**COMISIÓN DE OPERACIÓN SANITARIA**

|  |
| --- |
| ACTA DE VERIFICACIÓN SANITARIA PARA ESTABLECIMIENTOS CON MASTOGRAFÍA |

En \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ siendo las \_\_\_\_\_ horas del día 25 del mes de \_\_\_\_ de 20\_\_, en cumplimiento a la orden de visita de verificación número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de fecha 25 de septiembre de 2023, emitida por el \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, en su carácter de Director De Protección Contra Riesgos Sanitarios, el(los) Verificador(es) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, adscrito(s) a la Comisión de Operación Sanitaria, quien (es) se identifica(n) con credencial(es) número(s) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con fotografía, vigente(s) al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_expedida(s) el \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, por el Dr. Sergio Arturo Jiménez Urgell , en su carácter de Director de Protección Contra Riesgos Sanitarios , que me(nos) acredita(n) como verificador(es) sanitario(s) con fundamento en los Artículos 4 fracción II inciso d, 11 fracciones IX, XI y XIV, y 15 fracción IV del Reglamento de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios y 396, 399, 400 y 401 fracción I de la Ley General de Salud. Constituido(s) en el establecimiento denominado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con RFC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ubicado en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ número \_\_\_, Colonia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, marcación Territorial o Municipio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Código Postal \_\_\_\_\_\_\_\_, correo electrónico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, teléfono,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , circunstancias que constaté(amos) visualmente y solicitando la presencia del propietario, representante legal, responsable, encargado u ocupante que atiende la visita, dijo llamarse \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y se identifica con \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con domicilio en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y manifiesta ser el (la) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del establecimiento, quien recibe original de la presente orden, con firma autógrafa en tinta azul, de la autoridad sanitaria que la emite, en términos del artículo 399 de La Ley General de Salud, se le exhorta para que corrobore que la(s) fotografía(s) que aparece(n) en dicha(s) credencial(es) concuerda(n) con los rasgos fisonómicos del(los) que actúa(n). Acto seguido se le hace saber el derecho que tiene para nombrar a dos testigos de asistencia, y en caso de no hacerlo, éstos serán designados por el(los) propio(s) verificador(es), quedando nombrados como testigos por parte del o (la) C. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, quienes deberán estar presentes durante el desarrollo de la visita, el(la) C. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_quien se identifica con \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con domicilio en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y el(la) C.\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ quien se identifica con \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con domicilio en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Acto seguido y habiéndose identificado plenamente los participantes en esta diligencia, en presencia de los testigos se le hace saber el objeto y alcance de la visita que se indica en la orden de verificación descrita anteriormente, y visto el contenido se procede a practicar la diligencia de verificación sanitaria en el establecimiento en los términos siguientes:

***Objeto y alcance de la orden de verificación sanitaria (Transcribir)***

**Objeto**: VERIFIACIÓN PARA CONSTATAR LAS CONDICIONES SANITARIAS DEL ESTABLECIMIENTO.

**Alcance Uno:** VISITA DE VERIFICACIÓN PARA CONSTATAR LAS CONDICIONES SANITARIA DEL ESTABLECIMIENTO; FUNCIONAMIENTO DE LOS EQUIPOS Y GENERADORES DE RADIACIÓN IONIZANTE (RAYOS X), PROCESOS, EQUIPOS Y DISPOSITIVOS, DE PROTECCIÓN, SEÑALAMIENTOS, DOCUMENTACIÓN LEGAL Y TÉCNICA QUE AMPARE EL FUNCIONAMIENTO DEL ESTABLECIMIENTO; INFORMES, REGISTROS, MANUALES, PROCEDIMIENTOS, DEL PERSONAL, TRANSPORTE, CONTROLES Y DISPOSICIÓN FINAL DE LOS RESIDUOS GENERADOS; DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO EN LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM 229- SSA1-2002 SALUD AMBIENTAL. REQUISITOS TÉCNICOS PARA LAS INSTALACIONES, RESPONSABILIDADES SANITARIAS, ESPECIFICACIONES TÉCNICAS PARA LOS EQUIPOS Y PROTECCIÓN RADIOLÓGICA EN ESTABLECIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO MÉDICO CON RAYOS X.NOM-041-SSA2-2011, PARA LA PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, CONTROL Y VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL CÁNCER DE MAMA **Alance Dos:** EN CASO DE ENCONTRAR IRREGULARIDADES EN EL ESTABLECIMIENTO O EN LOS PRODUCTOS, O RIESGOS A LA SALUD DE LA POBLACIÓN APLICAR LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD QUE CORRESPONDA, CON FUNDAMENTO EN LOS **ARTÍCULOS 397, 402, 411, 412, 414 Y 414 BIS DE LA LEY GENERAL DE SALUD**. **Alance Tres:** PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES, EL PERSONAL DESIGNADO PODRÁ REALIZAR TOMA FOTOGRÁFICA DEL ESTABLECIMIENTO, DE LOS PRODUCTOS O DE LAS ACCIONES QUE SE REALICEN EN CUMPLIMIENTO A LA PRESENTE ORDEN.

