro Único: Registro Único de Instituciones públicas y privadas que brindan servicios a personas adultas mayores.
- Responsable o Responsables: Persona responsable de la administración y/u operación de la Institución.
- SCS: Subdirección de Certificación y Supervisión.
- Supervisión: Supervisión de instituciones públicas y privadas que brindan servicios a personas adultas mayores.
- Visita o visitas: Visita de Supervisión a Institución, que consta de las siguientes etapas:
 1. Presentación del Promotor de Supervisión al inmueble debidamente identificado en la fecha acordada.
 2. Aplicación del Instrumento al Responsable, solicitando los Documentos necesarios para cotejo.
 3. Recorrido por el inmueble completo, para observar las condiciones del mismo y contrastar con la información proporcionada por el Responsable en la aplicación del Instrumento.
 4. Información de la fecha aproximada para entrega de Recomendaciones a la Institución.

Handwritten signature in blue ink, possibly reading 'M. A. ...'

Handwritten mark in blue ink, possibly a checkmark or signature.

15 ANEXOS**15.1 Oficio de Supervisión (imagen ilustrativa). FO-DAG-02-01.**

 BIENESTAR SECRETARÍA DE BIENESTAR	 INAPAM INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES
INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES DIRECCIÓN GENERAL DIRECCIÓN DE ATENCIÓN GERIÁTRICA SUBDIRECCIÓN DE CERTIFICACIÓN Y SUPERVISIÓN	
ORDEN DE VISITA DE SUPERVISIÓN	
Ciudad de México a 00 de enero de 2019.	
Asunto: Orden de Visita de Supervisión	
No: OVS/001/2019	
PROPIETARIO Y/O REPRESENTANTE LEGAL Y/O RESPONSABLE DE LA INSTITUCIÓN PÚBLICA, O PRIVADA, CASA HOGAR, ALBERGUE, RESIDENCIA DE DÍA O CUALQUIER CENTRO DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES.	
RAZÓN SOCIAL Y/O DENOMINACIÓN Y/O NOMBRE COMERCIAL: ASILO SAN JUAN DE DIOS	
DOMICILIO: PRIVADA DEL CBTIS NO. S/N , FRACCIONAMIENTO LA GLORIA, SAN CRISTOBAL DE LA CASAS, CHIAPAS, C.P. 29264	
Con fundamento en lo dispuesto por los artículos 90 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos ; 1, 3 fracción I, 45 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal ; 1, 2, 3 y 11 de la Ley Federal de Entidades Paraestatales ; 24, 25, 28 fracciones XI, XII y XIV de la Ley de los Derechos de las Personas Mayores ; así como los artículos 28, 30, 32, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69 y demás relativos y aplicables de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo ; los artículos 1°, 2°, 5° en sus fracciones XI, XIII, XIV; 21 fracciones I, II, VI, XI, XVIII; 23 fracciones I, II, V, VIII, IX, XII, XIII, XIV, 27 fracción I y demás relativos y aplicables del Estado Orgánico del Instituto Nacional de las personas Adultas Mayores ; el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, como un órgano público descentralizado de la Administración Pública Federal, con personalidad jurídica, patrimonio propio y autonomía técnica y de gestión para el cumplimiento de sus atribuciones, objetivos y fines; asimismo, como rector de la política nacional en favor de las personas adultas mayores y teniendo por objeto general coordinar, promover, apoyar, fomentar, vigilar y evaluar las acciones públicas, estrategias y programas que se derivan de ella, de conformidad con los principios, objetivos y disposiciones contenidas en la Ley de los Derechos de las Personas Mayores, el Instituto procurará el desarrollo humano integral de las personas adultas mayores, entendiéndose por este, el proceso tendiente a brindar a este sector de la población, empleo u ocupación, retribuciones justas, asistencia y las oportunidades necesarias para alcanzar niveles de bienestar y alta calidad de vida; orientado a reducir las desigualdades extremas y las inequidades de	
1	
 2019 EBERHARD ZARATA	

San Juan
mx

[Handwritten mark]

15.2 Instrumento de Supervisión. FO-DAG-02-02.

DIRECCIÓN DE ATENCIÓN GERIÁTRICA
INSTRUMENTO DE SUPERVISIÓN DE INSTITUCIONES PÚBLICAS Y PRIVADAS QUE BRINDAN SERVICIOS A PERSONAS ADULTAS MAYORES
(ESTANCIA PERMANENTE Y ESTANCIA TEMPORAL)

IMPORTANTE: Antes de empezar, recuerde:

1. Capturar todos los datos en MAYÚSCULAS y sin acentos.
2. Hacer las preguntas subrayadas que inician con "PM:" a las personas mayores.
3. Solicitar documentos como programas, permisos, registros, reglamentos, manuales, expedientes, etc. para su cotejo.
4. Contrastar las respuestas de la persona Responsable del Centro con lo observado durante el recorrido por el mismo.
5. Recabar la firma del Responsable en el Instrumento al finalizar la aplicación del mismo y el recorrido por el inmueble.

1. DATOS GENERALES

Complete con los datos correspondientes.

*TIPO DE VIALIDAD refiere a Calle, Avenida, Carretera, etc. VIALIDAD refiere al nombre de la misma.
*TIPO DE ASENTAMIENTO refiere a Colonia, Unidad Habitacional, Fraccionamiento, etc. ASENTAMIENTO refiere al nombre del mismo.

FOLIO SUPERVISIÓN

FECHA DE LA SUPERVISIÓN AÑO MES DÍA

TIPO DE CENTRO ESTANCIA PERMANENTE
 ESTANCIA TEMPORAL
 MIXTO

INSTITUCIÓN

SEDE (en caso de que una institución tenga varios inmuebles)

ESTADO MUNICIPIO O ALCALDÍA

TIPO DE VIALIDAD VIALIDAD

NO. EXT. NO. INT. TIPO DE ASENTAMIENTO

ASENTAMIENTO C.P.

TELÉFONO CORREO ELECTRÓNICO

2. OPERACIÓN

Responda las siguientes preguntas referentes a la operación del Centro.

¿QUÉ TIPO DE INSTITUCIÓN ES? PÚBLICA PRIVADA ¿QUÉ TIPO DE SOCIEDAD ES?

A.C. MERCANTIL
 FUNDACIÓN GOBIERNO FEDERAL
 I.A.P. o I.B.P. GOBIERNO ESTATAL
 S.C. GOBIERNO MUNICIPAL
 RELIGIOSA OTRO

¿EN QUÉ FECHA SE CONSTITUYÓ? AÑO MES DÍA

¿EN QUÉ FECHA INICIÓ OPERACIONES? AÑO MES DÍA

¿CUENTA CON REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES? SI NO

¿CUÁL ES SU RFC?

¿SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO FEDERAL DE ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL? SI NO

¿CUÁL ES SU REGISTRO CLUNI?

¿SE ENCUENTRA INSCRITO AL DIRECTORIO NACIONAL DE INSTITUCIONES DE ASISTENCIA SOCIAL? SI NO

¿CUÁL ES SU REGISTRO DNIAS?

¿CUENTA CON REGISTRO SANITARIO? SI NO

¿CUÁL ES SU REGISTRO SANITARIO?

¿CUÁL ES EL NOMBRE DEL RESPONSABLE SANITARIO?

1 de 18

Angélica M.

	SI	NO
¿CUENTA CON REGLAMENTO INTERNO PARA PERSONAL?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿CUENTA CON REGLAMENTO INTERNO PARA PERSONAS MAYORES?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿CUENTA CON MANUALES TÉCNICO ADMINISTRATIVOS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿CUENTA CON PROGRAMAS DE TRABAJO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿CUENTA CON PROGRAMA INTERNO DE PROTECCIÓN CIVIL?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿CUENTA CON PROGRAMA NUTRICIONAL?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿CUENTA CON DIRECTORIO DE EMERGENCIAS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿CUENTA CON MECANISMOS DE ATENCIÓN DE QUEJAS Y SUGERENCIAS PARA RESIDENTES Y FAMILIARES?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿CUENTA CON EXPEDIENTES ADMINISTRATIVOS DE LAS PERSONAS MAYORES?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿LOS EXPEDIENTES ADMINISTRATIVOS DE LAS PERSONAS MAYORES CONTIENEN CONTRATO, CONVENIO, O CARTA COMPROMISO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿LOS EXPEDIENTES ADMINISTRATIVOS DE LAS PERSONAS MAYORES CONTIENEN ESTUDIO SOCIOECONÓMICO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿EL CENTRO OPERA CON RECURSOS DEL ESTADO? TOTALMENTE
 PARCIALMENTE
 NO

¿QUÉ DÍAS DE LA SEMANA SE BRINDA SERVICIO? (Marque los días en que se brindan servicios).

LUNES MARTES MIÉRCOLES JUEVES VIERNES SÁBADO DOMINGO

¿CUÁL ES SU HORARIO DE SERVICIO? MATUTINO (solo por la mañana)
 12 HORAS (por la mañana y la tarde)
 VESPERTINO (de la tarde a la noche)
 24 HORAS (por la mañana, tarde y noche)

2.1 RESPONSABLE

Responda las siguientes preguntas referentes a la persona responsable del Centro.

¿CUÁL ES EL NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL CENTRO?

