

AVISO por el que se da a conocer el Formato de Encuesta de Unidades Médicas Privadas con Servicio de Hospitalización.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Secretaría de Salud.

La Secretaría de Salud, por conducto de la Dirección General de Estadística e Informática, con fundamento en los artículos 10, fracción XII; 19, fracciones I, IV y XX, del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, y segundo transitorio del Acuerdo por el que se dan a conocer los trámites inscritos en el Registro Federal de Trámites Empresariales que aplica la Secretaría de Salud y se establecen diversas medidas de mejora regulatoria, publicado el 14 de septiembre de 1998 en el **Diario Oficial de la Federación**, da a conocer el siguiente

FORMATO DE ENCUESTA DE UNIDADES MEDICAS PRIVADAS CON SERVICIO DE HOSPITALIZACION

PRIMERO. Se da a conocer el formato oficial de Encuesta de Unidades Médicas Privadas con Servicio de Hospitalización, correspondiente al trámite SSA-02-001 Encuesta de Unidades Médicas Privadas con Servicio de Hospitalización, contenido en el Acuerdo a que se refiere el proemio del presente Aviso, que deberán utilizar los usuarios de dicho servicio ante la Dirección General de Estadística e Informática.

El formato a que se refiere el párrafo anterior, es el que se establece en el anexo del presente Aviso.

CLAVE	NOMBRE DEL TRAMITE	NOMBRE DEL FORMATO
SSA-02-001	ENCUESTA DE UNIDADES MEDICAS PRIVADAS CON SERVICIO DE HOSPITALIZACION	ENCUESTA DE UNIDADES MEDICAS PRIVADAS CON SERVICIO DE HOSPITALIZACION

SEGUNDO. El formato a que se refiere el punto anterior podrá reproducirse libremente en hojas blancas tamaño carta y en papel bond, siempre y cuando no se altere su contenido.

TERCERO. El personal de atención al público deberá proporcionar a los solicitantes del trámite a que se refiere este Aviso, la orientación e información necesarias para el llenado del formato respectivo.

CUARTO. La Dirección General de Estadística e Informática, proporcionará gratuitamente a quienes lo soliciten el formato a que se refiere este Aviso, y los que expida con posterioridad ya sea en forma impresa o a través de medios magnéticos que para tal efecto presenten los particulares, los que se devolverán de forma inmediata.

Los interesados podrán utilizar el formato que obtengan de la dirección de Internet: www.cde.gob.mx siempre y cuando la impresión del mismo la hagan en hojas blancas tamaño carta y en papel bond, y ostente el sello de autorización de la Unidad de Desregulación Económica de la Secretaría de Comercio y Fomento Industrial.

QUINTO. El formato a que se refiere el Aviso, se aplicará a los siete días naturales siguientes al de su publicación en el **Diario Oficial de la Federación**.

México, D.F., a 1 de junio de 1999.- El Director General de Estadística e Informática, **Miguel Angel Lezana Fernández**.- Rúbrica.



SECRETARIA DE SALUD
SUBSECRETARIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES
DIRECCION GENERAL DE ESTADISTICA E INFORMATICA

ANTES DE LLENAR ESTE FORMATO, LEA CUIDADOSAMENTE LAS INSTRUCCIONES DE CADA APARTADO.

**SSA-02-001 ENCUESTA DE UNIDADES MEDICAS PRIVADAS
CON SERVICIO DE HOSPITALIZACION**

FOLIO			

LLENESE CON LETRA DE MOLDE LEGIBLE O A MAQUINA

IDENTIFICACION:

CLAVE DE IDENTIFICACION				
ESTADO	JURISDICCION	MUNICIPIO	LOCALIDAD	T
PARA USO EXCLUSIVO DE LA SSA				

1.- RAZON SOCIAL _____

2.- GIRO UNIDAD DE HOSPITALIZACION GENERAL () HOSPITAL PEDIATRICO ()
HOSPITAL DE GINECOOBSTETRICIA () HOSPITAL PSIQUIATRICO ()
 ANOTE LA OPCION CORRESPONDIENTE: HOSPITAL ESPECIALIZADO () OTRO TIPO ()