**Información Administrativa**

Nombre del propietario del establecimiento o representante legal:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Precisar si es el Propietario o el Representante Legal)

Nombre, profesión y cargo de la persona que dirige el establecimiento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Con giro o actividades de: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tipo de establecimiento: Público \_\_\_\_\_\_, Privado\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Especificar Institución a la que pertenece: (Secretaría de Salud, Instituto Mexicano de Seguridad Social, ISSSTE, SM, Secretaría de la Defensa Nacional, PEMEX u otros).\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Días laborales: **L M M J V S D**

Horario de labores: de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ hrs.

Turnos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número total de empleados: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de empleados en área de servicio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Instrucciones:

Se deberán anotar los valores dentro del cuadro en blanco que conforman la columna denominada “Valor”, de acuerdo a la calificación que amerite cada inciso según corresponda.

***Instrucciones:***

Se deberán anotar los valores dentro de los cuadros en blanco que conforman la columna denominada “Valor”, de acuerdo a la calificación que amerite cada inciso según corresponda, así como los hechos que se identifiquen durante la visita de verificación sanitaria

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **CALIFICACIÓN:** | **(2) Cumple Totalmente** | **(1) Cumple Parcialmente** | **(0) No cumple** | **(---) No aplica** |

| **PUNTO A VERIFICAR** | **Valor** |
| --- | --- |
| **I. Generalidades** |  |
| 1. Cuenta con licencia sanitaria vigente y se encuentra en lugar visible al publico
 |  |
| 1. Cuenta con Responsable de la Operación y Funcionamiento (ROF)
 |  |
| 1. El ROF cuenta con Permiso Sanitario, vigente, se encuentra en lugar visible al publico
 |  |
| **II. Manuales** |
| 1. Dispone de manuales actualizados de protección y seguridad radiológica, y de procedimientos técnicos en mastografía (este último autorizado por el Titular del establecimiento y/o el ROF)
 |  |
| **III. Responsabilidades Generales** |  |
| 1. Las solicitudes de los estudios prescritos por el médico tratante, cuenta con nombre, cedula profesional, fecha de prescripción y están debidamente firmadas por éste.
 |  |
| 1. El médico radiólogo entrega junto con cada estudio mastográfico un informe fechado de la evaluación radiológica, avalado con su nombre, cédula profesional y firma.
 |  |
| 1. El Personal Ocupacionalmente Expuesto (POE) cuenta y utiliza los equipos y accesorios de protección radiológica adecuados al trabajo que realiza.
 |  |
| 1. El resultado de estudio de mastografía de tamizaje y diagnostica se realiza de acuerdo con la última clasificación de BIRADS.
 |  |
| **IV. Programa de Garantía de Calidad** |  |
| 1. Cuenta con un Programa de Garantía de Calidad.
 |  |
| 1. Cuenta con un Responsable del Programa de Garantía de Calidad (El titular, responsable o AESR).
 |  |
| 1. Presenta registros de la calendarización, fechas y resultados de las prácticas de vigilancia, del control de calidad, las dificultades encontradas, las medidas correctivas aplicadas, fecha de aplicación, efectividad y evaluación del programa
 |  |
| **V. Instalaciones del Establecimiento** |  |
