

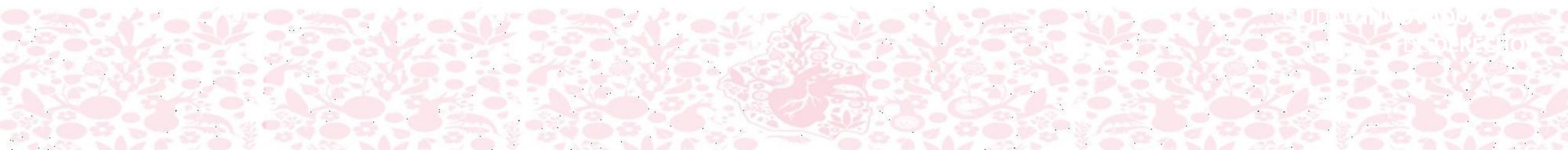


CIUDAD DE MÉXICO
CAPITAL DE LA TRANSFORMACIÓN

SSCDMX
AGENCIA DE PROTECCIÓN SANITARIA

Agencia de Protección Sanitaria del Gobierno de la Ciudad de México

BUENAS PRÁCTICAS SANITARIAS EN SERVICIOS DE PODOLOGÍA





CIUDAD DE MÉXICO
CAPITAL DE LA TRANSFORMACIÓN

SSCDMX
AGENCIA DE PROTECCIÓN SANITARIA

CONTENIDO

1. Objetivo
2. Marco legal
3. Definiciones
4. Buenas practicas sanitarias en servicios de podología
 - 4.1 Antecedentes y Acciones
 - 4.2 Avisos requeridos para la apertura del establecimiento
 - 4.3 Documentos para el registro y control de las atenciones
 - 4.4 Notificaciones en materia de salud
 - 4.5 Registro y controles del establecimiento
 - 4.6 Recomendaciones de infraestructura en establecimientos de podología
 - 4.7 Manejo del instrumental dentro del establecimiento
 - 4.8 Medidas de seguridad para la atención de usuarios





CIUDAD DE MÉXICO
CAPITAL DE LA TRANSFORMACIÓN

SSCDMX
AGENCIA DE PROTECCIÓN SANITARIA

OBJETIVO

- **Promover y difundir** en los trabajadores de establecimientos dedicados a la práctica de la **PODOLOGÍA** los **lineamientos y normas aplicables**, para **desarrollar e implementar** medidas de **seguridad sanitaria** dentro del local y **disminuir los riesgos y/o daños** a la salud de la población.





CIUDAD DE MÉXICO
CAPITAL DE LA TRANSFORMACIÓN

SSCDMX
AGENCIA DE PROTECCIÓN SANITARIA

MARCO LEGAL



1. **Ley General de Salud**
2. **Ley de Salud de la Ciudad de México**
3. **Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.**
4. **NOM-004-SSA3-2012**, Del expediente clínico.
5. **NOM-005-SSA3-2018**, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.
6. **NOM-024-SSA3-2012**, Sistemas de Información de Registro Electrónico para la Salud. Intercambio de Información en Salud.
7. **NOM-087-ECOL-1995**, Que establece los requisitos para la separación, envasado, almacenamiento, recolección, transporte, tratamiento y disposición final de los residuos peligrosos biológico-infecciosos que se generan en establecimientos que presten atención médica.
8. **NOM-127-SSA1-1994**, Salud ambiental, agua para uso y consumo humano-límites permisibles de calidad y tratamientos a que debe someterse el agua para su potabilización.
9. **NOM-220-SSA1-2016**, Instalación y operación de la Farmacovigilancia.
10. **NOM-240-SSA1-2012**, Instalación y operación de la Tecnovigilancia.
11. **Lineamientos Sanitarios para la Prestación de Servicios de Podología a Pacientes Ambulatorios**





DEFINICIONES

- **Agencia de Protección Sanitaria de la Ciudad de México “AGEPSA”:** Órgano Desconcentrado, Sectorizado a la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, que tiene a su cargo la regulación, control, fomento y vigilancia sanitaria en la Ciudad de México, respecto de las actividades, condiciones, sitios, servicios, productos y personas que puedan representar un daño o riesgo a la salud humana.
- **Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios COFEPRIS:** organismo desconcentrado de la Secretaría de Salud, tiene a su cargo el ejercicio de las atribuciones en materia de regulación, control y fomento sanitarios en los términos de la Ley General de Salud y demás disposiciones jurídicas aplicables.
- **Evento Supuestamente Atribuibles a la Vacunación o Inmunización (ESAVI):** Manifestaciones clínicas que ocurren después de la vacunación.
- **Eventos adversos (EA):** Cualquier situación indeseable relacionada a la atención de la persona
- **Reacciones adversas a medicamentos (RAM):** lesiones causadas por el tratamiento, no por la enfermedad de fondo y que da lugar a una hospitalización o una discapacidad.
- **Sistema Único de Vigilancia Epidemiológica: SUIVE**
- **Verificación Sanitaria:** Visita que realiza el personal de la AGEPSA a establecimientos que puedan representar un daño o riesgo a la salud humana.