3.- ENTIDAD FEDERATIVA _____

4.- JURISDICCION SANITARIA _____

5.- MUNICIPIO _____

6.- CIUDAD O LOCALIDAD _____ AGEB _____

7.- DOMICILIO _____

CALLE Y NUMERO

C.P. | | | | | |

BARRIO Y/O COLONIA

8.- TELEFONO FAX

9.- RESPONSABLE _____

PROFESION (Elija la opción correspondiente): MEDICO () OTRA ()

¿Dá su autorización para aparecer en el Directorio Nacional de Unidades Hospitalarias?

(Elija la opción correspondiente)

SI NO _____ FIRMA

Nombre y cargo de la persona que proporciona la información:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SSA.	
Fecha de levantamiento	Año

OBJETIVO: Obtener información sobre la infraestructura, los recursos humanos y los servicios que proporciona cada una de las unidades médicas privadas con servicios de hospitalización.

OBSERVACION: La información que usted proporcione es confidencial y bajo ninguna circunstancia será identificado o relacionado individualmente con ésta. Su uso será exclusivamente con fines estadísticos.

CONSIDERACIONES GENERALES

LOS CUADROS SOMBREADOS SERAN LLENADOS POR LA SSA.
ULTIMA FECHA DE AUTORIZACION DEL FORMATO POR PARTE DE LA SUBSECRETARIA DE REGULACION Y FOMENTO SANITARIO 08-IV-1999
ULTIMA FECHA DE AUTORIZACION DEL FORMATO POR PARTE DE LA UNIDAD DE DESREGULACION ECONOMICA 08-IV-1999
ESTE TRAMITE NO REQUIERE DOCUMENTOS ANEXOS
ESTE FORMATO DEBE PRESENTARSE EN ORIGINAL

PARA CUALQUIER ACLARACION, DUDA Y/O COMENTARIO RESPECTO DE ESTE TRAMITE, SIRVASE LLAMR AL SISTEMA DE ATENCION TELEFONICA A LA CIUDADANIA (SACTEL) A LOS TELEFONOS 5-4-80-20-00 EN EL D.F. Y AREA METROPOLITANA, DEL INTERIOR DE LA REPUBLICA SIN COSTO PARA EL USUARIO AL 01-800-00-148-00 O DESDE ESTADOS UNIDOS Y CANADA AL 1-888-594-33-72, O AL TELEFONO 5-5-53-70-90 DE LA SUBSECRETARIA DE REGULACION Y FOMENTO SANITARIO, EN LA CIUDAD DE MEXICO.



SSA-02-001

RECURSOS HUMANOS**MEDICOS CONTRATADOS**

ANOTE EL NUMERO DE PERSONAL CONTRATADO QUE LABORA EN LA UNIDAD.

TIEMPO COMPLETO	TIEMPO PARCIAL
2.01 [][][][] GENERALES	3.01 [][][][]
2.02 [][][][] GINECOBSTETRAS	3.02 [][][][]
2.03 [][][][] PEDIATRAS	3.03 [][][][]
2.04 [][][][] MEDICINA INTERNA	3.04 [][][][]
2.05 [][][][] CIRUJANOS	3.05 [][][][]
2.06 [][][][] CARDIOLOGOS	3.06 [][][][]
2.07 [][][][] ONCOLOGOS	3.07 [][][][]
2.08 [][][][] DERMATOLOGOS	3.08 [][][][]
2.09 [][][][] GASTROENTEROLOGOS	3.09 [][][][]
2.10 [][][][] NEUROLOGOS	3.10 [][][][]
2.11 [][][][] OFTALMOLOGOS	3.11 [][][][]
2.12 [][][][] TRAUMATOLOGOS	3.12 [][][][]
2.13 [][][][] UROLOGOS	3.13 [][][][]
2.14 [][][][] ODONTOLOGOS	3.14 [][][][]
2.15 [][][][] OTORRINOLARINGOLOGOS	3.15 [][][][]
2.16 [][][][] ANESTESIOLOGOS	3.16 [][][][]
2.17 [][][][] ENDOCRINOLOGOS	3.17 [][][][]
2.18 [][][][] NEFROLOGOS	3.18 [][][][]
2.19 [][][][] HEMATOLOGOS	3.19 [][][][]
2.20 [][][][] PSIQUIATRAS	3.20 [][][][]
2.21 [][][][] RADIOLOGOS	3.21 [][][][]
2.22 [][][][] PATOLOGOS CLINICOS	3.22 [][][][]
2.23 [][][][] OTROS	3.23 [][][][]