| 1. El establecimiento cuenta con:
* Sala de espera
* Sala de rayos X
* Área de consola de control
* Vestidores y sanitarios para pacientes
* Área de almacenamiento de película
* Cuarto oscuro
* Área de interpretación
* Área de preparación de medios de contraste
 |  |
| 1. Cuenta con carteles en las salas de espera, para alertar a las pacientes con sospecha de embarazo, con la leyenda **“SI EXISTE LA POSIBILIDAD DE QUE USTED SE ENCUENTRE EMBARAZADA, INFORME AL MEDICO O AL TECNICO RADIOLOGO ANTES DE HACERSE LA RADIOGRAFIA”.**
 |  |
| 14. Se cuenta con los siguientes aditamentos para el diagnóstico: rejilla fenestrada, magnificador, paletas de compresión |  |
| 1. Solo en caso de realizar biopsia: se cuenta con estereotaxia digital o analógica calibrada.
 |  |
| 1. La interpretación de las placas de mamografía se realizan en un negatoscopio, diseñado específicamente para este tipo de placas y se emplean mascarillas.
 |  |
| 1. Los estudios de mamografía son supervisadas por un médico especialista en radiología con cedula profesional con entrenamiento específico en mama mayor de seis meses, con reconocimiento de una Institución de salud o por un médico especialista con entrenamiento para este fin.
 |  |
| 1. El personal que interpreta las mastografías, cuenta con una productividad de 2,000 estudios anuales.
 |  |
| 1. El personal técnico cuenta con capacitación específica para realizar mamografía diagnostica supervisada en curso con duración mínima de dos meses con reconocimiento oficial de una institución de salud.
 |  |
| **VI. Cuarto oscuro** |  |
| 1. El equipo de revelado automático cuenta con un programa de control de calidad.
 |  |
| 1. El cuarto oscuro cuenta con sistema de inyección y extracción de aire al exterior, ambos funcionando.
 |  |
| 1. Se cuenta con un filtro en los ductos de aire.
 |  |
| 1. En el cuarto oscuro no penetra la luz.
 |  |
| 1. Concuerda la sensibilidad de las placas con la característica de los chasis.
 |  |
| 1. El techo del cuarto oscuro es de material que no se descame, los muros están pintados en un color claro mate y además se encuentran en buen estado de acabado y conservación.
 |  |
| 1. El piso del cuarto oscuro es anticorrosivo, impermeable y antideslizante.
 |  |
| 1. Se observa un manejo adecuado de los productos químicos dentro del establecimiento.
 |  |
| **VII. Área de almacenamiento** |  |
| 1. El lugar de almacenamiento de las películas es adecuado.
 |  |
| 1. Las películas se almacenan de canto.
 |  |
| 1. La caducidad de las películas es vigente.
 |  |
| **VIII. Personal Ocupacionalmente Expuesto (POE)** |
| 1. El Personal Ocupacionalmente Expuesto, cuenta con:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE DEL POE** | **EXPEDIENTE** | **DOSIMETRÍA** | **VIGILANCIA MEDICA** | **CAPACITACIÓN****EN SEGURIDAD RADIOLÓGICA** | **TITULO O CEDULA PROFESIONAL** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

 |  |

|  |
| --- |
| **Pruebas de Calidad** |
| **NITIDEZ Y UNIFORMIDAD DE LOS NEGATOSCOPIOS.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| IDENTIFICACIÓN DEL NEGATOSCOPIO | UBICACIÓN | **LECTURAS (Cd/m2)** |
|  |  | CENTRO | INFERIOR IZQUIERDO | INFERIOR DERECHO | SUPERIOR IZQUIERDO | SUPERIOR DERECHO |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

 |
| **Sala de rayos X. Mamografía** |
|  |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Generador** | **Tubo** |
| **Marca** |  |  |
| **Modelo** |  |  |
| **Serie** |  |  |
|  |  |  |

