

## Formato E1

### Solicitud de Reconocimiento o Ratificación

Instrucciones: Llénese a mano con letra de molde legible o en electrónico por el Responsable / Director del Establecimiento Residencial de Tratamiento de las Adicciones. **Es indispensable que los datos concuerden con el Acta Constitutiva y Aviso de Funcionamiento**

Tipo de Solicitud:  Reconocimiento  Ratificación Fecha:     
dd mm aa

#### 1. IDENTIFICACIÓN

1.1 Non bre legal:

1.2 Nombre Comercial:

1.3 Nombre del Representante Legal:

1.4 Nombre del Director:

1.5 CLINÍ o CLUES:

1.6 Domicilio del Establecimiento Residencial (deberá de coincidir con el Aviso de Funcionamiento)

Calle y número:

Colonia/Población

Alcaldía/Municipio

Ciudad

Estado

C.P.

Teléfono

Correo electrónico

Fecha de inicio de labores (*se toma del aviso de funcionamiento*)

dd mm aa

Nombre del Responsable Sanitario

No. Cédula

#### 2. DATOS DEL PROPIETARIO

2.1 Nombre de la persona física o moral propietaria del establecimiento

2.2 R.F.C.:

2.3 Sexo:

Mujer

Hombre

2.4 Dirección

Calle y número:

Colonia/Población

Alcaldía/Municipio

Ciudad

Estado

C.P.

Teléfono

Correo electrónico

#### 3. DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

3.1 Nombre del Representante Legal del establecimiento

3.2 R.F.C.:

3.3 Sexo:

Mujer

Hombre

3.4 Dirección

Calle y número:

Colonia/Población

Alcaldía/Municipio

Ciudad

Estado

C.P.

Teléfono

Correo electrónico

## 4. CARACTERÍSTICAS

4.1 Tipo de Institución: Pública  Privada   
 4.2 Tipo de Ingreso: Voluntario  Involuntario  Obligatorio   
 4.3 Tipo de población que atiende: Hombres  Mujeres  Ambos

4.4 Categorías por edad:  Menores de 12 años (Niños)  
 12 a 17 años (Adolescentes)  
 18-59 años (Adultos)  
 60y + (Adultos mayores)  
 4.5 Tipo de adicción que atiende:  Alcohol y drogas  
 Alcohol, tabaco y drogas  
 Alcohol, opiáceos y drogas

4.6 El establecimiento brinda servicios de sustitución de opiáceos: Si  No

4.7 El establecimiento atiende condiciones de urgencia: Si  No

4.8 Señale el modelo de atención:  Profesional  
 Mixto  
 Ayuda mutua  
 4.9 Duración del Tratamiento:  1 mes  
 2 meses  
 3 meses  
 Otro

4.10 Señale el modelo teórico que sustenta el tratamiento que se otorga

Ayuda mutua  Farmacológico  Alternativos y/o complementarios  
 Cognitivo conductual  Humanista  
 Comunidad terapéutica  Minnesota  Número de camas instaladas:   
 12 pasos  Psicodinámico  Número de camas ocupadas:

## 5. RECURSOS HUMANOS

5.1 A continuación anote el número de personal adscrito al establecimiento:

No.	Personal en el establecimiento	No.	Personal en el establecimiento	Total
<input type="checkbox"/>	Director	<input type="checkbox"/>	Enfermería	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Médico general	<input type="checkbox"/>	Personal Administrativo	
<input type="checkbox"/>	Médico psiquiatra	<input type="checkbox"/>	Padrinos / Consejeros Rehabilitados	
<input type="checkbox"/>	Psicólogo(a)	<input type="checkbox"/>	Padrinos / Consejeros Rehabilitados certificados por el EC0548	
<input type="checkbox"/>	Trabajo Social	<input type="checkbox"/>	Otro profesional ¿Cuál?	<input type="text"/>

Describa brevemente los motivos que lo llevan a obtener el reconocimiento que otorga la CONADIC:

¿Qué beneficios espera al obtener el reconocimiento que otorga la CONADIC?