¿QUÉ GRADO DE ESTUDIOS TIENE? PRIMARIA LICENCIATURA
 SECUNDARIA POSGRADO
 BACHILLERATO SIN ESTUDIOS
 ESTUDIOS TÉCNICOS

¿CUÁL ES SU PROFESIÓN?

¿CUÁL ES SU TELÉFONO?

¿CUÁL ES SU CORREO ELECTRÓNICO?

Amgen msc

3. POBLACIÓN

Responda las siguientes preguntas referentes a la población del Centro.

¿CUÁL ES EL NÚMERO TOTAL DE MUJERES QUE ATIENDE?

¿CUÁNTAS MUJERES SON INDEPENDIENTES?

¿CUÁNTAS MUJERES SON SEMIDEPENDIENTES?

¿CUÁNTAS MUJERES SON DEPENDIENTES?

¿CUÁL ES EL NÚMERO TOTAL DE HOMBRES QUE ATIENDE?

¿CUÁNTOS HOMBRES SON INDEPENDIENTES?

¿CUÁNTOS HOMBRES SON SEMIDEPENDIENTES?

¿CUÁNTOS HOMBRES SON DEPENDIENTES?

¿CUÁNTAS PERSONAS MAYORES INDEPENDIENTES SE ATIENDEN EN TOTAL?

¿CUÁNTAS PERSONAS MAYORES SEMIDEPENDIENTES SE ATIENDEN EN TOTAL?

¿CUÁNTAS PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES SE ATIENDEN EN TOTAL?

¿CUÁL ES LA POBLACIÓN TOTAL DEL CENTRO?

¿CUÁL ES LA CAPACIDAD MÁXIMA DEL CENTRO?

¿QUÉ PROMEDIO DE EDAD SE TIENE ENTRE LAS PERSONAS MAYORES?

¿CUÁNTOS AÑOS TIENE LA PERSONA MAYOR CON MAYOR EDAD EN EL CENTRO?

¿CUÁNTOS AÑOS TIENE LA PERSONA MAYOR CON MENOR EDAD EN EL CENTRO?

¿CUÁNTAS PERSONAS SE DEDICAN EXCLUSIVAMENTE AL CUIDADO DE LAS PERSONAS MAYORES DIARIAMENTE (PERSONAL DE GERIATRÍA, ENFERMERÍA Y/O CUIDADOS)?

¿CUÁL ES EL TOTAL DE PERSONAS MAYORES CON PENSIÓN PARA EL BIENESTAR DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES?

¿CUÁL ES EL TOTAL DE HOMBRES CON PENSIÓN PARA EL BIENESTAR DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES?

¿CUÁL ES EL TOTAL DE MUJERES CON PENSIÓN PARA EL BIENESTAR DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES?

4. INGRESO

Responda las siguientes preguntas referentes al ingreso de las personas mayores al Centro.

¿EXISTE UN CONSENTIMIENTO INFORMADO PREVIO AL INGRESO?

SI	NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿EXISTE UN PERFIL DE INGRESO?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

¿QUIÉN DEFINE EL INGRESO AL CENTRO?

<input type="checkbox"/> DUEÑO
<input type="checkbox"/> RESPONSABLE
<input type="checkbox"/> COMITÉ/EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO
<input type="checkbox"/> PERSONA MAYOR

¿CUÁL ES LA EDAD MÍNIMA DE INGRESO? (si no existe edad mínima deje en blanco)

¿CUÁL ES EL GRADO DE FUNCIONALIDAD MÍNIMA DE INGRESO?

<input type="checkbox"/> INDEPENDIENTE
<input type="checkbox"/> SEMIDEPENDIENTE
<input type="checkbox"/> DEPENDIENTE
<input type="checkbox"/> SIN GRADO MÍNIMO

Handwritten notes:
mas
con firma

	SI	NO																											
¿SE ACEPTAN PERSONAS MAYORES CON DETERIORO COGNITIVO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											
¿SE ACEPTAN PERSONAS MAYORES CON DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											
¿SE REQUIERE DE UN RESPONSABLE PARA EL INGRESO DE LA PERSONA MAYOR?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											
¿SE REALIZA VALORACIÓN GERONTOGERIÁTRICA AL INGRESO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											
¿EXISTE CUOTA DE INGRESO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											
<p>¿CON QUÉ FRECUENCIA SE REALIZAN LAS VALORACIONES GERONTOGERIÁTRICAS?</p> <p> <input type="checkbox"/> ÚNICA <input type="checkbox"/> BIMESTRAL <input type="checkbox"/> SEMESTRAL <input type="checkbox"/> DE ACUERDO CON NECESIDAD <input type="checkbox"/> MENSUAL <input type="checkbox"/> TRIMESTRAL <input type="checkbox"/> ANUAL </p>																													
<p>¿CUÁLES SON LOS MOTIVOS MÁS COMUNES DE INGRESO? <i>(Marque los principales motivos de ingreso).</i></p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> FALTA DE RECURSOS</td> <td><input type="checkbox"/> BUSCA COMPAÑÍA</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> FALTA DE VIVIENDA</td> <td><input type="checkbox"/> REALIZAR ACTIVIDADES / TERAPIA OCUPACIONAL</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> NO TIENE FAMILIA</td> <td><input type="checkbox"/> REHABILITACIÓN</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> MALTRATO</td> <td><input type="checkbox"/> MEJORAR ESTADO DE SALUD</td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> FALTA DE RECURSOS	<input type="checkbox"/> BUSCA COMPAÑÍA	<input type="checkbox"/> FALTA DE VIVIENDA	<input type="checkbox"/> REALIZAR ACTIVIDADES / TERAPIA OCUPACIONAL	<input type="checkbox"/> NO TIENE FAMILIA	<input type="checkbox"/> REHABILITACIÓN	<input type="checkbox"/> MALTRATO	<input type="checkbox"/> MEJORAR ESTADO DE SALUD																			
<input type="checkbox"/> FALTA DE RECURSOS	<input type="checkbox"/> BUSCA COMPAÑÍA																												
<input type="checkbox"/> FALTA DE VIVIENDA	<input type="checkbox"/> REALIZAR ACTIVIDADES / TERAPIA OCUPACIONAL																												
<input type="checkbox"/> NO TIENE FAMILIA	<input type="checkbox"/> REHABILITACIÓN																												
<input type="checkbox"/> MALTRATO	<input type="checkbox"/> MEJORAR ESTADO DE SALUD																												
5. SERVICIOS																													
<p><i>Marque los servicios que se brindan en el Centro.</i></p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> ALOJAMIENTO PERMANENTE</td> <td><input type="checkbox"/> ATENCIÓN PSICOLÓGICA</td> <td><input type="checkbox"/> SERVICIO RELIGIOSO</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ALOJAMIENTO TEMPORAL</td> <td><input type="checkbox"/> TRABAJO SOCIAL</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ALIMENTACIÓN</td> <td><input type="checkbox"/> TERAPIA OCUPACIONAL</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> VESTIDO</td> <td><input type="checkbox"/> APOYO JURÍDICO</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ATENCIÓN MÉDICA</td> <td><input type="checkbox"/> ACTIVIDADES FÍSICAS</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ENFERMERÍA</td> <td><input type="checkbox"/> ACTIVIDADES CULTURALES</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> CUIDADOS</td> <td><input type="checkbox"/> ACTIVIDADES RECREATIVAS</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> CUIDADOS PALIATIVOS</td> <td><input type="checkbox"/> ACTIVIDADES PRODUCTIVAS</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> REHABILITACIÓN</td> <td><input type="checkbox"/> ACTIVIDADES PARA PERSONA MAYORES CON DETERIORO COGNITIVO O DEMENCIA</td> <td></td> </tr> </table> <p>OTROS SERVICIOS: <input style="width: 500px;" type="text"/></p>			<input type="checkbox"/> ALOJAMIENTO PERMANENTE	<input type="checkbox"/> ATENCIÓN PSICOLÓGICA	<input type="checkbox"/> SERVICIO RELIGIOSO	<input type="checkbox"/> ALOJAMIENTO TEMPORAL	<input type="checkbox"/> TRABAJO SOCIAL		<input type="checkbox"/> ALIMENTACIÓN	<input type="checkbox"/> TERAPIA OCUPACIONAL		<input type="checkbox"/> VESTIDO	<input type="checkbox"/> APOYO JURÍDICO		<input type="checkbox"/> ATENCIÓN MÉDICA	<input type="checkbox"/> ACTIVIDADES FÍSICAS		<input type="checkbox"/> ENFERMERÍA	<input type="checkbox"/> ACTIVIDADES CULTURALES		<input type="checkbox"/> CUIDADOS	<input type="checkbox"/> ACTIVIDADES RECREATIVAS		<input type="checkbox"/> CUIDADOS PALIATIVOS	<input type="checkbox"/> ACTIVIDADES PRODUCTIVAS		<input type="checkbox"/> REHABILITACIÓN	<input type="checkbox"/> ACTIVIDADES PARA PERSONA MAYORES CON DETERIORO COGNITIVO O DEMENCIA	
<input type="checkbox"/> ALOJAMIENTO PERMANENTE	<input type="checkbox"/> ATENCIÓN PSICOLÓGICA	<input type="checkbox"/> SERVICIO RELIGIOSO																											
<input type="checkbox"/> ALOJAMIENTO TEMPORAL	<input type="checkbox"/> TRABAJO SOCIAL																												
<input type="checkbox"/> ALIMENTACIÓN	<input type="checkbox"/> TERAPIA OCUPACIONAL																												
<input type="checkbox"/> VESTIDO	<input type="checkbox"/> APOYO JURÍDICO																												
<input type="checkbox"/> ATENCIÓN MÉDICA	<input type="checkbox"/> ACTIVIDADES FÍSICAS																												
<input type="checkbox"/> ENFERMERÍA	<input type="checkbox"/> ACTIVIDADES CULTURALES																												
<input type="checkbox"/> CUIDADOS	<input type="checkbox"/> ACTIVIDADES RECREATIVAS																												
<input type="checkbox"/> CUIDADOS PALIATIVOS	<input type="checkbox"/> ACTIVIDADES PRODUCTIVAS																												
<input type="checkbox"/> REHABILITACIÓN	<input type="checkbox"/> ACTIVIDADES PARA PERSONA MAYORES CON DETERIORO COGNITIVO O DEMENCIA																												
5.1 GENERALIDADES DE LOS SERVICIOS																													
<p><i>Responda las siguientes preguntas referentes a los servicios que brinda el Centro.</i></p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 70%;">PM: ¿EL CENTRO PROMUEVE EL BIENESTAR DE LA PERSONA MAYOR?</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">SI</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">NO</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>PM: ¿EL CENTRO BRINDA OPORTUNAMENTE ASISTENCIA SOCIAL?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>PM: ¿EL CENTRO FAVORECE LA INTERACCIÓN DE LA PERSONA MAYOR CON LA FAMILIA ?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>PM: ¿EL CENTRO PROMUEVE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL DE LA PERSONA MAYOR?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>PM: ¿EL CENTRO OTORGA PROTECCIÓN Y SEGURIDAD A LA PERSONA MAYOR?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>PM: ¿EL CENTRO PROMUEVE LA PARTICIPACIÓN DE LA PERSONA</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>			PM: ¿EL CENTRO PROMUEVE EL BIENESTAR DE LA PERSONA MAYOR?	SI	NO		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PM: ¿EL CENTRO BRINDA OPORTUNAMENTE ASISTENCIA SOCIAL?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PM: ¿EL CENTRO FAVORECE LA INTERACCIÓN DE LA PERSONA MAYOR CON LA FAMILIA ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PM: ¿EL CENTRO PROMUEVE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL DE LA PERSONA MAYOR?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PM: ¿EL CENTRO OTORGA PROTECCIÓN Y SEGURIDAD A LA PERSONA MAYOR?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PM: ¿EL CENTRO PROMUEVE LA PARTICIPACIÓN DE LA PERSONA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
PM: ¿EL CENTRO PROMUEVE EL BIENESTAR DE LA PERSONA MAYOR?	SI	NO																											
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											
PM: ¿EL CENTRO BRINDA OPORTUNAMENTE ASISTENCIA SOCIAL?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											
PM: ¿EL CENTRO FAVORECE LA INTERACCIÓN DE LA PERSONA MAYOR CON LA FAMILIA ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											
PM: ¿EL CENTRO PROMUEVE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL DE LA PERSONA MAYOR?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											
PM: ¿EL CENTRO OTORGA PROTECCIÓN Y SEGURIDAD A LA PERSONA MAYOR?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											
PM: ¿EL CENTRO PROMUEVE LA PARTICIPACIÓN DE LA PERSONA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											

