SOLICITUD DE CERTIFICADO DE NECESIDAD PARA UNIDADES MÉDICAS MOVILES

Folio de solicitud: _____

1. DATOS GENERALES

1.1 Entidad federativa: _____ 1.2 Municipio sede: _____ 1.3 Localidad sede: _____

1.4 Tipo de unidad médica móvil: _____ 1.5 CLUES de la unidad de salud de adscripción: _____

1.6 Tipo de acción de infraestructura requerido:

- ☐ Unidad médica móvil nueva en una nueva ruta
- ☐ Sustitución de Unidad médica móvil en una ruta existente CLUES: _____
- ☐ Cambio de ruta para una Unidad médica móvil existente CLUES: _____

1.7 ¿Cuál es la cartera de servicios a otorgar en la unidad médica móvil?:

☐ Intervenciones básicas del CAUSES ☐ Telemedicina ☐ Estomatología ☐ Laboratorio de química seca ☐ Detección de cáncer de: _____
☐ Oftalmología ☐ Vacunación ☐ Otra: _____

1.8 Breve descripción de las características del vehículo (infraestructura física) y del equipamiento (infraestructura de equipo)

1.9 Costo estimado para infraestructura ($): _____ 1.11 Si es sustitución, motivo de la baja de la unidad móvil: _____

1.10 Costo estimado para equipamiento ($): _____ 1.12 ¿Cuenta con Certificado de necesidad de CENETEC? ☐ sí ☐ no

1.13 Total de personal necesario o que ya labora en la unidad médica móvil: _____

1.14 Nombre de la unidad médica más cercana con capacidad resolutiva para la atención de emergencias obstétricas: _____ CLUES: _____

2. JUSTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD

2.1 Describa los principales motivos por los cuales se requiere el tipo de acción solicitado.

3. DATOS DEL ÁREA DE COBERTURA DE LA UNIDAD MÉDICA MÓVIL

3.1 Localidades atendidas:

	Nombre de la localidad	Municipio	Población objetivo	Distancia y tiempo a la unidad más cercana						Grado de marginación
				Primer nivel			Segundo nivel			
				tiempo	distancia (km)	CLUES	tiempo	distancia (km)	CLUES	
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										

(en caso necesario adicionar las filas necesarias)

3.2 En caso de nueva ruta para unidad móvil existente, señale las localidades de la ruta original que se conservan en la nueva ruta: _____

(en caso necesario adicionar las filas necesarias)

3.3 Anote el o los nombres y CLUES de la(s) unidad(es) de primero y segundo nivel a las que refiere en el punto 3.1: _____

(en caso necesario adicionar las filas necesarias)

3.4 Población objetivo total en el área de cobertura: _____ 3.5 Distancia y tiempo totales de recorrido de la unidad médica móvil: _____

3.6 Describa las condiciones del medio físico y socioeconómicas de las localidades que comprenden el área de cobertura (geografía, clima, fuentes de trabajo, etc.):

SOLICITUD DE CERTIFICADO DE NECESIDAD PARA UNIDADES MÉDICAS MOVILES

4. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

4.1 Cuáles son las principales causas de mortalidad en el área de cobertura incluso materno-infantil.

	Clave CIE 10	Causas	defunciones	Tasa por 1,000 hab
1				
2				
3				
4				
5				

fuente:_____

Tasa de mortalidad materna x 1,000 N.V. _____
Tasa de mortalidad Infantil x 1,000 N.V. _____

4.2 Cuáles son las principales causas de morbilidad en el área de cobertura.

	Clave CIE 10	Causas	casos	Tasa por 1,000 hab
1				
2				
3				
4				
5				

fuente:_____

4.3 Delimite en un mapa la ubicación de las localidades y de las unidades de servicios de salud en el área de cobertura de la unidad médica móvil:

5. INFORMACIÓN GENERAL DEL SOLICITANTE (ÁREA TÉCNICA)

5.1 Nombre(s)_____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____
5.2 Cargo o puesto: _____ **5.3 Firma:** _____
5.4 Dirección Calle y número: _____ Localidad: _____
Municipio: _____ Colonia: _____ C.P.: _____
Entidad federativa: _____
5.5 Teléfono: _____ 5.6 Fax: _____ 5.7 Correo electrónio: _____

6. INFORMACIÓN GENERAL DEL SOLICITANTE (ÁREA DE PLANEACIÓN)

6.1 Nombre(s)_____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____
6.2 Cargo o puesto: _____ **6.3 Firma:** _____
6.4 Dirección Calle y número: _____ Localidad: _____
Municipio: _____ Colonia: _____ C.P.: _____
Entidad federativa: _____
6.5 Teléfono: _____ 6.6 Fax: _____ 6.7 Correo electrónio: _____

7. DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD

Declaro que la información contenida en este formato es veraz:

Fecha:_____
Nombre completo: _____
Cargo: _____
Institución: _____ **Firma:** _____