



Folio: \_\_\_\_\_

Clave de formato: TDEPP\_SRE\_1

NOMBRE DEL TRÁMITE:

**Solicitud para Registro del Centro de Atención de Adicciones con Modalidad No Residencial (Ambulatoria Profesional)**

Ciudad de México, a

de

de

Director(a) General:

Presente

Declaro bajo protesta de decir verdad que la información y documentación proporcionada es verídica, por lo que en caso de existir falsedad en ella, tengo pleno conocimiento que se aplicarán las sanciones administrativas y penas establecidas en los ordenamientos respectivos para quienes se conducen con falsedad ante la autoridad competente, en términos del artículo 32 de la Ley de Procedimiento Administrativo, con relación al 311 del Código Penal, ambos de la Ciudad de México

**Información al interesado sobre el tratamiento de sus datos personales**

Los datos personales recabados serán protegidos, incorporados y tratados en el Sistema de Datos Personales el cual tiene su fundamento en \_\_\_\_\_, y cuya finalidad es \_\_\_\_\_ y podrán ser transmitidos a \_\_\_\_\_, además de otras transmisiones previstas en la Ley de Protección de Datos Personales para el Distrito Federal. Con excepción del teléfono y correo electrónico particulares, los demás datos son obligatorios y sin ellos no podrá acceder al servicio o completar el trámite

Asimismo, se le informa que sus datos no podrán ser difundidos sin su consentimiento expreso salvo excepciones previstas en la ley. El responsable del Sistema de Datos Personales es \_\_\_\_\_, y la dirección donde podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, así como la revocación del consentimiento es \_\_\_\_\_. El titular de los datos podrá dirigirse al Instituto de Acceso a la Información Pública y Protección de Datos Personales del Distrito Federal, donde recibirá asesoría sobre los derechos que tutela la Ley de Protección de Datos Personales para el Distrito Federal al teléfono 56 36 46 36; correo electrónico: [datospersonales@infodf.org.mx](mailto:datospersonales@infodf.org.mx) o en la página [www.infodf.org.mx](http://www.infodf.org.mx).

**DATOS DEL CENTRO DE ATENCIÓN DE ADICCIONES**

\* Los datos solicitados en este bloque son obligatorios.

Denominación o razón social del centro \_\_\_\_\_

Calle \_\_\_\_\_ No. Exterior \_\_\_\_\_ No. Interior \_\_\_\_\_

Colonia \_\_\_\_\_ Alcaldía \_\_\_\_\_

C.P. \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_ Correo electrónico para recibir notificaciones \_\_\_\_\_

RFC \_\_\_\_\_ Fecha de inicio de actividades \_\_\_\_\_

Nombre del encargado o responsable del servicio \_\_\_\_\_

Nombre del propietario y/o dueño y/o director \_\_\_\_\_

**DATOS DE LA PERSONA MORAL (ACTA CONSTITUTIVA)**

Número \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Notaria \_\_\_\_\_ Folio Registral \_\_\_\_\_

Nombre del Representante Legal \_\_\_\_\_

**TIPO DE ADICCIÓN QUE ATIENDE**

Alcohol \_\_\_\_\_ Mariguana \_\_\_\_\_

Tabaco \_\_\_\_\_ Cocaína \_\_\_\_\_

Inhalables \_\_\_\_\_ Otro (especifique) \_\_\_\_\_

**CATEGORIAS****Por edad:****Por género:**

Niñ@s \_\_\_\_\_ Adultos \_\_\_\_\_ Hombres \_\_\_\_\_

Adolescentes \_\_\_\_\_ Mujeres \_\_\_\_\_

COSTOS DEL SERVICIO					
Gratuito	<input type="checkbox"/>	Donativo	<input type="checkbox"/>	Cuota de Recuperación	<input type="checkbox"/>
Cuota fija	<input type="checkbox"/>	Costo semanal	<input type="checkbox"/>	Otros pagos	<input type="checkbox"/>
Cantidad	<input type="text"/>				

DÍAS Y HORARIOS DE SERVICIO	
Lunes - Viernes	<input type="checkbox"/> Toda la semana <input type="checkbox"/>
Horario	<input type="text"/>
Duración del tratamiento	<input type="text"/>

SERVICIOS			
SERVICIO DE ATENCIÓN AMBULATORIA EN ESTABLECIMIENTOS PROFESIONALES Y MIXTOS .			
Existe valoración clínica del caso	Si	<input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Apertura del expediente clínico	Si	<input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Elaboración de la historia clínica	Si	<input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Investiga en el caso de usuarias, si están embarazadas o en periodo de lactancia	Si	<input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Aplicación de estudio psicosocial	Si	<input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Solicita auxiliares de diagnóstico	Si	<input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Establece diagnóstico, tratamiento y pronóstico	Si	<input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Involucra a la familia en el tratamiento cuando esto sea posible	Si	<input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Consentimiento informado	Si	<input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Referencia en su caso a otro nivel de atención	Si	<input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