 |
|  |
| **PUNTO A VERIFICAR** | **Valor** |
| El generador cuenta con etiqueta de identificación |  |
| El tubo cuenta con etiqueta de identificación |  |
| El colimador cuenta con etiqueta de identificación |  |
| La consola de control cuenta con etiqueta de identificación |  |
| Qué tipo de corriente es el generador:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha de adquisición del equipo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha de instalación del equipo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Tamaño del punto focal (mm):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cuenta con póliza de mantenimiento ( nombre y teléfono de la empresa contratada):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Orden de servicio del último mantenimiento(mes y año):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| Cuenta con registro de las pruebas de control de calidad del equipo |  |
| Cuenta con las pruebas de aceptación del equipo de cuando se instaló éste. |  |
| Cuenta con las pruebas de control de calidad del equipo, realizadas en los últimos cinco años |  |
| Se cuenta con manual de instalación del equipo en español |  |
| Se cuenta con manual de operación del equipo en español |  |
| Se cuenta con manual de mantenimiento del equipo en español |  |
| La sala no presenta problemas de conservación y mantenimiento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| Las películas se imprimen con fecha, nombre del establecimiento, nombre del paciente y clave o iniciales del técnico radiólogo y parámetros de exposición. |  |
| El paciente se observa desde la consola de control. |  |
| En el exterior de puertas de acceso a la sala de rayos x existe indicador de luz roja señalando presencia de radiación.  |  |
| Existe letrero que prohíba la entrada a la sala de rayos x *“Cuando la luz este encendida solo puede ingresar personal autorizado”.*   |  |
| Existe símbolo internacional de radiación Con la leyenda *“Radiaciones zona - controlada”.* |  |
| En el interior de la sala existen letreros que indiquen la permanencia de un solo paciente *“En esta sala solamente puede permanecer un paciente a la vez”.*  |  |
| En puertas de sanitarios y vestidores que tienen acceso directo a la sala de rayos x se cuenta con leyendas precautorias *“No abrir esta puerta a menos que lo llamen”.* |  |
| La mampara de la sala de rayos X es fija. |  |

**Blindajes (Uno por cada sala). Medición de los Niveles de Radiación**

Especificar la ubicación del equipo, consola de control, bucky de pared, cuarto oscuro, sala de interpretación, vestidor, etc.

Especificar las colindancias.

Enumerar los puntos a medir.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No. de Sala** | **Monitor De Radiación**  | **Cámara de Ionización o detector** | **Técnica a utilizar** |
|  | **MODELO \_\_\_\_\_\_\_**  | **N/S\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **kV** | **mAs** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Describa los puntos de medición** | **Lectura(µR)** |  | **Describa los puntos de medición** | **Lectura(µR)** |
| **1** |  |  |  | **8** |  |  |
| **2** |  |  |  | **9** |  |  |
| **3** |  |  |  | **10** |  |  |
| **4** |  |  |  | **11** |  |  |
| **5** |  |  |  | **12** |  |  |
| **6** |  |  |  | **13** |  |  |
| **7** |  |  |  | **14** |  |  |

XII. Puntos de medición indispensables:

Consola, colindancias, bucky de pared, puertas, traslapes, juntas, marcos, inconsistencias constructivas, piso superior e inferior en caso de que se encuentren ocupados, cuarto oscuro, etc.

**Carga de Trabajo (NO OMITIR NINGUN DATO)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SALA** |  | LA TÉCNICA MÁXIMA UTILIZADA ES |
| JORNADA LABORAL DIARIA (HORAS) |  |  |  \_\_\_\_\_\_\_ kV \_\_\_\_\_\_\_ mAs  |
| DÍAS LABORADOS POR SEMANA |  |  | NOMBRE DEL RESPONSABLE DE PROPORCIONAR LA INFORMACIÓN |
| NÚMERO DE PACIENTES POR DÍA |  |  |  |
| NÚMERO DE DISPAROS POR PACIENTE |  |  | NOMBRE Y FIRMA DEL OPERADOR**BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD** |

**Evaluación de calidad para equipos de rayos X. Mamografía**

|  |  |
| --- | --- |
| **No. de Sala** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Medidor de mAs | Cámara de Ionización |
| Modelo\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Serie\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Modelo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Serie\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Monitor De Radiación | Herramienta de prueba para compresión |
| Modelo\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Serie \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Modelo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Serie\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Medidor de iluminación |  |  |
| Modelo\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Serie \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |

| **PUNTO A VERIFICAR** | **Valor** |
| --- | --- |
| **A ) Indicación Visual de Parámetros y Funcionamiento Mecánico** |
| La consola de control cuenta con el factor técnico de kV. |  |
| La consola de control cuenta con el factor técnico de mAs. |  |
| La consola de control cuenta con el factor técnico de focos (L/S). |  |
| La consola de control cuenta con el factor técnico de nivel de densidad. |  |
| La consola de control cuenta con el factor técnico CAE. |  |
| Se cuenta con señal de exposición auditiva. |  |
| Se cuenta con señal de exposición visual. |  |
| El equipo está diseñado específicamente para mamografía. |  |
| Se cuenta con dispositivo de compresión de mama. |  |
| Se utiliza chasis y placas radiográficas específicas para mamografía. |  |
| El procesador de revelado automático está ajustado para el servicio de mamografía. |  |
| Se cuenta con iluminación para delimitar el campo de radiación. |  |
| El movimiento de la unidad mamografía (soporte, tubo, coraza) es adecuado. |  |
| El movimiento del bucky (movimientos verticales y de rotación) es adecuado. |  |
| El movimiento de la bandeja de compresión es adecuado. |  |
| El freno de la unidad mamografía (soporte, tubo, coraza) es adecuado. |  |
| El freno del bucky (movimientos verticales y de rotación) es adecuado. |  |
| El freno de la bandeja de compresión es adecuado. |  |