MEDICOS DE ASESORIA O ACUERDO ESPECIAL

ANOTE EL NUMERO DE MEDICOS EN ARRENDAMIENTO DE CONSULTORIO, PROPIETARIO O SOCIO, ATENCION ESPECIAL A PACIENTES, QUE NO FORMAN PARTE DE LA PLANTA MEDICA DE LA UNIDAD.

GENERALES	4.01 [][][][]
GINECOBSTETRAS	4.02 [][][][]
PEDIATRAS	4.03 [][][][]
MEDICINA INTERNA	4.04 [][][][]
CIRUJANOS	4.05 [][][][]
CARDIOLOGOS	4.06 [][][][]
ONCOLOGOS	4.07 [][][][]
DERMATOLOGOS	4.08 [][][][]
GASTROENTEROLOGOS	4.09 [][][][]
NEUROLOGOS	4.10 [][][][]
OFTALMOLOGOS	4.11 [][][][]
TRAUMATOLOGOS	4.12 [][][][]
UROLOGOS	4.13 [][][][]
ODONTOLOGOS	4.14 [][][][]
OTORRINOLARINGOLOGOS	4.15 [][][][]
ANESTESIOLOGOS	4.16 [][][][]
ENDOCRINOLOGOS	4.17 [][][][]
NEFROLOGOS	4.18 [][][][]
HEMATOLOGOS	4.19 [][][][]
PSIQUIATRAS	4.20 [][][][]
RADIOLOGOS	4.21 [][][][]
PATOLOGOS CLINICOS	4.22 [][][][]
OTROS	4.23 [][][][]

MEDICOS EN FORMACION

- 2.24 | |_|_|_| | PASANTES DE MEDICINA EN SERVICIO SOCIAL
- 2.25 | |_|_|_| | PASANTES DE ODONTOLOGIA EN SERVICIO SOCIAL
- 2.26 | |_|_|_| | RESIDENTES

MEDICOS EN OTRAS ACTIVIDADES

- 2.27 | |_|_|_| | LABORES ADMINISTRATIVAS
- 2.28 | |_|_|_| | LABORES DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

ENFERMERAS EN CONTACTO CON EL PACIENTE

- 5.01 | |_|_|_| | GENERALES
- 5.02 | |_|_|_| | ESPECIALISTAS
- 5.03 | |_|_|_| | PASANTES
- 5.04 | |_|_|_| | AUXILIARES
- 5.05 | |_|_|_| | EN OTRAS ACTIVIDADES

PERSONAL PROFESIONAL Y TECNICO

- 6.01 | |_|_|_| | QUIMICOS (QBP o QFB)
- 6.02 | |_|_|_| | NUTRILOGOS
- 6.03 | |_|_|_| | TECNICO DE LABORATORIO
- 6.04 | |_|_|_| | TECNICO DE RADIOLOGIA
- 6.05 | |_|_|_| | TECNICO EN ANESTESIOLOGIA
- 6.06 | |_|_|_| | PROMOTORES DE SALUD

OTRO PERSONAL

- 7.01 | |_|_|_| | PERSONAL ADMINISTRATIVO
- 7.02 | |_|_|_| | INTENDENCIA
- 7.03 | |_|_|_| | RELIGIOSAS
- 7.04 | |_|_|_| | OTRO PERSONAL

RECURSOS MATERIALES

ANOTE EL NUMERO DE LOS RECURSOS EXISTENTES SEGUN SE SOLICITA.