CIUDAD DE MÉXICO
CAPITAL DE LA TRANSFORMACIÓN

SSCDMX
AGENCIA DE PROTECCIÓN SANITARIA

“BUENAS PRÁCTICAS SANITARIAS EN SERVICIOS DE PODOLOGÍA”





CIUDAD DE MÉXICO
CAPITAL DE LA TRANSFORMACIÓN

SSCDMX
AGENCIA DE PROTECCIÓN SANITARIA

BUENAS PRÁCTICAS SANITARIAS EN SERVICIOS DE PODOLOGÍA

ANTECEDENTES

- El **15 de febrero del año 2017**, la Ciudad de México se convirtió en la primera Entidad en contar y publicar en la Gaceta Oficial los **Lineamientos Sanitarios para la Prestación de Servicios de Podología a Pacientes Ambulatorios**.
- En consecuencia, a partir del **23 de Febrero del 2018**, la Agencia de Protección Sanitaria del Gobierno de la Ciudad de México dio inicio a **las visitas de verificación** a establecimientos que realizan actividades podológicas.
- Actualmente vigentes y de **observancia obligatoria** para todos los establecimientos de los **sectores público, social y privado**, que presten **servicios de podología** dentro de **la Ciudad de México**.





CIUDAD DE MÉXICO
CAPITAL DE LA TRANSFORMACIÓN

SSCDMX
AGENCIA DE PROTECCIÓN SANITARIA

BUENAS PRÁCTICAS SANITARIAS EN SERVICIOS DE PODOLOGÍA

ACCIONES

- La AGEPSA, como autoridad sanitaria en la Ciudad de México, es responsable de realizar actividades de supervisión para disminuir los riesgos y daños a la salud de los usuarios las cuáles son de dos tipos:

Visitas de **Fomento Sanitario**: realizadas por personal de la Agencia con el objetivo de **instruir y orientar en el cumplimiento** de buenas practicas sanitarias

Visitas de **Verificación Sanitaria**: realizadas por personal de la Agencia con el objetivo de **evaluar, notificar y aplicar las medidas de seguridad sanitaria correspondientes.**





CIUDAD DE MÉXICO
CAPITAL DE LA TRANSFORMACIÓN

SSCDMX
AGENCIA DE PROTECCIÓN SANITARIA

Avisos requeridos para la apertura del establecimiento





CIUDAD DE MÉXICO
CAPITAL DE LA TRANSFORMACIÓN

SSCDMX
AGENCIA DE PROTECCIÓN SANITARIA

BUENAS PRÁCTICAS SANITARIAS EN SERVICIOS DE PODOLOGÍA

AVISO DE FUNCIONAMIENTO

- Documento que sirve a la Secretaría de Salud para **identificar** la existencia del establecimiento, así como su giro, denominación y ubicación.
- El trámite para obtenerlo es **GRATUITO Y OBLIGATORIO** para todos los establecimientos que den atenciones en podología. Este aviso deberá **solicitarse ante la COFEPRIS 30 días antes de abrir el establecimiento.**
- Citas:
Presencial: 800 033 5050
Calle Oklahoma No. 14 Col. Nápoles
Alcaldía Benito Juárez

Virtual:

<https://www.gob.mx/tramites/ficha/aviso-de-funcionamiento-y-de-responsable-sanitario-del-establecimiento-de-servicios-de-salud-a-la-cofepris/COFEPRIS787>





BUENAS PRÁCTICAS SANITARIAS EN SERVICIOS DE PODOLOGÍA

AVISO DE RESPONSABLE SANITARIO

- Documento que **identifica al profesional (podólogo) calificado para atender los requerimientos administrativos del establecimiento** y deberá de contar con título y cédula profesional; o certificado académico validados por la Secretaría de Educación Pública*.
- El trámite se realiza simultáneamente con el Aviso de Funcionamiento