Carrizosa mtz

Código: MP-DAG-02

Revisión: 00

22 de 39

MAYOR EN LAS ACTIVIDADES?PM: ¿EL CENTRO REALIZA ACCIONES DE REFERENCIA PARA LA
RESOLUCIÓN DE URGENCIAS MÉDICO QUIRÚRGICAS? **5.2 ALIMENTACIÓN***Responda las siguientes preguntas referentes al servicio de alimentación.*

	SI	NO
¿LOS ALIMENTOS SE ELABORAN SIGUIENDO MEDIDAS HIGIÉNICAS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿LOS ALIMENTOS CUENTAN CON LOS APORTES CALÓRICOS Y NUTRIMENTALES NECESARIOS DE ACUERDO CON EL ESTADO DE SALUD DE LAS PERSONAS MAYORES?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿LOS ALIMENTOS SE AJUSTAN A PARTIR DE LAS RECOMENDACIONES MÉDICAS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PM: <u>¿SE SIRVE DESAYUNO?</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PM: <u>¿SE SIRVE COMIDA?</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PM: <u>¿SE SIRVE CENA?</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PM: <u>¿SE SIRVEN COLACIONES?</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PM: <u>¿LOS ALIMENTOS TIENEN BUEN ASPECTO Y SABOR?</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PM: <u>¿LOS ALIMENTOS SE SIRVEN EN CANTIDAD Y CALIDAD ACORDES CON EL ESTADO DE SALUD DE LAS PERSONAS MAYORES?</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿LOS ALIMENTOS SE PREPARAN Y SIRVEN EN UTENSILIOS DECOROSOS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿SE CUENTA CON UN REGISTRO DIARIO DE LOS ALIMENTOS INGERIDOS POR LAS PERSONAS MAYORES?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿EL MENÚ SE COLOCA A LA VISTA DE LOS RESIDENTES?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.3 VESTIDO*Responda las siguientes preguntas referentes al servicio de vestido.*

	SI	NO
¿LAS PRENDAS DE LAS PERSONAS MAYORES SE ENCUENTRAN EN BUEN ESTADO Y LIMPIAS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿LAS PRENDAS DE LAS PERSONAS MAYORES SON CÓMODAS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿LAS PRENDAS DE LAS PERSONAS MAYORES SON ADECUADAS DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES CLIMÁTICAS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿EL CALZADO DE LAS PERSONAS MAYORES SE ENCUENTRA EN BUEN ESTADO Y LIMPIO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿EL CALZADO DE LAS PERSONAS MAYORES ES CÓMODO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Angela me

¿EL CALZADO DE LAS PERSONAS MAYORES CUENTA CON SUELA ANTIDERRAPANTE?

<i>Responda sólo en caso de que el Centro sea de Estancia Permanente</i>	SI	NO
LA ROPA DE CAMA DE LAS PERSONAS MAYORES SE ENCUENTRA EN BUEN ESTADO Y LIMPIA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿LA ROPA DE CAMA DE LAS PERSONAS MAYORES ES CÓMODA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿LA ROPA DE CAMA DE LAS PERSONAS MAYORES ES ADECUADA DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES CLIMÁTICAS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿LOS COLCHONES DE LAS PERSONAS MAYORES SE ENCUENTRAN EN BUEN ESTADO Y LIMPIOS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿LOS COLCHONES DE LAS PERSONAS MAYORES SON CÓMODOS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿LAS ALMOHADAS DE LAS PERSONAS MAYORES SE ENCUENTRAN EN BUEN ESTADO Y LIMPIAS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿LAS ALMOHADAS DE LAS PERSONAS MAYORES SON CÓMODAS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.4 ATENCIÓN MÉDICA

Responda las siguientes preguntas referentes al servicio de atención médica.

¿EN QUÉ MODALIDAD SE BRINDA PRINCIPALMENTE LA ATENCIÓN MÉDICA?

- MEDIANTE SERVICIO MÉDICO EN EL CENTRO
- MEDIANTE CONSULTAS PROGRAMADAS EN CENTRO DE SALUD
- MEDIANTE SERVICIO EXTERNO EN CASOS DE URGENCIA

¿EL CENTRO CUENTA CON UN CONVENIO CON ALGÚN SERVICIO MÉDICO EXTERNO? SI NO

¿QUÉ TIPO DE ACTIVIDADES COMPRENDE LA ATENCIÓN MÉDICA PROPORCIONADA EN EL CENTRO?
(Marque los tipos de actividades consideradas en el servicio de atención médica).

- PREVENTIVAS
- CURATIVAS
- DE REHABILITACIÓN
- PALIATIVAS

¿CUÁLES SON LAS ENFERMEDADES/CONDICIONES MÁS COMUNMENTE PADECIDAS POR LAS PERSONAS MAYORES DEL CENTRO?
(Marque las enfermedades más comunmente padecidas).

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> CARDIOVASCULARES | <input type="checkbox"/> GASTROINTESTINALES |
| <input type="checkbox"/> DETERIORO COGNITIVO / DEMENCIA | <input type="checkbox"/> INCONTINENCIA URINARIA |
| <input type="checkbox"/> DIABETES | <input type="checkbox"/> OSTEOARTICULARES |
| <input type="checkbox"/> DISMINUCIÓN AUDITIVA | <input type="checkbox"/> RESPIRATORIAS |
| <input type="checkbox"/> DISMINUCIÓN VISUAL | <input type="checkbox"/> TRANSTORNO DE ANSIEDAD |
| <input type="checkbox"/> FRACTURA DE CADERA | <input type="checkbox"/> TRANSTORNO DEPRESIVO |

¿CUÁL HA SIDO EL NÚMERO DE DEFUNCIONES EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?

¿CUÁL HA SIDO EL NÚMERO DE INGRESOS A HOSPITAL EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?