CONSULTORIOS

- 8.01 [] [] [] [] GENERALES
8.02 [] [] [] [] CIRUGIA
8.03 [] [] [] [] GINECOBSTETRICIA
8.04 [] [] [] [] MEDICINA INTERNA
8.05 [] [] [] [] PEDIATRIA
8.06 [] [] [] [] OTRAS ESPECIALIDADES
8.07 [] [] [] [] DENTALES
8.08 [] [] [] [] URGENCIAS

CAMAS CENSABLES

- 9.01 [] [] [] [] MEDICINA INTERNA
9.02 [] [] [] [] CIRUGIA
9.03 [] [] [] [] GINECOBSTETRICIA
9.04 [] [] [] [] PEDIATRIA
9.05 [] [] [] [] OTRAS

INCUBADORAS

- 9.06 [] [] [] [] TOTAL

CAMAS DE ATENCION AL ENFERMO CRITICO

- 9.07 [] [] [] [] CAMAS CUIDADOS INTENSIVOS
9.08 [] [] [] [] CAMAS CUIDADOS CORONARIOS

CAMAS NO CENSABLES

- 10.01 [] [] [] [] APLICACION DE TRATAMIENTO
10.02 [] [] [] [] URGENCIAS
10.03 [] [] [] [] RECUPERACION
10.04 [] [] [] [] TRABAJO DE PARTO
10.05 [] [] [] [] CIRUGIA AMBULATORIA
10.06 [] [] [] [] CUIDADOS INTERMEDIOS
10.07 [] [] [] [] CUNAS DE SANOS
10.08 [] [] [] [] INCUBADORAS DE TRASLADO
10.09 [] [] [] [] OTRAS

AREAS DE URGENCIAS

- 11.01 [] [] [] [] CUBICULOS DE CURACION
11.02 [] [] [] [] SALAS

HOSPITALIZACION**QUIROFANO**

- 12.01 [] [] [] [] SALAS DE CIRUGIA

TOCOCIRUGIA

- 12.02 [] [] [] [] SALAS DE EXPULSION

CIRUGIA AMBULATORIA

- 12.03 [] [] [] [] SALAS DE CIRUGIA

SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO**LABORATORIO DE PATOLOGIA CLINICA**

- 13.01 [] [] [] [] LABORATORIOS
13.02 [] [] [] [] PEINES

IMAGENOLOGIA

- 13.03 [] [] [] [] SALAS O GABINETES
13.04 [] [] [] [] EQUIPOS DE RADIOLOGIA
13.05 [] [] [] [] EQUIPOS DE ULTRASONOGRAFIA
13.06 [] [] [] [] EQUIPOS DE TOMOGRAFIA AXIAL

ELECTRODIAGNOSTICOS (NUMERO DE EQUIPOS)

- 13.07 [] [] [] [] ELECTROCARDIOGRAFOS
13.08 [] [] [] [] ELECTROENCEFALOGRAFOS

OTROS

- 13.09 [] [] [] [] LABORATORIOS DE ANATOMIA PATOLOGICA
13.10 [] [] [] [] ENDOSCOPIOS
13.11 [] [] [] [] BANCO DE SANGRE
13.12 [] [] [] [] UNIDADES DENTALES
13.13 [] [] [] [] CUBICULOS DE MEDICINA FISICA
13.14 [] [] [] [] EQUIPO DE HEMODIALISIS
13.15 [] [] [] [] BOMBA DE COBALTO
13.16 [] [] [] [] EQUIPOS DE RAYO LASER
13.17 [] [] [] [] FARMACIA
13.18 [] [] [] [] AMBULANCIA
13.19 [] [] [] [] ARCHIVO CLINICO

PRODUCTIVIDAD

INDIQUE EL NUMERO DE SERVICIOS OTORGADOS EN LA UNIDAD DEL 1 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL AÑO QUE SE REPORTA.

