



CEDULA DE DIAGNÓSTICO DE UNIDAD MEDICA

1.GENERALES	Información que debera ser llenada por la Secretaria de Salud del Estado						
1.1 Entidad: _____	1.2 Tipo de Unidad: _____						
1.3 Clave CLUES: _____	1.4 Municipio: _____						
1.5 Nombre de la Unidad: _____							
1.6 Localización: _____ (Dirección, Colonia, Localidad)							
1.7 Inmueble de Ubicación:	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td>Propio</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Rentado</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Comodato</td><td>_____</td></tr> </table>	Propio	_____	Rentado	_____	Comodato	_____
Propio	_____						
Rentado	_____						
Comodato	_____						
1.8 Fecha de Inicio de operación: _____ (D/M/A)	1.9 En operación actualmente: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td>No</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Parcial</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Total</td><td>_____</td></tr> </table>	No	_____	Parcial	_____	Total	_____
No	_____						
Parcial	_____						
Total	_____						
1.10 ¿Motivo?(en caso de no estar en operación) _____							
1.11 Superficie de terreno(m2): _____	1.12 Superficie de Construcción(m2): _____						
1.13 No.de niveles: _____	1.14 Servicios <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td>SI</td><td>NO</td></tr> </table>	SI	NO				
SI	NO						
1.14.1 Especificar cuales: <u>DRENAJE, LUZ, AGUA POTABLE.</u>							
1.15 Planos existentes: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td>SI</td><td>NO</td></tr> </table>	SI	NO	Actualizados 1.15a o Modificados: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td>SI</td><td>NO</td></tr> </table>	SI	NO		
SI	NO						
SI	NO						
1.16 Tipo de estructura:							
1.16.1 Concreto:	_____						
	(descripción)						
1.16.2 Acero:	_____						
	(descripción)						
1.16.3 Madera:	_____						
	(descripción)						
1.16.4 Otros:	_____						
	(descripción)						
2.SERVICIO /CAPACIDAD	Información que debera ser llenada por la Secretaria de Salud del Estado						
2.1 Población derechohabiente							
2.1.1 Local: _____	2.1.2 Influencia: _____ 2.1.3 Derivada _____						
2.2 Capacidad							
2.2.1 No.Consultorios: _____	2.2.2 No.Camas (censables): _____						
2.3 Servicios de Apoyo: _____							



CEDULA DE DIAGNÓSTICO DE UNIDAD MEDICA

3.REVISION GLOBAL DE DAÑOS (Donde aplique)

3.1 Existe colapso

3.1.1 NO	<input type="text"/>
3.1.2 Parcial	<input type="text"/>
3.1.3 Total	<input type="text"/>

3.2 Inclinación en la edificación

3.2.1 Apreciable	<input type="text"/>
3.2.2 No Identificable	<input type="text"/>
3.2.3 No Existe	<input type="text"/>

3.3 Falla o asentamiento de la cimentación

3.3.1 Leve	<input type="text"/>
3.3.2 Mediano	<input type="text"/>
3.3.3 Severo	<input type="text"/>

3.4 Daño en columnas / vigas /entrepisos

3.10.1 Ninguno	<input type="text"/>
3.10.2 Leve	<input type="text"/>
3.10.3 Moderado	<input type="text"/>
3.10.4 Severo	<input type="text"/>

3.5 Daño en cubiertas

3.6.1 Ninguno	<input type="text"/>
3.6.2 Leve	<input type="text"/>
3.6.3 Moderado	<input type="text"/>
3.6.4 Severo	<input type="text"/>

3.6 Daño en muros divisorios

3.5.1 Ninguno	<input type="text"/>
3.5.2 Leve	<input type="text"/>
3.5.3 Moderado	<input type="text"/>
3.5.4 Severo	<input type="text"/>

3.7 Daño en muros de fachada

3.4.1 Ninguno	<input type="text"/>
3.4.2 Leve	<input type="text"/>
3.4.3 Moderado	<input type="text"/>
3.4.4 Severo	<input type="text"/>

3.8 Daños en Acabados:

3.8.1 Ninguno	<input type="text"/>
3.8.2 Leve	<input type="text"/>
3.8.3 Moderado	<input type="text"/>
3.8.4 Severo	<input type="text"/>

3.9 Daño en escaleras

3.7.1 Ninguno	<input type="text"/>
3.7.2 Leve	<input type="text"/>
3.7.3 Moderado	<input type="text"/>
3.7.4 Severo	<input type="text"/>

3.10 Daño en instalaciones Electricas *

EQUIPOS	<input type="text"/>
3.8.1 Ninguno	<input type="text"/>
3.8.2 Leve	<input type="text"/>
3.8.3 Moderado	<input type="text"/>
3.8.4 Severo	<input type="text"/>

3.11 Daño en instalaciones Hidro Sanitarias

3.9.1 Ninguno	<input type="text"/>
3.9.2 Leve	<input type="text"/>
3.9.3 Moderado	<input type="text"/>
3.9.4 Severo	<input type="text"/>

3.12 Daño en areas Exteriores:

3.13.1 SI	<input type="text"/>
3.13.2 NO	<input type="text"/>

3.13 ¿Se necesita un dictamen especializado?

3.12.1 SI	<input type="text"/>
3.12.1 NO	<input type="text"/>

3.14 Clasificación global de habitabilidad

Habitable	SI <input type="text"/>
	NO <input type="text"/>

3.15 Acciones a realizar:



CEDULA DE DIAGNÓSTICO DE UNIDAD MEDICA

4. ACCIONES EJECUTADAS

Informacion que debera ser llenada por la Secretaria de Salud del Estado

4.1 ¿Se ejecutó algún trabajo de re-estructuración, reforzamiento o algun tipo de obra de reconstrucción?

4.1.1 Si 4.1.2 No

4.2 (En caso de responder Si en la pregunta anterior) ¿Qué tipo de financiamiento se utilizo?

4.2.1 Aportaciones 4.2.2 Seguro 4.2.3 Fonden

4.2.4 Recurso propio 4.2.5 Otros: _____

4.6 COMENTARIOS:

COMENTARIOS:

5. FIRMAS

REPRESENTANTE DE LA SECRETARIA DE SALUD FEDERAL

REPRESENTANTE DE LIOS SERVICIOS DE SALUD ESTATAL

(NOMBRE, CARGO Y FIRMA)

(NOMBRE, CARGO Y FIRMA)



CEDULA DE DIAGNÓSTICO DE UNIDAD MEDICA

Anexo I. REPORTE FOTOGRAFICO

Fotografía (1)=

Fotografía (2)=

Fotografía (3)=

Fotografía (4)=

Fotografía (3)=

Fotografía (4)=

Fotografía (3)=

Fotografía (4)=