*ARTICULO 18 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

FUNCIONES DEL RESPONSABLE SANITARIO

- Dar cumplimiento a la Ley y Lineamientos en la prestación de los servicios de podología.
- Implementar las medidas de seguridad e higiene en todo el establecimiento.
- Atender las observaciones que se presenten durante la prestación de los servicios.
- Obligatoriamente realizar la notificación de enfermedades infecto-contagiosas.

gob mx

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Aviso de Funcionamiento, de Responsable Sanitario y de Modificación o Baja

Homoclave del formato FF-COFEPRIS-02	Uso exclusivo de la COFEPRIS
Número de RUPA	Número de Ingreso

Antes de llenar este formato lee cuidadosamente el instructivo, la guía y el listado de documentos anejos.
Llenar con letra de molde legible o a máquina o a computadora.
El formato no será válido si presenta tachaduras o enmendaduras en la información.

1. Homoclave, nombre y modalidad del trámite

Homoclave: _____ Nombre: _____
Modalidad: _____

2. Datos del propietario

Persona física	Persona moral
RFC: _____	RFC: _____
CURP (opcional): _____	Denominación o razón social: _____
Nombre(s): _____	Representante legal o apoderado que solicita el trámite
Primer apellido: _____	RFC: _____
Segundo apellido: _____	CURP (opcional): _____
Lada: _____	Nombre(s): _____
Teléfono: _____	Primer apellido: _____
Extensión: _____	Segundo apellido: _____
Correo electrónico: _____	Lada: _____
	Teléfono: _____
	Correo electrónico: _____

Domicilio fiscal del propietario

Código postal: _____	Localidad: _____
Tipo y nombre de vialidad: _____	Municipio o alcaldía: _____
(Por ejemplo: Avenida, boulevard, calle, camellera, camino, privada, tenencia entre otros)	Entidad Federativa: _____
Número exterior: _____ Número interior: _____	Entre vialidad (tipo y nombre): _____
Tipo y nombre de la colonia o asentamiento humano: _____	Y vialidad (tipo y nombre): _____
(Tipo de asentamiento humano por ejemplo: Condominio, hacienda, rancho, fraccionamiento entre otros.)	Vialidad posterior (tipo y nombre): _____
	Lada: _____
	Teléfono: _____
	Extensión: _____

"De conformidad con los artículos 4 y 69-M, fracción V de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, los formatos para solicitar trámites y servicios deberán publicarse en el Diario Oficial de la Federación (DOF)"

MÉXICO GOBERNADOR COFEPRIS

Contacto:
Calle Oklahoma No. 14, colonia Nípoles,
Delegación Benito Juárez, Ciudad de México,
C.P. 03810.
Teléfono 01-800-033-5050
contacto@cofepris.gob.mx



BUENAS PRÁCTICAS SANITARIAS EN SERVICIOS DE PODOLOGÍA

EXPEDIENTE ADMINISTRATIVO DEL PERSONAL

- El establecimiento **creará y resguardará el expediente administrativo** de todo el personal que laboré dentro del inmueble. En especial, el expediente de los profesionales, técnicos o auxiliares en podología, contendrá **título, cédula profesional, certificados, diplomas u otros documentos** legalmente expedidos por la autoridad educativa competente (SEP) para acreditar la preparación del personal.
- Anualmente las y los podólogos deberán de capacitarse en BUENAS PRÁCTICAS SANITARIAS EN SERVICIOS DE PODOLOGÍA, curso coordinado por la AGEPSA.



La Agencia de Protección Sanitaria del Gobierno de la Ciudad de México
a través del Programa de Capacitación

Otorga la presente

CONSTANCIA

A: XXXXXX

Por haber acreditado el Curso: “BUENAS PRÁCTICAS SANITARIAS EN SERVICIOS DE PODOLOGÍA”, con una duración de 4 horas, utilizando el material expreso de la Agencia de Protección Sanitaria del Gobierno de la Ciudad de México, presentando la evaluación correspondiente el XX/XX/XX.

Se le exhorta a seguir cumpliendo con las disposiciones normativas aplicables.

Fecha de expedición: 12/12/2022
Folio: XXXXXX

DR. ÁNGEL GONZÁLEZ DOMÍNGUEZ
Director General

CIUDAD INNOVADORA
Y DE DERECHOS

Curso y constancia otorgada por la AGEPSAGCDMX de forma GRATUITA.
No equivale a una autorización sanitaria para la prestación de dicho servicio.
La vigencia de esta constancia es de un año a partir de su fecha de expedición.