CONSULTA EXTERNA

	TOTAL	PRIMERA VEZ	SUBSECUENTE
GENERALES	14.01	14.08	14.15
CIRUGIA	14.02	14.09	14.16
GINECOBSTETRICIA	14.03	14.10	14.17
MEDICINA INTERNA	14.04	14.11	14.18
PEDIATRIA	14.05	14.12	14.19
OTRAS ESPECIALIDADES	14.06	14.13	14.20
ODONTOLOGICA	14.07	14.14	14.21

SERVICIOS DE URGENCIAS

14.22 | | | | | | ATENCIONES

HOSPITALIZACION**EGRESOS**

15.01 | | | | | | CIRUGIA

15.02 | | | | | | GINECOBSTETRICIA

15.03 | | | | | | MEDICINA INTERNA

15.04 | | | | | | PEDIATRIA

15.05 | | | | | | OTROS

15.06 | | | | | | DIAS ESTANCIA

15.07 | | | | | | DIAS PACIENTE

15.08 | | | | | | INTERVENCIONES QUIRURGICAS

15.09 | | | | | | DEFUNCIONES

NACIMIENTOS ATENDIDOS

15.10 | | | | | | EUTOCICOS

15.11 | | | | | | DISTOCICOS VAGINALES

15.12 | | | | | | CESAREAS

15.13 | | | | | | NACIDOS VIVOS

15.14 | | | | | | MENORES DE 2,500 GRAMOS

15.15 | | | | | | DE 2,500 GRAMOS Y MAS

15.16 | | | | | | DEFUNCIONES FETALES

15.17 | | | | | | ABORTOS

APLICACION DE BIOLOGICOS (DOSIS)

16.01 | | | | | | | SABIN
16.02 | | | | | | | DPT O DPT HIB
16.03 | | | | | | | BCG
16.04 | | | | | | | ANTISARAMPION O SRP
16.05 | | | | | | | ANTITIFOIDEICA
16.06 | | | | | | | OTROS BIOLOGICOS

**PLANIFICACION FAMILIAR
CONSULTAS**

16.07 | | | | | | | TOTAL
16.08 | | | | | | | PRIMERA VEZ
16.09 | | | | | | | SUBSECUENTE

USUARIOS ACTIVOS

HORMONALES
DIU
QUIRURGICOS
OTROS METODOS

17.01 | | | | | | |
17.02 | | | | | | |
17.03 | | | | | | |
17.04 | | | | | | |

NUEVOS ACEPTANTES

17.05 | | | | | | |
17.06 | | | | | | |
17.07 | | | | | | |
17.08 | | | | | | |

SERVICIOS DE DIAGNOSTICO

ESTUDIOS

PATOLOGIA CLINICA
IMAGENOLOGIA
ANATOMOPATOLOGICOS
ELECTRODIAGNOSTICOS
ULTRASONIDO

18.01 | | | | | | |
18.02 | | | | | | |
18.03 | | | | | | |
18.04 | | | | | | |
18.05 | | | | | | |

PERSONAS

18.06 | | | | | | |
18.07 | | | | | | |
18.08 | | | | | | |
18.09 | | | | | | |
18.10 | | | | | | |

COBERTURA DE ATENCION

(PERSONAS ATENDIDAS EN LA UNIDAD)

19.01 | | | | | | | TOTAL
19.02 | | | | | | | MENORES DE 5 AÑOS
19.03 | | | | | | | MUJERES EN EDAD FERTIL

DAÑOS A LA SALUD MORBILIDAD

NOTE EL NUMERO DE EGRESOS GENERADOS, POR CAUSA, SEXO Y GRUPO DE EDAD DE ACUERDO A LAS CAUSAS REGISTRADAS EN EL FORMATO.