**B ) Exactitud y reproducibilidad de la tensión (kV)**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Medidor de Kvp** |
| **mAs** | **Foco nominal** | **modelo** | **serie** |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **kV nominal** | **25** | **28** | **30** |
| **kV medido** | **kVp1** |  |  |  |
| **kVp2** |  |  |  |
| **kVp3** |  |  |  |
| **kVp4** |  |  |  |
| **kVp5** |  |  |  |

**C ) Calidad del haz (CHR)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **kV** | **mAs** | **Distancia Bucky-Cámara** | **DistanciaFoco-Cámara** | **EspesormmAl** | **LECTURA (mR)** |
|  |  |  |  | **0.0** |  |
|  |  |  |  | **0.1** |  |
| **28** | **100** | **5 cm** |  | **0.2** |  |
|  |  |  |  | **0.3** |  |
|  |  |  |  | **0.4** |  |
|  |  |  |  | **0.0** |  |

#####  **D ) Alineación**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Enviar la placa****de esta Prueba** | **kV** | **mAs** | **DistanciaFoco-Receptor** | **Tamaño del Campo de luz (en cm)** | **OBSERVACIONES** |
| Coincidencia del campo luminoso con el campo de radiación  | 26 | 15 |  | X |  |
| Alineación del campo de radiación con el receptor de imagen | 26 | 15 |  | X |  |

**E ) Calidad de imagen**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CAE/Manual** | **kV** | **mAs** | **Ánodo/filtro** | **Control de densidad** | **CAE** | **Tamaño del chasis** | **D.O. fondo** | **D.O. disco** | **D.O. punto adyacente** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**F ) Dosis en la glándula mamaria**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **kV** | **mAs** | **DFI** | **Control de densidad** | **Punto focal** | **compresión** | **exposición** |
|  |  |  |  |  |  |  |

**G ) Condiciones de visualización en la sala de interpretación.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Luxes**  |  |
|

 **H ) Compresión**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Fuerza de compresión nominal (Kg)** | **Fuerza de compresión medida (Kg)** | Automática (Si/No)  | Indicador de la fuerza de compresión (Si/No)  |
| Modo manual |  |  |  |  |
| Modo automático |  |  |  |  |

**I ) Control automático de exposición (CAE).**

 **Reproducibilidad**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  **No de chasis** | **Tamaño del chasis** | **Espesor (cm)** | **Control de densidad** | **Fuerza de Compresión** | **Modo de operación** |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| medida | Ánodo/filtro | kVp | mAs | DO |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |

**J) Control automático de exposición (CAE)**

 **Desempeño**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No de chasis** | **Tamaño del chasis** | **Control de densidad** | **Fuerza de Compresión** | **Modo de operación** |
|  |  | **0** |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Espesor (cm)** | **Ánodo/filtro** | **kVp** | **mAs** | **DO** |
| 2 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |

**K ) Control automático de exposición (CAE)**

 **Control de densidad**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No de chasis** | **Tamaño del chasis** | **Fuerza de Compresión** | **Modo de operación** |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Control de densidad** | **Ánodo/filtro** | **kVp** | **mAs** | **DO** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**L) Contacto película pantalla**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **kV** | **DFI** | **mAs** |
| **28** |  | **5** |

**Identificar y enviar las placas, tomar una muestra representativa del total de los chasis**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Número** | **Tamaño de chasis** | **Marca del chasis** | **Observaciones** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

***\*Se requiere que el valor de la densidad óptica de estas placas esté entre 0.7 – 0.8***

**M) Temperatura del revelador**

|  |
| --- |
| **Temperatura**  |
| *Fabricante (oC)* | *Nominal (oC)* | *Medida (oC)* |
|  |  |  |

**N) Luz de seguridad**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Película**  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Luz de seguridad****(serie)** |  | **Luz de seguridad****(serie)** |  |
| *Paso* | *Densidad óptica* | *Paso* | *Densidad óptica* |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**OBSERVACIONES GENERALES**

(Debe: describir la ubicación del establecimiento y de las áreas que lo conforman)

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Estos datos deberán estar justificados en el apartado de observaciones.

|  |  |
| --- | --- |
| **Medidas de Seguridad Sanitaria (Marque con una X en SI o NO)** |  |
| 1. Se aplica medida de seguridad sanitaria | SI | NO |
| 2. Aseguramiento de productos u objetos | SI | NO |
| 2.1 Número de folio de los sellos de aseguramiento utilizados: |
| 3. Suspensión de trabajos o servicios | SI | NO |
| 3.1 Número de folio de los sellos de suspensión utilizados: |
| 4. Reubicación de sellos de aseguramiento y/o suspensión  | SI | NO |
| 4.1 Número de folio de sello(s) reubicado(s): |
| 5. Se retira y/o levanta la medida de seguridad sanitaria aplicada | SI | NO |
| 5.1 Número de folio de los sellos de aseguramiento retirados. |
| 5.2 Precisar las acciones realizadas con los sellos de aseguramiento retirados. |
| 5.3 Número de folio de los sellos de suspensión retirados. |
| 5.4 Precisar las acciones realizadas con los sellos de suspensión retirados. |

|  |
| --- |
| **Anexos (Marque con una X en SI o NO)** |
| A. Se anexa documentación | SI | NO |
|  A.1 Número de anexos: |
| A.2 Describir anexos: |

Leído lo anterior, se hace saber al interesado el derecho que tiene de manifestar lo que a sus intereses convenga con relación a los hechos contenidos en ~~el~~ la presente acta de verificación sanitaria con fundamento en el artículo 401 fracción IV de la Ley General de Salud; o bien, por escrito hacer uso de tal derecho dentro del término de cinco días a partir del día siguiente de la presente diligencia, con fundamento en el artículo 68 de la Ley Federal del Procedimiento Administrativo de aplicación supletoria. En uso de la palabra el C. **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** hace constar que recibe original de la orden de verificación sanitaria, con firma autógrafa en tinta azul, de la autoridad sanitaria que la emite; objeto de la presente acta de verificación sanitaria y que identificó plenamente al(los) verificador(es) para tal efecto, y con relación a los hechos que se asientan en la misma manifiesta lo siguiente:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**Autorización de notificaciones electrónicas**

De conformidad con lo establecido en el artículo 35 de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo vigente y con el objeto de facilitar y agilizar el seguimiento al presente acto de verificación sanitaria, yo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ solicito de manera expresa recibir de forma electrónica a través de la(s) dirección(es) de correo electrónico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ todas las comunicaciones y/o notificaciones sobre el seguimiento, resolución, sanción o cualquier otra decisión o requerimiento, que emane de la presente visita de verificación sanitaria con número de acta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; por lo que deberé revisarlos de manera permanente, mantenerlo(s) con la capacidad (espacio virtual) suficiente para recibir los mensajes y documentos; así como en revisar siempre la bandeja de correos no deseados o “spam” para en su caso identificar algún correo electrónico emitido por esta Autoridad Sanitaria y que no haya ingresado a la bandeja principal de los correos electrónicos antes establecidos.

Firma y nombre completo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Identificación (Tipo y Número) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Previa lectura del acta de verificación sanitaria ante todos los participantes, visto el contenido de la misma y sabedores de los delitos en que incurren los falsos declarantes ante la autoridad administrativa, la presente diligencia se cierra siendo las **\_\_\_\_** horas con **\_\_\_\_** minutos del día **\_\_\_\_**, mes **mayo**, de 20**22**, firmando los que en ella participan para todos los efectos legales a que haya lugar, dejándose copia de todo lo actuado consistente en **15** hojas en poder del C.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **INTERESADO**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nombre y firma | **TESTIGO**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nombre y firma | **TESTIGO**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nombre y firma  |
| **VERIFICADOR SANITARIO**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nombre y firma | **VERIFICADOR SANITARIO**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nombre y firma |  **VERIFICADOR SANITARIO**Ing. Antonio Torres Briceño\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nombre y firma |