CIUDAD DE MÉXICO
CAPITAL DE LA TRANSFORMACIÓN

SSCDMX
AGENCIA DE PROTECCIÓN SANITARIA

Documentos para el registro y control de las atenciones





BUENAS PRÁCTICAS SANITARIAS EN SERVICIOS DE PODOLOGÍA

EXPEDIENTE CLÍNICO

- Documento médico legal preferentemente físico; que de acuerdo a la **NOM-004-SSA3-2012** elaborará y resguardará el establecimiento por un período de 5 años.
- Todo usuario que reciba atención y/o servicio dentro del establecimiento deberá de contar con uno.
- En caso de ser expediente electrónico, el software* deberá de estar legalmente aprobado para dicho fin.

*NOM-024-SSA3-2012, Sistemas de Información de Registro Electrónico para la Salud. Intercambio de Información en Salud

Elementos que constituyen el Expediente Clínico

1. Carpeta identificada con datos del establecimiento y el número de expediente.
2. Apartados que integran el expediente:
 - a) Historia clínica con todos sus apartados y mayor detalle a nivel de pies.
 - b) Notas de evolución, de procedimientos, de referencia o la que pалиque al caso.
 - c) Estudios auxiliares de diagnóstico
 - d) Carta de consentimiento informado por cada intervención
 - e) Notificaciones epidemiológicas o avisos del MP
 - f) Registro de transfusiones
 - g) Hoja de Enfermería
 - h) Hoja de Egreso Voluntario





BUENAS PRÁCTICAS SANITARIAS EN SERVICIOS DE PODOLOGÍA

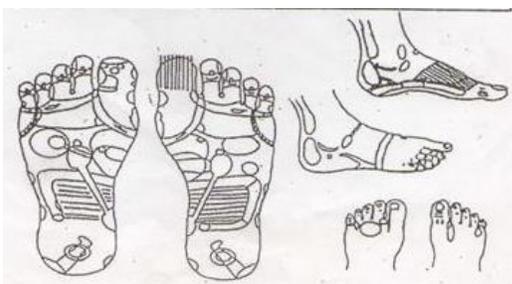
Antecedentes personales no patológicos		
• Alimentación:		
No. de comidas al día:	Calidad:	Litros de agua al día:
• Habitación:		
Piso:	Ventilación:	Iluminación:
Agua potable:	Drenaje:	Animales:
Hacinamiento:	Luz:	Gas:
Fecalismo:		
• Hábito		
Antecedentes personales patológicos		
Varicela:	Trasplantes:	
Rubéola:	Cirugías:	
Meningitis:	Transfusiones:	
Fiebre reumática:	Gineco- obstétricos:	
Difteria:	Menarca:	
Tosferina:	No. De embarazos (V/M):	
Tuberculosis:	Abortos:	

Historia Clínica

Apartado que pertenece al expediente clínico; elaborado por personal del establecimiento, quien al final colocará su nombre completo; rúbrica y cédula profesional para validarlo.

Apartados que integran la Historia clínica

1. Ficha de Identificación
2. Antecedentes heredo-familiares
3. A. personales no patológicos
4. A. personales patológicos
5. Padecimiento actual
6. Interrogatorio por aparatos y sistemas
7. Exploración física
8. Resultados previos y/o actuales de laboratorio, gabinete u otros
9. Terapéutica empleada hasta el momento
10. Diagnósticos u otros problemas clínicos





BUENAS PRÁCTICAS SANITARIAS EN SERVICIOS DE PODOLOGÍA

Notas medicas

Apartado que forma parte del expediente clínico; el cual consiste en una descripción del pasado, del estado actual y pronóstico del estado en que se encuentra la persona usuaria.

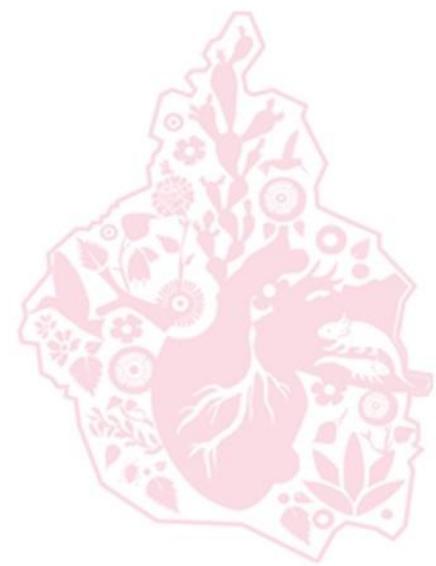
La elaboración es responsabilidad del personal del establecimiento, quien al final validará la nota con su nombre completo; rúbrica y número de cédula profesional.