¿CUÁL HA SIDO EL NÚMERO DE ASISTENCIAS A SERVICIO DE URGENCIAS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?

Amg...

5.4.1 ACTIVIDADES PREVENTIVAS

Responda las siguientes preguntas referentes a las actividades preventivas realizadas en el Centro.

- PM: ¿EN EL CENTRO SE REALIZAN ACTIVIDADES DE EDUCACIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD COMO BRINDAR INFORMACIÓN QUE PERMITA A LAS PERSONAS MAYORES ELEGIR HÁBITOS SALUDABLES? SI NO
- ¿EN EL CENTRO SE REALIZAN ACTIVIDADES QUE FOMENTEN UNA CULTURA DE DIGNIFICACIÓN DE LA VEJEZ? SI NO
- ¿EL CENTRO SE ENCUENTRA VINCULADO CON LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA COMUNIDAD PARA MANTENER UNA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA? SI NO

¿EN EL CENTRO SE REALIZA LA DETECCIÓN OPORTUNA DE FACTORES DE RIESGO Y ENFERMEDADES ASOCIADOS CON LOS SIGUIENTES PADECIMIENTOS? (Marque los padecimientos).

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ATEROSCLEROSIS | <input type="checkbox"/> ENFERMEDADES ESTOMATOLÓGICAS |
| <input type="checkbox"/> CAÍDAS | <input type="checkbox"/> ENFERMEDADES RESPIRATORIAS |
| <input type="checkbox"/> CÁNCER | <input type="checkbox"/> ENFERMEDADES/ALTERACIONES VISUALES |
| <input type="checkbox"/> DEPRESIÓN | <input type="checkbox"/> FRAGILIDAD |
| <input type="checkbox"/> DETERIORO COGNITIVO | <input type="checkbox"/> HIPERTENSIÓN ARTERIAL |
| <input type="checkbox"/> DIABETES MELLITUS | <input type="checkbox"/> OTROS SÍNDROMES GERIÁTRICOS |
| <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD DEL SISTEMA MÚSCULO ESQUELÉTICO | <input type="checkbox"/> PROBLEMAS DE NUTRICIÓN |
| <input type="checkbox"/> ENFERMEDADES AUDITIVAS | <input type="checkbox"/> OTRAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES |
| <input type="checkbox"/> ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS | |

EN EL CENTRO SE DISEÑAN Y APLICAN PROGRAMAS O ACCIONES RELATIVOS A:
(Marque los rubros sobre los que el Centro diseña y aplica programas o acciones).

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ORIENTACIÓN NUTRICIONAL | <input type="checkbox"/> PREVENCIÓN DE HÁBITOS NOCIVOS PARA LA SALUD |
| <input type="checkbox"/> PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES BUCODENTALES | <input type="checkbox"/> FOMENTO DE LA ACTIVIDAD FÍSICA |
| <input type="checkbox"/> PREVENCIÓN DE TRASTORNOS PSICOAFECTIVOS | <input type="checkbox"/> FOMENTO DE LA INTERACCIÓN FAMILIAR Y SOCIAL |
| <input type="checkbox"/> PREVENCIÓN DE CAÍDAS Y ACCIDENTES | <input type="checkbox"/> VINCULACIÓN CON PROGRAMAS COMUNITARIOS |
| <input type="checkbox"/> PREVENCIÓN DE ADICCIONES | <input type="checkbox"/> ACTIVIDADES CULTURALES, RECREATIVAS
OCUPACIONALES Y PRODUCTIVAS |

5.4.2 REHABILITACIÓN

Responda las siguientes preguntas referentes al servicio de rehabilitación.

¿LAS ACTIVIDADES DE REHABILITACIÓN SE DESARROLLAN DE ACUERDO CON LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS MAYORES? SI NO

¿QUÉ ACTIVIDADES CONSIDERA EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN?
(Marque las actividades consideradas).

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> COORDINACIÓN PSICOMOTRIZ GRUESA Y FINA | <input type="checkbox"/> ELABORACIÓN DE TRABAJOS MANUALES |
| <input type="checkbox"/> PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE DEFORMIDADES | <input type="checkbox"/> ACTIVIDADES SOCIALES |
| <input type="checkbox"/> MANTENIMIENTO DE LA CONCIENCIA DEL ESQUEMA CORPORAL | <input type="checkbox"/> ACTIVIDADES PARA PERSONAS CON
DETERIORO COGNITIVO O DEMENCIA |

Am... m...

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> MANTENIMIENTO DE LA CONCIENCIA DEL ESPACIO | <input type="checkbox"/> ACTIVIDADES OCUPACIONALES Y RECREATIVAS |
| <input type="checkbox"/> FUNCIONALIDAD DE LOS SENTIDOS | <input type="checkbox"/> ACTIVIDADES DE AUTOCUIDADO |

5.4.3 ENFERMERÍA

Responda las siguientes preguntas referentes al servicio de enfermería.

¿QUÉ ACTIVIDADES CONSIDERA EL SERVICIO DE ENFERMERÍA?
(Marque las actividades consideradas).

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS A PERSONAS MAYORES | <input type="checkbox"/> APLICACIÓN DE SUEROS |
| <input type="checkbox"/> REGISTRO DIARIO DE TOMA DE MEDICAMENTOS | <input type="checkbox"/> APLICACIÓN DE INYECCIONES |
| <input type="checkbox"/> TOMA DIARIA DE SIGNOS VITALES | <input type="checkbox"/> REPORTE OPORTUNO DE INCIDENCIAS |
| <input type="checkbox"/> TOMA DE NIVELES DE GLUCOSA | |
| <input type="checkbox"/> CURACIONES | |

5.4.4 CUIDADOS

Responda las siguientes preguntas referentes al servicio de cuidados.

¿QUÉ ACTIVIDADES CONSIDERA EL SERVICIO DE CUIDADOS?
(Marque las actividades consideradas).

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ASEO PERSONAL DIARIO | <input type="checkbox"/> APOYO EN VESTIMENTA |
| <input type="checkbox"/> CAMBIO DE PAÑALES | <input type="checkbox"/> MOVILIZACIÓN ACTIVA |
| <input type="checkbox"/> CAMBIO DE ROPA DE CAMA | <input type="checkbox"/> CURACIONES |
| <input type="checkbox"/> CAMBIOS POSTURALES | <input type="checkbox"/> ACOMPAÑAMIENTO |
| <input type="checkbox"/> APOYO EN ALIMENTACIÓN | <input type="checkbox"/> MOTIVACIÓN A LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES |
| <input type="checkbox"/> APOYO EN TRASLADO | <input type="checkbox"/> REPORTE OPORTUNO DE INCIDENCIAS |

5.4.5 CUIDADOS PALIATIVOS

Responda las siguientes preguntas referentes al servicio de cuidados paliativos.

¿EL CENTRO PROMUEVE Y RESPETA LA VOLUNTAD ANTICIPADA? SI NO

¿QUÉ ACTIVIDADES CONSIDERA EL SERVICIO DE CUIDADOS PALIATIVOS?
(Marque las actividades consideradas).

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> ALIVIO DEL DOLOR | <input type="checkbox"/> CONFORT EN CAMA Y SILLÓN | <input type="checkbox"/> REPORTE OPORTUNO DE INCIDENCIAS |
| <input type="checkbox"/> HIDRATACIÓN | <input type="checkbox"/> ACOMPAÑAMIENTO TANATOLÓGICO | |
| <input type="checkbox"/> LUBRICACIÓN DE PIEL | <input type="checkbox"/> IMPACTACIÓN FECAL | |

5.4.6 EXPEDIENTE CLÍNICO

Responda las siguientes preguntas referentes a los expedientes clínicos de las personas mayores.

- | | | |
|---|-------------------------------------|--------------------------|
| ¿LOS EXPEDIENTES CLÍNICOS CUMPLEN CON LA NOM-004-SSA3-2012, DEL EXPEDIENTE CLÍNICO? | SI <input checked="" type="radio"/> | NO <input type="radio"/> |
| ¿LOS EXPEDIENTES CUENTAN CON HISTORIA CLÍNICA? | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Handwritten notes in blue ink:
mmt
San Juan

- | | | |
|--|-------------------------------------|--------------------------|
| ¿LOS EXPEDIENTES SE ENCUENTRAN ACTUALIZADOS? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿LOS EXPEDIENTES CUENTAN CON VALORACIÓN GERONTOGERIÁTRICA? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿LOS EXPEDIENTES CUENTAN CON DATOS SOBRE DIAGNÓSTICOS, EVALUACIONES FUNCIONALES, TRATAMIENTOS Y PRONÓSTICOS? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿LOS EXPEDIENTES CUENTAN RESULTADOS DE ESTUDIO DE LABORATORIO Y GABINETE? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿LOS EXPEDIENTES CUENTAN CON DOCUMENTOS DE REFERENCIA / TRASLADO / CONTRA REFERENCIA? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

5.5 TRABAJO SOCIAL

Responda las siguientes preguntas referentes al servicio de trabajo social.

¿QUÉ ACTIVIDADES CONSIDERA EL SERVICIO DE TRABAJO SOCIAL?
(Marque las actividades consideradas).