Nombre, firma y cargo de quién solicita el reconocimiento

Nombre y firma del representante legal

**PARA CUALQUIER ACLARACIÓN, DUDA Y/O COMENTARIO CON RESPECTO A ESTE TRÁMITE,  
SÍRVASE CONTACTAR A LA COMISIÓN ESTATAL CONTRA LAS ADICCIONES**

*Con fundamento en los artículos 17, 18, 20, 21 y 22 de la Ley Federal de Transparencia y Accesos a la Información Pública Gubernamental (LFTAIPG). Artículos 37, 38 y 40 de su Reglamento, así como los Lineamientos para la Protección de Datos Personales expedidos por el Instituto Federal de Acceso a la Información y Protección de Datos: los datos personales contenidos en el presente documento, están protegidos, por tanto solo podrán para ser usados para los fines por los cuales fueron entregados, cualquier otro uso deberá ser autorizado por el titular de los mismo.*

*Las entidades y dependencias tienen la obligación de proteger los datos confidenciales de las peticiones recibidas, identificando el Sistema Datos Personales y adoptando las medidas necesarias que garanticen la seguridad de los datos personales y evitando su alteración, pérdida, transmisión y acceso no autorizado. Artículo 20, 22 de la LFTAIPG y Lineamientos de Protección de Datos Personales.*

FECHA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

**ASIGNACIÓN DE PAGO DE SERVICIOS PARA EL TRATAMIENTO ESPECIALIZADO EN ADICCIONES A NIVEL RESIDENCIAL**

Habiendo realizado valoración psicológica y estudio socioeconómico correspondiente a: \_\_\_\_\_, sexo: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años, con domicilio en \_\_\_\_\_, se determina que **CUMPLE** con los criterios clínicos y de inclusión para ser atendido por su dependencia a sustancias psicoactivas en un Establecimiento Especializado en el Tratamiento de Adicciones a nivel Residencial que cuente con reconocimiento ante la CONADIC conforme a la normatividad vigente.

Los Servicios de Salud autorizan **el 100% de Pago de Servicio de Tratamiento por 90 días**, que incluye valoración médica, tratamiento, alojamiento y alimento en el establecimiento denominado \_\_\_\_\_ ubicado en \_\_\_\_\_, en el municipio de \_\_\_\_\_ con teléfono \_\_\_\_\_.

La anterior información es de conocimiento del representante legal \_\_\_\_\_, teléfono \_\_\_\_\_, cuyo parentesco con el usuario es \_\_\_\_\_, los cuales se comprometen a participar activamente con las disposiciones terapéuticas durante su tratamiento y posterior a este asistir a tratamiento ambulatorio y/o Intervención Breve para la Prevención de Recaídas en el CAPA \_\_\_\_\_.

Se informa al usuario y/o representante legal el cual acepta que la asignación de este subsidio sola puede ser otorgado en una sola ocasión.

Se pone de manifiesto que toda información brindada por el usuario es de carácter confidencial y está protegida conforme a la Ley Federal de Protección de Datos y sólo tendrán acceso a ésta el equipo multidisciplinario involucrado en el proceso terapéutico y de la asignación del pago, por lo que no se revelará a ningún otro individuo, si no es bajo el consentimiento escrito del usuario, exceptuando los casos previstos por la ley y autoridades sanitarias. Así mismo, durante el tratamiento no se realizarán grabaciones de audio, video o fotografías, sin que el personal del establecimiento explique su finalidad y sin previo consentimiento escrito por parte del usuario.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del director de CAPA

\_\_\_\_\_  
Nombre, firma y cédula del psicólogo

\_\_\_\_\_  
Nombre, firma y cédula del trabajador social

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del representante legal o familiar

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del usuario

c.c.p. Centro de Atención Primaria en Adicciones, CAPA.  
c.c.p. Establecimiento Residencial.  
c.c.p. Interesado, representante legal o familiar.

\*Este documento tiene una validez de 5 días hábiles después de la fecha de asignación o emisión y solo se expide una ocasión.

