SOLICITUD DE CERTIFICADO DE NECESIDAD PARA HOSPITAL Y UNEME

1. Ficha Técnica

INFORMACIÓN GENERAL

Entidad Federativa			
Municipio			
Localidad			
Tipo de acción de infraestructura		Ampliación	
Tipo de unidad	Actual:		Solicitada:
Nombre de la unidad			
Antigüedad del inmueble			
Incorporado al SPSS	☐ Si ☐ No		
No. de camas	actual:	adicional:	total:
No. de quirófanos	actual:	adicional:	total:
No. de consultorios	actual:	adicional:	total:
Población beneficiada			
Superficie del terreno			
Superficie de construcción	actual: m^2	adicional: m^2	total: m^2
Superficie de contacto (más de un nivel de construcci	actual: m^2	adicional: m^2	total: m^2
Domicilio o ubicación del terreno			
Costo estimado de construcción			
Costo estimado de equipamiento			
Costo estimado de operación			
Fecha de inicio programada			
Fecha de término programada			
Si se trata de un proyecto privado-estatal. Se cuenta con convenio para la operación.	☐ Si ☐ No ☐ No aplica		
Días cama promedio (último año disponible)			
Egresos (último año disponible)			
Consultas en (último año disponible)			
Atenciones quirúrgicas (último año disponible)			
No. de médicos	actual:		estimado:
No. de enfermeras	actual:		estimado:
No. de personal administrativo	actual:		estimado:
La unidad cuenta con la validación de:			
CENETEC para el equipamiento.	☐ Si ☐ No	☐ En trámite	☐ No aplica
DGCES para la plantilla de personal.	☐ Si ☐ No	☐ En trámite	☐ No aplica

INFORMACIÓN GENERAL DEL PROYECTO	
JUSTIFICACIÓN	

DATOS GENERALES DEL SOLICITANTE

Responsable de la Información	
Puesto	
Correo electrónico	
Teléfono	

COMENTARIOS Y/U OBSERVACIONES	

Ficha elaborada por	
Fecha de elaboración	

2.Información General del Proyecto

Describa cuál es la problemática que da origen a la iniciativa y proporcione un breve resumen incluyendo qué acciones son necesarias, así como necesidades especiales de la población beneficiada. *(Favor de No exceder de una página)*

2.1 Describa brevemente la problemática o situación que da origen al proyecto, mencionando los siguientes puntos:
Principal grupo poblacional beneficiado con la infraestructura propuesta.
Persona, institución o agrupación que generó la iniciativa de solicitud.
Cómo está cubriéndose actualmente la demanda que genera la solicitud describiendo alternativas de proyectos.

2.2 ¿ La Entidad Federativa tiene presupuestados recursos necesarios para la operación de la unidad?

☐ Si ☐ No Monto: _____

2.3 Indicar la(s) fuente(s) de financiamiento para el proyecto propuesto.

1 _____
2 _____
3 _____

* En caso de contar con mas fuentes de financiamiento agregue tantas filas como sea necesario.

Información Seguro Popular

2.4 Condición de la unidad en relación con el Sistema de Protección Social en Salud. Marque con "x"

a) Evaluada	☐ Si	☐ No	☐ En proceso
b) Acreditada	☐ Si	☐ No	☐ En proceso
c) Certificada	☐ Si	☐ No	☐ En proceso

☐ N.A. Por ser obra nueva

3. Infraestructura

Describa el tipo de unidad solicitada y en su caso las especialidades que la conforman

3.1 Acción de Infraestructura. Marque con "X"

- [ ] Obra Nueva
- [ ] Fortalecimiento
- [ ] Ampliación
- [ ] Sustitución

3.2 Tipo de Unidad

[ ] Hospital de la Comunidad	Tipo:	
[ ] Unidad de Especialidades Médicas UNEME	Tipo:	
[ ] Hospital General	Tipo:	
[ ] Hospital Especializado	Especifique	
[ ] Hospital Regional de Alta Especialidad HRAE	Especifique	
[ ] Unidad de apoyo	Especifique	
[ ] Otro	Especifique	

3.3 Infraestructura requerida.
Describa el programa médico arquitetónico.

Servicio / Especialidad	Existente		Adicional / Nuevos		Total	
	cantidad	m^2	cantidad	m^2	cantidad	m^2
total						

*Expanda el cuadro, en número de filas, de acuerdo al tipo de unidades o áreas necesarias.
La cantidad de camas, consultorios, quirófanos y salas de expulsión debe quedar debidamente detallada.
Nota: La informarción debe ser congruente con la ficha técnica.

3.4 ¿Cuenta con proyecto arquitectónico? SI [ ] NO [ ] En caso afirmativo, anexarlo a esta solicitud.

4. Mapa Georeferenciado

4.1 De conformidad con el tipo de unidad solicitada, delimite en un mapa el área de influencia que le corresponde y señale los establecimientos de salud existente, asi como, las principales vias de comunicación y condiciones hidrográficas y orográficas relevantes respecto de la accesibilidad.

5. Descripción poblacional

5.1 Dimensión y características de la población en la zona de influencia

	Estado	Municipio	Localidad	Población Total	% Población Indígena	% Población Sin Seguridad Social	No. de Personas Afiliadas al Seguro Popular	Indice de Marginación
Total					N.A.	N.A.		N.A.

* Agrege tantas columnas como sea necesario

Fuente: _____

5.2 Estructura de la población sin seguridad social en la zona de influencia.

	POBLACIÓN	GRUPO						
		< 1	1-4	5-9	10-14	15-19	...	85 y mas
HOMBRES								
MUJERES								
Total								

* Agrege tantas columnas como sea necesario

Fuente: _____

6. Perfil epidemiológico

6.1 Anote las 10 principales causas de mortalidad en el área de Influencia. Incluya las tasas de mortalidad Materna e Infantil

	Principales Causas de Mortalidad		
	Causa CIE 10	Descripción	Tasa x 1,000 hab
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

Tasa de mortalidad materna x 1,000 hab	
Tasa de mortalidad Infantil x 1,000 hab	

Fuente: _____

6.2 Anote las 10 principales causas de morbilidad en el área de influencia.

	Principales Causas de Morbilidad				
	Causa CIE 10	Descripción	Tasa(*)	Tasa(*) de Inicdencia	Tasa(*) de prevalencia
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

(*) Anotar la tasa estandarizada x 1,000 hab

Fuente: _____

6.3. Prevalencia de Desnutrición severa

6.4. Proporción de partos atendidos por facultativo

Identifique los recursos para la salud existentes en el área de influencia, así como algunos indicadores de su actividad..

7. Caracterización de la infraestructura

7.1 Unidad médica existente por tipo e institución

Municipio	Localidad	Institución	Tipo de Unidad	Clues	Camas censables	% de Ocupación	Quirófanos	Tasa de diferimiento de cirugía programada (meses)	Promedio mensual de cirugías por quirófano
		Salud							
		IMSS-Oportunidades							
		Instituciones de Seguridad Social							
		Privados							

* En caso de contar con información de más instituciones agregue tantas filas como sea necesario.

							Consultorio			
Municipio	Localidad	Institución	Tipo de Unidad	Clues	Salas de Expulsión	Promedio mensual de partos atendidos por sala	Medicina General	Especialidad	Promedio mensual de consultas por consultorio	Promedio de tiempo de espera (minutos)
		Salud								
		IMSS-Oportunidades								
		Instituciones de Seguridad Social								
		Privados								

* En caso de contar con información de más instituciones agregue tantas filas como sea necesario.

8. Información General del Solicitante

8.1. Nombre del solicitante

8.1.1. Nombre (s) | 8.1.2 Apellido Paterno | 8.1.3 Apellido Materno

8.1.4 Cargo del solicitante
8.1.4.1 Dependencia

8.1.5 Dirección del solicitante

8.1.5.1 Estado
8.1.5.2 Ciudad/Municipio
8.1.5.3 Localidad
8.1.5.4 Calle
8.1.5.5 Colonia
8.1.5.6 C. P.

8.1.6 Teléfonos ( ) - ( ) - **Ext.**
8.1.7 Fax ( ) - ( ) -
8.1.8 Correo electrónico

8.2 Responsable de unidad médica.

Si la acción es Obra Nueva pase a punto 8.3
No aplica por ser Obra Nueva

8.2.1 Nombre del responsable
Nombre (s) | Apellido Paterno | Apellido Materno

8.2.2 Cargo del solicitante
8.2.3 Dirección de la unidad

8.2.3.1 Nombre de la unidad
8.2.3.2 CLUES
8.2.3.3 Estado — Clave de Estado
8.2.3.4 Ciudad/Municipio — Clave de Municipio
8.2.3.5 Localidad — Clave de Localidad

8.2.3.6 Calle
8.2.3.7 Colonia
8.2.3.8 C. P.

8.2.4 Teléfonos ( ) - ( ) - Ext.
8.2.5 Fax ( ) - ( ) -
8.2.6 Correo electrónico

8.3 Declaración de Autenticidad

Nombre: _____

Cargo: _____

8.5 Firma