CAPACIDAD	
Capacidad instalada	<input type="text"/>
Poblacion actual	<input type="text"/>

REQUISITOS	SI	NO	ORIGINAL O COPIA
Aviso de Funcionamiento (tramitado ante COFEPRIS).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acta Constitutiva.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
R.F.C de la persona moral solicitante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Documento en el que se designe al encargado del establecimiento (deberá ser un profesional de la salud).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cartel con los derechos de los usuarios y criterios de exclusión visible.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Descripción del Tratamiento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Formato de consentimiento informado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Expediente clínico con lo siguiente: a) Historia clínica, b) Estudio psicosocial, c) Establecer diagnóstico de tratamiento y pronóstico, d) Auxiliares de diagnóstico y e) Hoja de referencia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Directorio de instituciones y servicios para la canalización de usuarios (proporcionado por el IAPA).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Planes y programas en materia de protección civil y/o Programa Interno de Protección Civil avalado por un tercero acreditado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carta responsiva de seguridad estructural en el que se manifieste bajo protesta de decir verdad que el inmueble cumple con las condiciones de seguridad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Croquis de la distribución de las áreas del centro de atención de adicciones y memoria fotográfica de las instalaciones (con todas las áreas).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Que cuente con un servicio de quejas y sugerencias (buzón, formatos y bitácora de seguimiento).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**CROQUIS DE LOCALIZACIÓN**

Norte

Dibujar a tinta y regla, especificando el nombre de las cuatro calles que delimitan la manzana donde se localiza el condominio o conjunto condominal, el número de la calle que le corresponde y la entrada principal si consta de varias.

Costo:	Sin costo
Fundamento Juridico	Ley para la Atención Integral del Consumo de Sustancias Psicoactivas de la Ciudad de México Artículo 50, 51, 58, 59, 64 fracción VIII Estatuto Orgánico del Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones en la Ciudad de México Artículo 27 Norma Oficial Mexicana NOM-028- SSA2-2009, para la Prevención, Tratamiento y Control de las adicciones Lineamientos para el Reconocimiento de los Servicios Residenciales de Tratamiento y Rehabilitación de las Adicciones emitidos por la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC)
Documento a obtener	Registro al Centro de Atención de Adicciones ante el Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones en la Ciudad de México.
Tiempo máximo de respuesta	Variable
Vigencia del documento a obtener	1 año
Procedencia de la Afirmativa o Negativa Ficta	No

Observaciones En la solicitud el Representante Legal del Centro de Atención de Adicciones, manifiesta bajo protesta de decir verdad que cumple con los requisitos y la normatividad aplicable para la obtención del Registro. El plazo es variable y corre a partir de que el centro ya cumplió con todos los requisitos documentales; durante este proceso se programará la visita, se harán los requerimientos necesarios entre estos la presentación o actualización de documentos y emitir resolución de procedencia o improcedencia del Registro. La vigencia del Registro sera de un año, mismo que se deberá solicitar la revalidación 15 días antes de su vencimiento. El formato TDEPP\_SRE\_1 deberá ser presentado para la solicitud de Registro al Centro de Atención de Adicciones en la Modalidad No residencial (Ambulatoria Profesional). El formato TDEPP\_SRE\_3 deberá ser presentado para la solicitud de Registro al Centro de Atención de Adicciones en la Modalidad Residencial.

REPRESENTANTE LEGAL

---

 Nombre y Firma

LA PRESENTE HOJA Y LA FIRMA QUE APARECE, FORMAN PARTE INTEGRANTE DEL TRÁMITE DE SOLICITUD PARA EL REGISTRO DEL CENTRO DE ATENCIÓN DE ADICCIONES EN LA MODALIDAD NO RESIDENCIAL (AMBULATORIO PROFESIONAL), DE FECHA \_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_.

El interesado entregará la solicitud por duplicado y conservará un ejemplar para acuse de recibo que contenga sello original y firma autógrafa del servidor público que recibe.

Recibió <i>(para ser llenado por la autoridad)</i>	
Área	
Nombre	
Cargo	
Firma	

Sello de recepción



## QUEJAS O DENUNCIAS

QUEJATEL LOCATEL 56 58 11 11, HONESTEL 55 33 55 33.

DENUNCIA irregularidades a través del Sistema de Denuncia Ciudadana vía Internet a la dirección electrónica <http://www.anticorruptcion.cdmx.gob.mx/index.php/sistema-de-denuncia-ciudadana>