- REALIZACIÓN DE ESTUDIO SOCIOECONÓMICO AL INGRESO
- PROCURAR Y PROMOVER LA RELACIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES CON SUS FAMILIARES
- APOYO EN LA REFERENCIA A UNIDADES DE ATENCIÓN MÉDICA
- APOYO A LAS PERSONAS MAYORES EN TRÁMITES LEGALES Y ADMINISTRATIVOS
- APOYO A LAS PERSONAS MAYORES EN TRÁMITES EN INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL
- GESTIÓN DE PENSIONES DE PERSONAS MAYORES
- GESTIÓN DE DESCUENTOS Y CONCESIONES PARA PERSONAS MAYORES
- REGISTRO DE SALIDAS Y PERMISOS
- APOYO EN TERAPIA OCUPACIONAL
- APOYO EN ACTIVIDADES RECREATIVAS Y CULTURALES

5.6 ATENCIÓN PSICOLÓGICA

Responda las siguientes preguntas referentes al servicio de atención psicológica.

¿QUÉ ACTIVIDADES CONSIDERA EL SERVICIO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA?
(Marque las actividades consideradas).

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> SESIONES DE ACOMPAÑAMIENTO INDIVIDUAL | <input type="checkbox"/> ACTIVIDADES PARA EL BIENESTAR DE CUIDADORES Y DEMÁS PERSONAL |
| <input type="checkbox"/> SESIONES DE ACOMPAÑAMIENTO GRUPAL | <input type="checkbox"/> ACTIVIDADES CON FAMILIARES DE LAS PERSONAS MAYORES |
| <input type="checkbox"/> NOTAS SOBRE ACOMPAÑAMIENTO INDIVIDUAL | |
| <input type="checkbox"/> NOTAS SOBRE ACOMPAÑAMIENTO GRUPAL | |

5.7 ACTIVIDADES

Responda las siguientes preguntas referentes a los servicios de actividades.

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| | SI | NO |
| ¿EN EL CENTRO SE REALIZAN ACTIVIDADES QUE DIFUNDAN Y FOMENTEN EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SALUDABLE? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿EN EL CENTRO SE REALIZAN ACTIVIDADES QUE PROMUEVAN LAS RELACIONES INTERGENERACIONALES? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

con firma mas

Código: MP-DAG-02

Revisión: 00

27 de 39

5.7.1 ACTIVIDADES FÍSICAS*Responda las siguientes preguntas referentes al servicio de actividades físicas.*

- | | SI | NO |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ¿LAS ACTIVIDADES FÍSICAS PROMOVIDAS POR EL CENTRO CUENTAN CON UN PROGRAMA QUE INCLUYE OBJETIVOS Y CALENDARIO? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿LAS ACTIVIDADES FÍSICAS PROMOVIDAS POR EL CENTRO CONSIDERAN EL ESTADO DE SALUD DE LAS PERSONAS MAYORES? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿LAS ACTIVIDADES FÍSICAS PROMOVIDAS POR EL CENTRO SE REALIZAN BAJO LA SUPERVISIÓN DE PERSONAL CAPACITADO? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

5.7.2 ACTIVIDADES CULTURALES Y RECREATIVAS*Responda las siguientes preguntas referentes al servicio de actividades culturales y actividades recreativas.*

- | | SI | NO |
|--|--------------------------|--------------------------|
| ¿LAS ACTIVIDADES CULTURALES Y RECREATIVAS PROMOVIDAS POR EL CENTRO CUENTAN CON UN PROGRAMA QUE INCLUYE OBJETIVOS Y CALENDARIO? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿LAS ACTIVIDADES CULTURALES Y RECREATIVAS PROMOVIDAS POR EL CENTRO CONSIDERAN EL ESTADO DE FUNCIONALIDAD DE LAS PERSONAS MAYORES? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿LAS ACTIVIDADES CULTURALES Y RECREATIVAS PROMOVIDAS POR EL CENTRO CONSIDERAN LOS GUSTOS E INTERESES DE LAS PERSONAS MAYORES? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿LAS ACTIVIDADES CULTURALES Y RECREATIVAS PROMOVIDAS POR EL CENTRO CONSIDERAN LA ORGANIZACIÓN DE FESTEJOS EN CUMPLEAÑOS Y FECHAS CONMEMORATIVAS? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿LAS ACTIVIDADES CULTURALES Y RECREATIVAS PROMOVIDAS POR EL CENTRO CONSIDERAN PASEOS? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

5.7.3 ACTIVIDADES PRODUCTIVAS*Responda las siguientes preguntas referentes al servicio de actividades productivas.*

- | | SI | NO |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ¿LAS ACTIVIDADES PRODUCTIVAS PROMOVIDAS POR EL CENTRO CUENTAN CON UN PROGRAMA QUE INCLUYE OBJETIVOS Y CALENDARIO? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿LAS ACTIVIDADES PRODUCTIVAS PROMOVIDAS POR EL CENTRO CONSIDERAN EL ESTADO DE SALUD DE LAS PERSONAS MAYORES? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿LAS ACTIVIDADES PRODUCTIVAS PROMOVIDAS POR EL CENTRO CONSIDERAN LOS GUSTOS E INTERESES DE LAS PERSONAS MAYORES? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿LAS ACTIVIDADES PRODUCTIVAS PROMOVIDAS POR EL CENTRO CONSIDERAN LA VINCULACIÓN LABORAL? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿LAS ACTIVIDADES PRODUCTIVAS PROMOVIDAS POR EL CENTRO CONSIDERAN LA ORGANIZACIÓN DE BAZARES? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

5.7.4 TERAPIA OCUPACIONAL*Responda las siguientes preguntas referentes al servicio de terapia ocupacional.*

- | | SI | NO |
|--|--------------------------|--------------------------|
| ¿LAS ACTIVIDADES DE TERAPIA OCUPACIONAL PROMOVIDAS POR EL CENTRO CUENTAN CON UN PROGRAMA QUE INCLUYE OBJETIVOS Y CALENDARIO? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Handwritten signature

¿LAS ACTIVIDADES DE TERAPIA OCUPACIONAL PROMOVIDAS POR EL CENTRO CONSIDERAN EL ESTADO DE SALUD DE LAS PERSONAS MAYORES? SI NO

¿LAS ACTIVIDADES DE TERAPIA OCUPACIONAL PROMOVIDAS POR EL CENTRO CONSIDERAN LOS GUSTOS E INTERESES DE LAS PERSONAS MAYORES? SI NO

6. PERSONAL

Complete y responda las siguientes preguntas referentes al personal del Centro.

*Considere DE PLANTA personal que labora directamente en el Centro y EXTERNO personal que labora en el Centro de manera esporádica o sobre solicitud del Centro.

EL CENTRO CUENTA CON EL SIGUIENTE PERSONAL:

ACTIVIDADES	PERSONAL DE PLANTA	PERSONAL EXTERNO	
RESPONSABLE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
MÉDICO (A)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
ENFERMERO (A)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
GERICULTISTA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
CUIDADOR (A)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
PSCÓLOGO (A)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
TRABAJADOR (RA) SOCIAL	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
PROMOTOR (RA) DE SALUD	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
TERAPISTA OCUPACIONAL	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
NUTRICIÓN / DIETISTA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
COCINERO (A)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
INTENDENCIA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
VIGILANCIA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
TOTALES	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	PERSONAL TOTAL <input type="text" value="0"/>

¿CUÁL ES EL NÚMERO MÍNIMO DE PERSONAL EN PLANTA POR DÍA?

ADEMÁS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA, GERICULTURA Y CUIDADOS, ¿QUÉ OTRO PERSONAL COLABORA CON EL CUIDADO DE LAS PERSONAS MAYORES?

¿EL PERSONAL QUE BRINDA ATENCIÓN A PERSONAS MAYORES CUENTA CON COMPETENCIAS DOCUMENTADAS DE ATENCIÓN GERONTOLÓGICA? SI NO

¿EL PERSONAL CUENTA CON CAPACITACIÓN PARA ACTUAR ANTE EMERGENCIAS MÉDICAS? SI NO

¿EL PERSONAL CUENTA CON CAPACITACIÓN EN PRIMEROS AUXILIOS? SI NO

¿EL PERSONAL CUENTA CON CAPACITACIÓN EN PROTECCIÓN CIVIL? SI NO

¿EL CENTRO CUENTA CON ESTRATEGIAS PARA PREVENIR, IDENTIFICAR Y ATENDER SI NO

Handwritten signature

SOBRECARGA / COLAPSO EN LOS (AS) CUIDADORES (AS)?

- ¿EL CENTRO HA IMPLEMENTADO PROGRAMAS DE VACUNACIÓN PARA EL PERSONAL?
- ¿EL CENTRO HA IMPLEMENTADO PROGRAMAS DE CAPACITACIÓN CONTINUA POR LO MENOS UNA VEZ AL AÑO PARA EL DESARROLLO DE COMPETENCIAS?
- ¿EL PERSONAL CUENTA CON EXPEDIENTE LABORAL?
- ¿EL PERSONAL CUENTA CON CONTRATO?
- ¿EL PERSONAL CUENTA CON SEGURIDAD SOCIAL?
- ¿EL PERSONAL PORTA ROPA / UNIFORME ADECUADO CON SUS ACTIVIDADES?

¿SOBRE QUÉ TEMAS SERÍA IMPORTANTE QUE EL PERSONAL RECIBIERA CAPACITACIÓN?