**CÉDULA CECA PARA EVALUAR EL RECONOCIMIENTO DE  
“ESPACIOS 100% LIBRES DE HUMO DE TABACO”**

Fecha de aplicación: \_\_\_\_\_ Nombre de la Institución: \_\_\_\_\_ Folio \_\_\_\_\_

No.	Especificación	Respuesta		Cal.	Observaciones
		Si	No		
1	¿Existe en las instalaciones algún Programa para la Protección Contra la Exposición al Humo de Tabaco?				
2	¿Existen acciones de difusión y sensibilización sobre los riesgos del tabaco y la exposición a su humo?				
3	¿Existe un cenicero a la entrada de las instalaciones? Exclusivo para apagar cigarros.				
4	¿Existen avisos o símbolos visuales que muestren la leyenda “Por favor, apague su cigarro antes de entrar”, en el acceso de las instalaciones?				
5	¿Existen avisos o símbolos visuales que muestren que es un “Espacio 100% Libre de Humo de Tabaco”, en el acceso de las instalaciones?				
6	¿Existen avisos o símbolos visuales que muestren que es un “Espacio 100% Libre de Humo de Tabaco”, en el interior de las instalaciones?				
7	¿Existen avisos o símbolos visuales que muestren la prohibición de fumar, en el interior de las instalaciones?				
8	¿Existen avisos o símbolos visuales que muestren el número de denuncias, en el interior de las instalaciones?				
9	¿Existen avisos o símbolos visuales que muestren Leyendas de advertencia sobre el incumplimiento de la prohibición de fumar, en el interior de las instalaciones?				
10	¿Existen en la empresa o institución indicios de uso de tabaco (Ceniceros, colillas, olor a humo de tabaco) o personas fumando?				
11	¿A las personas fumadoras se les ofrece o sugiere atención especializada para dejar de fumar?				
12	¿Existen mecanismos para denunciar el incumplimiento del Programa?				
				<b>Puntuación total</b>	

Número de Empleados: \_\_\_\_\_ Número de usuarios por día: \_\_\_\_\_

Nombre y firma de aplicador \_\_\_\_\_ Nombre y firma de responsable de la institución \_\_\_\_\_ Nombre y firma de responsable CECA \_\_\_\_\_

Nombre del Establecimiento: \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**Marcar la opción que mejor refleje el status de su establecimiento.**

N°	TEMA	SI	NO
1	¿En el (los) acceso(s) al establecimiento se cuenta con cenicero(s) de pie? (exclusivo para apagar cigarros)		
2	¿En el (los) acceso(s) al establecimiento se cuenta con letrero(s) "APAGA TU CIGARRO O CUALQUIER PRODUCTO DE TABACO ANTES DE ENTRAR"?		
3	¿Se cuenta con Señalamiento visible en el acceso al establecimiento que indique que "Se trata de un Espacio 100% Libre de Humo de Tabaco"?		
4	¿En el interior existen letreros, logotipos o emblemas visibles que indiquen "La Prohibición de Fumar en Espacios 100% Libres de Humo de Tabaco"?		
5	¿Se cuentan con letreros en el interior del establecimiento con el "Número telefónico para denuncias en caso de incumplimiento de la Ley General para el Control del Tabaco y su Reglamento"? 01 800 033 50 50		
6	¿Se cuentan con señalamientos o Letreros en el interior del establecimiento que se trata de un "Espacio 100% Libre de Humo de Tabaco"?		
7	¿Se cuenta con letreros en el interior que contengan <b>Leyendas de Advertencia sobre el incumplimiento de la prohibición de fumar en espacios 100% Libres de Humo de Tabaco</b> ?		
8	¿Se observan personas fumando o con productos del tabaco encendidos en espacios 100% Libres de Humo de Tabaco? (Revisar: Todas las áreas del establecimiento: Baños, almacenes, cocina, área administrativa, jardines interiores, estacionamiento internos y otras)		
9	¿Se percibe olor a Humo de Tabaco? Revisar: Todas las áreas del establecimiento: Baños, almacenes, cocina, área administrativa, jardines interiores, estacionamiento internos y otras)		
10	¿Se observan rastros de cigarros o restos de productos del tabaco? Revisar: Todas las áreas del establecimiento: Baños, almacenes, cocina, área administrativa, jardines interiores, estacionamiento internos y otras)		
11	¿Se observan ceniceros en el interior del establecimiento? Revisar: Todas las áreas del establecimiento: Baños, almacenes, cocina, área administrativa, jardines interiores, estacionamiento internos y otras)		
12	¿Cuenta con bitácora de reportes de incidencias ante el incumplimiento de la Ley General para el control del Tabaco?		

**OBSERVACIONES**

--

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE