



Solicitud de Registro para Establecimientos Residenciales Especializados en el Tratamiento de las Adicciones

Fecha: _____ de _____ del _____.

DATOS GENERALES:

Nombre del Establecimiento: _____

DOMICILIO:

Calle y número: _____

Colonia/Población: _____ Delegación/Municipio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ C.P.: _____

Teléfono fijo: (____) _____ Teléfono móvil: (____) _____ Ext. _____

Dirección de correo electrónico: _____

*Cuenta con Aviso de funcionamiento y Aviso de Representante Sanitario: _____

TIPO DE INSTITUCION		TIPO DE ADICCION QUE ATIENDE	
Pública () Privada ()		Alcohol () Tabaco () Drogas ()	
GENERO		CATEGORIAS POR EDAD	
Mujeres () Hombres ()		Adolescentes () Adultos ()	
COBERTURA		CAPACIDAD DEL CENTRO	
Local () Municipal () Estatal () Nacional () Internacional ()		Número de Camas ()	
DIAS DE SERVICIO			
Lunes a Viernes () Toda la Semana ()			
MODELO DE TRATAMIENTO			
Ayuda Mutua ()		Mixto ()	Profesional ()

*Por tratarse de establecimiento especializado en el tratamiento de las adicciones, se considera de Atención Medica.



ENCARGADO DEL ESTABLECIMIENTO

Deberá ser **Preferentemente** una persona con por lo menos 2 años de experiencia en el proceso de rehabilitación y 1 año de experiencia como encargado. Además como requisito deberá presentar **examen antidoping** y carta de recomendación que respalde su experiencia como encargado.

DATOS DEL ENCARGADO DEL ESTABLECIMIENTO

NOMBRE: _____

DIRECCION: _____

COLONIA: _____ TELEFONO: _____

CIUDAD: _____

TIEMPO REHABILITADO: _____ EXPERIENCIA: _____

DOCUMENTOS ANEXOS:

ACTA CONSTITUTIVA AVISO DE FUNCIONAMIENTO O AVISO DE RESPONSABLE SANITARIO

SOLICITUD DE VISITA CEDULA DE EVALUACION (Acreditada mínimo con 85%) 5 ENTREVISTAS A USUARIOS

FOTOGRAFIAS Y CROQUIS DEL ESTABLECIMIENTO CARTA AVAL Y ANTIDOPING DEL ENCARGADO DEL ESTABLECIMIENTO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS RFC

(Documento en el que se describen las fases del tratamiento en orden lógico y secuencial)

OBSERVACIONES: _____

Datos de Encargado del establecimiento	Datos del Trabajador del IPEBC
Nombre:	Nombre:
Cargo:	Cargo:
Firma	Firma