Causas	Lista básica						Mujeres						
	CIE 9a. Rev.						Hombres		Mujeres				
	<1	1 - 4	5 - 14	15 - 44	45 - 64	65 y +	<1	1 - 4	5 - 14	15 - 44	45 - 64	65 y +	
Total													
Enfermedades infecciosas intestinales						01-V0							
Tuberculosis pulmonar						01							
Tumores malignos						020							
Hiperplasia de la próstata						08-14							
Tumor benigno del útero						360							
Prolapso útero vaginal						152							
Diabetes mellitus						374							
SIDA y complejos del SIDA						181							
Deficiencias de la nutrición						184-185							
Síndrome de dependencia del alcohol						19							
Catarata						215							
Enfermedades del corazón						231							
-Enfermedad hipertensiva						25-28							
-Isquémica						26							
Enfermedad cerebrovascular						27							
Várices de los miembros inferiores						29							
Hemorroides						304							
Infecciones respiratorias agudas						305							
Neumonía e influenza						310-312,320							
Bronquitis crónica y la no especificada, enfisema y asma						321-322							
Enfermedades del esófago						323							
Úlcera gástrica y duodenal						340							
Apendicitis						341							
Hernia de la cavidad abdominal						342							
Colelitiasis y colecistitis						343							
Nefritis, síndrome nefrótico y nefrosis						348							
Aborto						350							
Causas obstétricas directas						38							
Parto normal						39							
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo						41							
Anomalías congénitas						43							
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal						44							
-Hipoxia, asfixia y otras afecciones respiratorias del feto o del recién nacido						45							
Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos						454							
Traumatismos y envenenamientos						46							
-Fracturas						47-56							
-Luxaciones, esguinces y desgarros						47							
-Traumatismos internos e intracraneales, incluso de los nervios						48							
-Heridas y traumatismos de los vasos sanguíneos						49							
Personas que acuden a los servicios de salud para cuidado ulterior						50							
Las demás causas						V03							

MORTALIDAD

NOTE EL NUMERO DE EGRESOS GENERADOS, POR CAUSA, SEXO Y GRUPO DE EDAD DE ACUERDO A LAS CAUSAS REGISTRADAS EN EL FORMATO.

Causas	Lista básica						Mujeres						
	Hombres			Mujeres			Hombres			Mujeres			
	<1	1 - 4	5 - 14	15 - 44	45 - 64	65 y +	<1	1 - 4	5 - 14	15 - 44	45 - 64	65 y +	
Total													
Enfermedades infecciosas intestinales													
Tuberculosis pulmonar													
Septicemia													
Hepatitis vírica													
Tumores malignos													
Diabetes mellitus													
SIDA y complejos del SIDA													
Deficiencias de la nutrición													
Anemias													
Meningitis													
Enfermedades del corazón													
-De la circulación pulmonar													
-Isquémica													
Enfermedad cerebrovascular													
Embolia y trombosis arteriales													
Infecciones respiratorias agudas													
Neumonía e influenza													
Bronquitis crónica y la no especificada, enfisema y asma													
Apendicitis													
Hernia de la cavidad abdominal													
Obstrucción intestinal sin mención de hernia													
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado													
Colelitiasis y coleocistitis													
Nefritis, síndrome nefrótico y nefrosis													
Causas obstétricas directas													
Causas obstétricas indirectas													
Anomalías congénitas													
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal													
-Crecimiento fetal lento, desnutrición e inmadurez fetal													
-Hipoxia, asfixia y otras afecciones respiratorias del feto o del recién nacido													
Accidentes													
-De tráfico de vehículo de motor													
-Envenenamiento accidental por drogas, medicamentos y productos biológicos													
-Accidente causado por proyectil de arma de fuego													
Disritmia cardíaca													
Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos													
Las demás causas													
CIE 9a. Rev.	01-E56												
	01												
	020												
	038												
	046												
	08-14												
	181												
	184-185												
	19												
	200												
	220												
	25-28												
	27												
	29												
	301												
	310-312,320												
	321-322												
	323												
	342												
	343												
	344												
	347												
	348												
	350												
	39												
	40												
	44												
	45												
	452												
	454												
	E47-E5												
	E471												
	E480												
	E524												
	281												
	46												