TEMA 1

TEMA 2

TEMA 3

7. INMUEBLE

Responda las siguientes preguntas referentes al inmueble del Centro.

- ¿CUÁL ES LA SITUACIÓN LEGAL DEL INMUEBLE? PROPIO EN COMODATO RENTADO EN LITIGIO
- ¿EL INMUEBLE FUE DISEÑADO O ADAPTADO PARA BRINDAR LOS SERVICIOS? DISEÑADO ADAPTADO

¿CUÁNTAS PLANTAS TIENE EL INMUEBLE?

- | | SI | NO |
|--|--------------------------|--------------------------|
| ¿EL INMUEBLE CUENTA CON DIMENSIONES SUFICIENTES, VENTILADAS E ILUMINADAS PARA ALBERGAR EL ÁREA ADMINISTRATIVA (DIRECCIÓN, RECEPCIÓN, VESTÍBULO, ETCÉTERA)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿EL INMUEBLE CUENTA CON DIMENSIONES SUFICIENTES, VENTILADAS E ILUMINADAS PARA LA ATENCIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿EL ACCESO PRINCIPAL BRINDA SEGURIDAD Y PROTECCIÓN AL PÚBLICO USUARIO? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿EL INMUEBLE CUENTA CON ÁREAS ESPECÍFICAS PARA PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿EL INMUEBLE PERMITE LA MOVILIDAD DE UNA PERSONA MAYOR EN SILLA DE RUEDAS? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

EL INMUEBLE CUENTA CON:
(Marque los espacios con los que cuenta el inmueble).

*Para que un espacio sea considerado como consultorio médico debe tener cama de exploración, lavabo y permitir la privacidad; como requerimientos mínimos.
*En caso de que el inmueble cuente solamente con una sola sala, marque SALA DE USOS MÚLTIPLES.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> DORMITORIOS | <input type="checkbox"/> SALÓN DE ACTIVIDADES |
| <input type="checkbox"/> BAÑOS | <input type="checkbox"/> ESPACIOS AL AIRE LIBRE |
| <input type="checkbox"/> CONSULTORIO MÉDICO | <input type="checkbox"/> BODEGA DE ALIMENTOS |
| <input type="checkbox"/> ÁREA DE ENFERMERÍA | <input type="checkbox"/> BODEGA DE MATERIAL DE LIMPIEZA |
| <input type="checkbox"/> ACCESO PRINCIPAL | <input type="checkbox"/> LAVANDERÍA |
| <input type="checkbox"/> COCINA | <input type="checkbox"/> CAPILLA |
| <input type="checkbox"/> COMEDOR | <input type="checkbox"/> ESTACIONAMIENTO PARA VISITAS |
| <input type="checkbox"/> SALA DE T.V. | <input type="checkbox"/> ELEVADOR |
| <input type="checkbox"/> SALA DE USOS MÚLTIPLES | |

San Juan Mez



Código: MP-DAG-02

Revisión: 00

30 de 39

NÚMERO DE DORMITORIOS INDIVIDUALES
 NÚMERO DE DORMITORIOS GRUPALES
 NÚMERO DE DORMITORIOS MATRIMONIALES
 NÚMERO TOTAL DE DORMITORIOS

NÚMERO TOTAL DE BAÑOS
 NÚMERO DE WC
 NÚMERO DE REGADERAS
 NÚMERO DE LAVABOS

7.1 DORMITORIOS

Responda las siguientes preguntas referentes a los dormitorios.

Responda sólo en caso de que el Centro sea de estancia permanente

	SI	NO
¿EL ESPACIO DE LOS DORMITORIOS ES SUFICIENTE?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿LA ILUMINACIÓN DE LOS DORMITORIOS ES SUFICIENTE?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿LA VENTILACIÓN DE LOS DORMITORIOS ES SUFICIENTE?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿LA HIGIENE DE LOS DORMITORIOS ES SUFICIENTE?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿LAS CAMAS TIENEN UNA ALTURA ADECUADA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿LAS CAMAS TIENEN BARANDAL?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿EXISTEN PASAMANOS PRÓXIMOS A LAS CAMAS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿EXISTEN SISTEMAS DE ALARMA DE EMERGENCIA CONTRA INCENDIOS Y MÉDICAS PRÓXIMAS A LAS CAMAS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿LOS MUEBLES SE ENCUENTRAN FIJADOS A LAS PAREDES?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿LAS CHAPAS DE LOS DORMITORIOS ESTÁN LIBRES DE SEGUROS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿LAS PUERTAS DE LOS DORMITORIOS ABREN HACIA AFUERA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿LOS DORMITORIOS CUENTAN CON BURÓ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿LOS DORMITORIOS CUENTAN CON CLOSET?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿LOS DORMITORIOS CUENTAN CON RADIO Y/O TV?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7.2 BAÑOS

Responda las siguientes preguntas referentes a los baños.

	SI	NO
¿EL ESPACIO DE LOS BAÑOS ES SUFICIENTE?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿LA ILUMINACIÓN DE LOS BAÑOS ES SUFICIENTE?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿LA VENTILACIÓN DE LOS BAÑOS ES SUFICIENTE?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿LA HIGIENE DE LOS BAÑOS ES SUFICIENTE?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿LOS BAÑOS CUENTAN CON PASAMANOS TUBULARES DE 5CM DE DIÁMETRO EN WC Y REGADERAS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿LOS LAVABOS ESTÁN ASEGURADOS A LA PARED CON MÉNSULAS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿LAS CHAPAS DE LOS BAÑOS ESTÁN LIBRES DE SEGUROS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿LAS PUERTAS DE LOS BAÑOS ABREN HACIA AFUERA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿SE CUENTA CON SILLAS PARA BAÑO (REGADERA Y WC)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Handwritten signature

Código: MP-DAG-02

Revisión: 00

31 de 39

7.3 CONSULTORIO MÉDICO*Responda las siguientes preguntas referentes al consultorio médico.*

	SI	NO
¿EL ESPACIO DEL CONSULTORIO ES SUFICIENTE?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿LA ILUMINACIÓN DEL CONSULTORIO ES SUFICIENTE?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿LA VENTILACIÓN DEL CONSULTORIO ES SUFICIENTE?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿LA HIGIENE DEL CONSULTORIO ES SUFICIENTE?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿EL CONSULTORIO CUENTA CON CAMA DE EXPLORACIÓN?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿EL CONSULTORIO CUENTA CON BOTIQUÍN DE PRIMEROS AUXILIOS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿EL CONSULTORIO CUENTA CON ESTETOSCOPIO BIAURICULAR?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿EL CONSULTORIO CUENTA CON ESFINGOMANÓMETRO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿EL CONSULTORIO CUENTA CON ESTUCHE DIAGNÓSTICO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿EL CONSULTORIO CUENTA CON PULSIOXÍMETRO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿EL CONSULTORIO CUENTA CON GLUCÓMETRO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿EL CONSULTORIO CUENTA CON BÁSCULA CALIBRADA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿EL CONSULTORIO CUENTA CON ASPIRADOR DE SECRECIONES?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿EL CONSULTORIO CUENTA CON TANQUE DE OXÍGENO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿EN EL CONSULTORIO SE PUEDE ATENDER A UNA PERSONA EN SILLA DE RUEDAS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7.4 ÁREA DE ENFERMERÍA*Responda las siguientes preguntas referentes al área de enfermería.*

	SI	NO
¿EL ESPACIO DEL ÁREA DE ENFERMERÍA ES SUFICIENTE?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿LA ILUMINACIÓN DEL ÁREA DE ENFERMERÍA ES SUFICIENTE?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿LA VENTILACIÓN DEL ÁREA DE ENFERMERÍA ES SUFICIENTE?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿LA HIGIENE DEL ÁREA DE ENFERMERÍA ES SUFICIENTE?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿EL ÁREA DE ENFERMERÍA CUENTA CON MATERIAL ESTERILIZADO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿EL ÁREA DE ENFERMERÍA CUENTA CON VITRINA PARA MEDICAMENTOS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿EL ÁREA DE ENFERMERÍA CUENTA CON KARDEX?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7.5 COCINA*Responda las siguientes preguntas referentes a la cocina.*

	SI	NO
¿EL ESPACIO DE LA COCINA ES SUFICIENTE?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿LA ILUMINACIÓN DE LA COCINA ES SUFICIENTE?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿LA VENTILACIÓN DE LA COCINA ES SUFICIENTE?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿LA HIGIENE DE LA COCINA ES SUFICIENTE?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿LA COCINA CUENTA CON ESTUFA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿LA COCINA CUENTA CON CAMPANA EXTRACTORA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*me
an
an*

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| ¿LA COCINA CUENTA CON ANAQUELES PARA ALMACENAMIENTO DE UTENSILIOS? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿LA COCINA CUENTA CON REFRIGERADOR? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿LA COCINA CUENTA CON TARJA? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿LA COCINA CUENTA CON MESA DE TRABAJO? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿LA COCINA CUENTA CON CONGELADOR? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

7.6 COMEDOR

Responda las siguientes preguntas referentes al comedor.

- | | SI | NO |
|--|--------------------------|--------------------------|
| ¿EL ESPACIO DEL COMEDOR ES SUFICIENTE? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿LA ILUMINACIÓN DEL COMEDOR ES SUFICIENTE? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿LA VENTILACIÓN DEL COMEDOR ES SUFICIENTE? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿LA HIGIENE DEL COMEDOR ES SUFICIENTE? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿EL COMEDOR CUENTA CON SILLAS SEGURAS Y CON ALTURA ADECUADA? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿EL COMEDOR CUENTA CON MESAS SEGURAS Y CON ALTURA ADECUADA? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

7.7 SALA

Responda las siguientes preguntas referentes a la sala.

- | | SI | NO |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ¿EL ESPACIO DE LA SALA ES SUFICIENTE? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿LA ILUMINACIÓN DE LA SALA ES SUFICIENTE? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿LA VENTILACIÓN DE LA SALA ES SUFICIENTE? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿LA HIGIENE DE LA SALA ES SUFICIENTE? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿LA SALA CUENTA CON SILLONES CÓMODOS? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

7.8 ESPACIOS AL AIRE LIBRE

Responda las siguientes preguntas referentes a los espacios al aire libre.

- | | SI | NO |
|--|--------------------------|--------------------------|
| ¿EL ESPACIO DE LAS ÁREAS AL AIRE LIBRE ES SUFICIENTE? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿LA ILUMINACIÓN DE LOS ESPACIOS AL AIRE LIBRE ES SUFICIENTE? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿LA HIGIENE DE LOS ESPACIOS AL AIRE LIBRE ES SUFICIENTE? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿LOS ESPACIOS AL AIRE LIBRE CUENTAN CON SILLAS O BANCAS CÓMODAS? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿LOS ESPACIOS AL AIRE LIBRE CUENTAN CON SOMBRILLAS O SOMBRAS? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

7.9 LAVANDERÍA

Responda las siguientes preguntas referentes a la lavandería.

- | | SI | NO |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ¿EL ESPACIO DE LA LAVANDERÍA ES SUFICIENTE? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿LA ILUMINACIÓN DE LA LAVANDERÍA ES SUFICIENTE? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿LA VENTILACIÓN DE LA LAVANDERÍA ES SUFICIENTE? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Handwritten signature in blue ink.

Handwritten blue mark or signature at the bottom right.

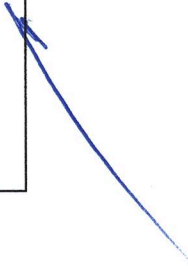
- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ¿LA HIGIENE DE LA LAVANDERÍA ES SUFICIENTE? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿LA LAVANDERÍA CUENTA CON LAVADORA? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿LA LAVANDERÍA CUENTA CON SECADORA? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿LA LAVANDERÍA CUENTA CON LAVADEROS? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿LA LAVANDERÍA CUENTA CON AREA DE SECADO AL AIRE LIBRE? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿LA LAVANDERÍA CUENTA CON ANAQUELES DE ALMACENAMIENTO PARA BLANCOS? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

7.10 MEDIDAS DE SEGURIDAD

Responda las siguientes preguntas referentes a las medidas de seguridad.

- | | SI | NO |
|--|--------------------------|--------------------------|
| ¿EL CENTRO CUENTA CON LAVABOS Y REGADERAS SUFICIENTES? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿EL CENTRO CUENTA CON PISOS UNIFORMES, CON MATERIAL ANTIDERRAPANTE Y DE FÁCIL LIMPIEZA? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿EL CENTRO CUENTA CON PLAZAS DE ACCESO CON MÁS DE 1.5 METROS DE ANCHO? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿EL CENTRO CUENTA CON PLAZAS DE ACCESO LIBRES DE ESCALONES (EN LO POSIBLE)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿EL CENTRO CUENTA CON PLAZAS DE ACCESO CON MATERIALES ANTIDERRAPANTES? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿EL CENTRO CUENTA CON PLAZAS DE ACCESO CON ESCALERAS QUE TIENEN BARANDALES TUBULARES DE 5 CENTÍMETROS DE DIÁMETRO A UNA ALTURA DE 90 CENTÍMETROS CON RESPECTO DEL PISO? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿EL CENTRO CUENTA CON PLAZAS CON RAMPAS DE 1.5 METROS DE ANCHO Y CON DECLIVE NO MAYOR AL 8% POR METRO? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿EL CENTRO CUENTA CON BANQUETAS Y GUARNICIONES CON RAMPAS DE DESNIVEL DE AL MENOS 1 METRO DE ANCHO Y DE 8% DE MÁXIMO DE PENDIENTE? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿EL CENTRO CUENTA CON PUERTAS O CANCELES DE VIDRIO CON ELEMENTOS ANCHOS (20 CENTÍMETROS) DE COLOR PARA SU IDENTIFICACIÓN A UNA ALTURA DE 1.4 METROS CON RESPECTO DEL PISO? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿EL CENTRO CUENTA CON PAREDES, TECHOS Y PUERTAS CON ACABADOS LISOS? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿EL CENTRO CUENTA CON PISOS EN INTERIORES EN ZONAS DE ALTO FLUJO DE MATERIAL RESISTENTE, ANTIDERRAPANTE Y DE FÁCIL LIMPIEZA? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿EL CENTRO CUENTA CON PISOS EN EXTERIORES DE MATERIALES RESISTENTES? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿EL CENTRO CUENTA CON INSTALACIONES HIDRÁULICAS, ELÉCTRICAS, DE GAS, DE INTERCOMUNICACIÓN, CONTRA INCENDIOS Y OTRAS QUE CUMPLEN CON LAS DISPOSICIONES JURÍDICAS VIGENTES? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿EL CENTRO CUENTA CON INSTALACIÓN HIDRÁULICA QUE REUNE LAS CONDICIONES PARA CONSUMO HUMANO? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿EL CENTRO CUENTA CON TOMAS Y TUBERÍAS DE AGUA APROPIADAS SEGÚN EL CONSUMO Y EL TIPO DE MEDICIÓN DE FLUJO? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿EL CENTRO CUENTA CON CISTERNA DE ALMACENAMIENTO DE AGUA Y EQUIPO DE BOMBEO? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿EL CENTRO, SI NO CUENTA CON CISTERNA, CUENTA CON TINACOS QUE CONTIENEN EL DOBLE DE LA CAPACIDAD DE CONSUMO DIARIO? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿EL CENTRO, SI NO CUENTA CON CISTERNA, CUENTA CON EQUIPO DE BOMBEO A TINACOS? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿EL CENTRO CUENTA CON RED DE AGUA CALIENTE PARA BAÑOS? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Amf... mms



- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| ¿EL CENTRO CUENTA CON CALENTADORES DE AGUA? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿EL CENTRO CUENTA CON INSTALACIÓN ELÉCTRICA CONTROLADA POR ÁREAS A TRAVÉS DE CIRCUITOS DE ALUMBRADO Y CONTACTOS CON INTERRUPTORES DE TIPO MAGNÉTICO POLARIZADO? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿EL CENTRO CUENTA CON LUCES DE EMERGENCIA DE BATERÍAS EN LUGARES ESTRATÉGICOS? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿EL CENTRO CUENTA, EN CASO DE ENCONTRARSE EN UN LUGAR DE CLIMAS EXTREMOS, CON ACONDICIONADORES QUE GARANTICEN UNA TEMPERATURA ESTABLE? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿EL CENTRO CUENTA CON UN DISEÑO ARQUITECTÓNICO PARA SU DESALOJO EN CASO DE SINIESTRO? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿EL CENTRO CUENTA CON DETECTORES DE HUMO Y SISTEMA CONTRA INCENDIOS? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿EL CENTRO CUENTA CON EXTINTORES INSTALADOS EN LUGARES ESTRATÉGICOS? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿EL CENTRO CUENTA CON SISTEMA DE ALARMA SONORA DE EMERGENCIA QUE PUEDE ACTIVARSE MEDIANTE INTERRUPTOR / BOTÓN COLOCADO ESTRATÉGICAMENTE Y ACCESIBLE AL PERSONAL? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿EL CENTRO CUENTA CON SEÑALAMIENTOS DE PROTECCIÓN CIVIL? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿EL CENTRO CUENTA CON SALIDA DE EMERGENCIA? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿EL CENTRO CUENTA CON MUROS CONSTRUIDOS CON MATERIALES NO FLAMABLES O QUE PRODUZCAN GASES Y HUMOS TÓXICOS? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Amgen me

7.11 LIMPIEZA Y MANTENIMIENTO

Responda las siguientes preguntas referentes a limpieza y mantenimiento.

- ¿CON QUÉ PERIODICIDAD SE REALIZA LA LIMPIEZA EN ÁREAS COMUNES?
 DIARIO CADA TERCER DÍA SEMANAL QUINCENAL
- ¿CON QUÉ PERIODICIDAD SE REALIZA LA LIMPIEZA EN DORMITORIOS?
 DIARIO CADA TERCER DÍA SEMANAL QUINCENAL
- ¿CON QUÉ PERIODICIDAD SE REALIZA LA LIMPIEZA EN BAÑOS?
 DIARIO CADA TERCER DÍA SEMANAL QUINCENAL
- ¿CON QUÉ PERIODICIDAD SE REALIZA LA LIMPIEZA EN COCINA?
 DIARIO CADA TERCER DÍA SEMANAL QUINCENAL
- ¿CON QUÉ PERIODICIDAD SE REALIZA LA LIMPIEZA EN EXTERIORES?
 DIARIO CADA TERCER DÍA SEMANAL QUINCENAL
- ¿EL CENTRO CUENTA CON SERVICIO DE FUMIGACIÓN, DESINFECCIÓN Y CONTROL DE PLAGAS? SI NO
- ¿CON QUÉ FRECUENCIA? MENSUAL SEMESTRAL
 BIMESTRAL ANUAL
 TRIMESTRAL DE ACUERDO CON NECESIDAD
- ¿SE BRINDA MANTENIMIENTO PERIÓDICO A LAS INSTALACIONES? SI NO
- ¿CON QUÉ FRECUENCIA? MENSUAL SEMESTRAL
 BIMESTRAL ANUAL
 TRIMESTRAL DE ACUERDO CON NECESIDAD

Amgen me

Código: MP-DAG-02

Revisión: 00

35 de 39

8. ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO

Responda las siguientes preguntas referentes a la organización y funcionamiento del Centro.

¿EN EL CENTRO SE PERMITEN VISITAS? SI NO

HORARIOS DE VISITAS

HORARIO 1 HORARIO 2 HORARIO 3

¿EL CENTRO CUENTA CON UN LIBRO DE REGISTRO DE VISITAS? SI NO

PM: ¿LAS PERSONAS MAYORES PUEDEN ENTRAR Y SALIR LIBREMENTE DEL CENTRO DE ACUERDO CON SU SITUACIÓN DE FUNCIONALIDAD Y AUTONOMÍA? SI NO

PM: ¿LAS PERSONAS MAYORES PUEDEN AUSENTARSE POR DÍAS DEL CENTRO? SI NO

¿CUÁNTOS DÍAS SE PUEDEN AUSENTAR CÓMO MÁXIMO?
(en caso de no existir un periodo máximo deje en blanco)

PM: ¿LAS PERSONAS MAYORES PARTICIPAN EN LA ORGANIZACIÓN DE ACTIVIDADES? SI NO

¿EL CENTRO CUENTA CON UN PROGRAMA DE EVALUACIÓN O AUTOEVALUACIÓN? SI NO

¿EL CENTRO ACEPTA PRESTADORES DE SERVICIO SOCIAL? SI NO

¿EL CENTRO ACEPTA LA REALIZACIÓN DE PRÁCTICAS PROFESIONALES? SI NO

¿EL CENTRO ACEPTA VOLUNTARIADO? SI NO

¿CUÁL HA SIDO EL NÚMERO DE SERVICIOS SOCIALES EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?

¿CUÁL HA SIDO EL NÚMERO DE PRÁCTICAS PROFESIONALES EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?

¿CUÁL HA SIDO EL NÚMERO DE VOLUNTARIADOS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?

9. OBSERVACIONES

"BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, MANIFIESTO QUE LOS DATOS PROPORCIONADOS EN ESTE CUESTIONARIO SON VERÍDICOS Y CIERTOS"

FECHA

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE

Angela Mas

15.3 Informe diagnóstico. FO-DAG-02-03.

INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES
DIRECCIÓN DE ATENCIÓN GERIÁTRICA
SUBDIRECCIÓN DE CERTIFICACIÓN Y SUPERVISIÓN

Ciudad de México a 23 de octubre de 2019
Asunto: Informe diagnóstico de la Supervisión con folio «FOLIO»,
correspondiente a «INSTITUCION»,

Día de visita: «FECHA_SUP_DIA» de «FECHA_SUP_MES» de «FECHA_SUP_ANO»

LIC. LUZ MARÍA JUÁREZ VÁZQUEZ
SUBDIRECTORA DE CERTIFICACIÓN Y SUPERVISIÓN
PRESENTE

Los (as) C. ; y actuando en representación del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, nos dirigimos a usted a fin de presentarle el informe de Supervisión que como parte de las atribuciones de nuestra Institución, con fundamento en los artículos 25 y 28 fracciones XII y XIV de la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, se realizó con el folio «FOLIO» a la institución que brinda servicios de asistencia social a las personas adultas mayores en la modalidad «TIPO_CENTRO», cuya denominación es «INSTITUCION».

1. Datos generales

Con todo respeto y acatamiento se realizó una visita de Supervisión en el inmueble ubicado en «TIPO_VIALIDAD» «VIALIDAD» «NO_EXT», «TIPO_ASENTAMIENTO» «ASENTAMIENTO», «MUNICIPIO», «ESTADO», C.P. «CP»; requiriendo para este acto la presencia del (la) responsable y siendo atendidos por quien dijo ser el (la) C. «NOMBRE_RESPONSABLE», quien manifiesta tener el referido encargo en dicha institución, misma que es de tipo «TIPO_INSTITUCION», que fue constituida el «FECHA_CONS_DIA» de «FECHA_CONS_MES» de «FECHA_CONS_ANO» y que inició operaciones el «FECHA_IN_OP_DIA» de «FECHA_IN_OP_MES» de «FECHA_IN_OP_ANO», teniendo «resta» año (s) de funcionamiento.

Durante la Supervisión se recabó información sobre la operación, la población, el ingreso, los servicios, el personal, el inmueble, así como sobre la organización y el funcionamiento del Centro; misma que se adjunta en el instrumento correspondiente al presente informe. Como resultado de la visita se manifiestan los siguientes datos y observaciones:

me
Luiz Maria Juarez Vazquez

15.4 Recomendaciones (imagen ilustrativa). FO-DAG-02-04.

**INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES
DIRECCIÓN DE ATENCIÓN GERIÁTRICA
SUBDIRECCIÓN DE CERTIFICACIÓN Y SUPERVISIÓN**

Ciudad de México, 21 de noviembre de 2019
REC/OVS/FOLIO/2019

**NOMBRE DE RESPONSABLE
RESPONSABLE Y/O ADMINISTRADOR(A) DE LA INSTITUCIÓN
CENTRO SEDE
PRESENTE**

Derivado de la visita de supervisión con folio FOLIO, efectuada el día DÍA de MES de AÑO a la institución de la cual usted es responsable, y como parte de las atribuciones del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, mismas que se encuentran plasmadas en la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores en el Artículo 28, Fracción XIII, que a la letra dice:

"Artículo 28. Para el cumplimiento de su objetivo, el Instituto Nacional de las Personas Adultas mayores tendrá las siguientes atribuciones:

XIII. Realizar visitas de inspección y vigilancia a instituciones públicas o privadas, casas hogar, albergues, residencias de día o cualquier otro centro de atención a las personas adultas mayores para verificar las condiciones de funcionamiento, capacitación de su personal, modelo de atención y condiciones de la calidad de vida"

Me permito emitir las siguientes:

RECOMENDACIONES

Mismas que tienen sustento en la Norma Oficial Mexicana *NOM-031-SSA3-2012. Asistencia Social. Prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad*, así como en disposiciones emitidas por el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores.

Emitidas a CENTRO SEDE

Que brinda servicios de Asistencia Social a personas adultas mayores en la modalidad MODELO ATENCIÓN




Con domicilio TIPO VIALIDAD VIALIDAD NO EXT NO INT, TIPO ASENTAMIENTO ASENTAMIENTO, MUNICIPIO, ESTADO, C.P. CP

SOBRE LA OPERACIÓN

- RFC
- DNISC
- PER SANIT
- SIN RECOMENDACIÓN
- REGLAMENTO PERSONAL
- REGLAMENTO PM
- MANUALES
- PROG DE TRABAJO
- PROG PROT CIVIL
- PROG NUTRICION

mpz
[Handwritten signature]

15.5 Informe de Capacitación (imagen ilustrativa). FO-DAG-02-05.

 BIENESTAR SECRETARÍA DE BIENESTAR	 INAPAM INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES
INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES DIRECCIÓN DE ATENCIÓN GERIÁTRICA SUBDIRECCIÓN DE CERTIFICACIÓN Y SUPERVISIÓN	
<p>Ciudad de México a xx de xxxxxxxx de xxxx Asunto: Informe de Capacitación correspondiente a supervisión realizada en...</p>	
LIC. LUZ MARÍA JUÁREZ VÁZQUEZ SUBDIRECTORA DE CERTIFICACIÓN Y SUPERVISIÓN PRESENTE	
<p>Por medio del presente le informamos que, con motivo de la realización de visita de supervisión realizada en xxxxxxxx se requirió la capacitación del personal de la institución en los siguientes temas:</p>	
<ul style="list-style-type: none">• Tema 1• Tema 2• Tema 3• Tema 4• Tema 5	
<p>La capacitación fue brindada a xx personas en xxxxxxxxxx</p>	
1	
 2019 EMILIANO ZAPATA	

Luz María Juárez Vázquez

16 CAMBIOS DE VERSIÓN

NÚMERO DE REVISIÓN	FECHA DE LA ACTUALIZACIÓN	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO

CONTROL DE EMISIÓN		
ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
 Ana Luisa Gamble Sánchez Gavito Directora de Atención Geriátrica	 José Manuel Campuzano Villegas Subdirector Jurídico	 Martha Velázquez Zárate Presidenta del COMERI
Diciembre, 2019	Diciembre, 2019	Diciembre, 2019