Por las características del servicio existen varios tipos de notas:

- Evolución; Referencia/traslado; Urgencias, Hospitalización, de Ingreso, Pre y Post operatoria, Pre y Post anestésica, de Egreso, Alta voluntaria.

Elementos mínimos para una nota médica

1. Nombre edad y genero del paciente
2. Fecha y hora de elaboración
3. Signos vitales
4. Interrogatorio
5. Exploración física
6. Reporte de resultados
7. Diagnostico actual
8. Plan de tratamiento
9. Pronostico





BUENAS PRÁCTICAS SANITARIAS EN SERVICIOS DE PODOLOGÍA

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

- Documento con el cual el podólogo evidencia haber **explicado de manera clara, completa y precisa** los **riesgos y beneficios** de realizar o no el procedimiento; **las complicaciones** de intervenir o no la lesión y del **pronóstico esperado** de la situación actual.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

México D.F. a _____ de _____ del año _____

Yo _____ que me identifico con _____

y con domicilio en : _____

Declaro que me ha sido explicado ampliamente por el C. _____

_____ sobre los riesgos de cicatrización, infección, inflamación, intolerancia, sangrado, presencia de secreciones, complicaciones, medidas de aseo, limpieza y cuidados a seguir en caso de que el procedimiento de _____ me ocasione alguna manifestación de intolerancia, inflamación, infección que requiera de cambiar, tratar o eliminar, así como las medidas a seguir en caso de infección.

Asimismo y para el caso de los procedimientos de micropigmentación o tatuaje estoy consciente de que los mismos son irreversibles, y en caso de disminuir la percepción de éstos deberá ser mediante prácticas médicas realizadas por profesionales especializados.

Sin perjuicio de los procedimientos que se realizarán declaro tener plena capacidad conciencia y lucidez, para decidir y aceptar el procedimiento de _____ bajo mi completa responsabilidad.

Nombre y Firma

Nombre y Firma

Nombre y Firma

Datos a incluir en un consentimiento informado

- Nombre y/o denominación del establecimiento.
- Título del documento.
- Lugar y fecha del evento.
- Nombre y firma de quien otorga su autorización.
- Nombre y firma del podólogo(a).
- Nombre y firma de dos testigos.
- Nombre del acto autorizado (procedimiento que se le va a realizar).

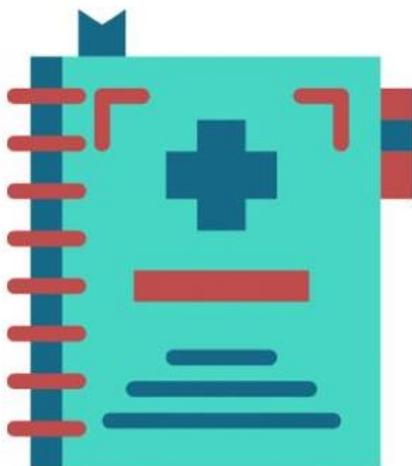




BUENAS PRÁCTICAS SANITARIAS EN SERVICIOS DE PODOLOGÍA

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

- Son los documentos que **describen todas y cada una de las intervenciones** podológicas que se realizan en el establecimiento.
- Dependerá del **Responsable Sanitario** que el establecimiento cuente con el este manual.



¿QUÉ DEBE INCLUIR?

- A cada procedimiento, actividad o servicio se le designará con un nombre específico y sin repetición.
- Incluirá una introducción (¿qué es' y ¿para qué es').
- Describirá detalladamente el procedimiento a realizar desde la recepción del usuario hasta el alta del paciente.
- Incluirá los criterios (por ejemplo: valores normales de la presión arterial en niños y adultos, cifras normales de la glucosa en sangre, etc.) para realizar o no las actividades; así como las referencias bibliográficas empleadas.
- Bibliografía utilizada.
- Fecha de elaboración o actualización del procedimiento.
- Firma de visto bueno por parte del Responsable Sanitario





CIUDAD DE MÉXICO
CAPITAL DE LA TRANSFORMACIÓN

SSCDMX
AGENCIA DE PROTECCIÓN SANITARIA

Notificaciones en materia de salud





CIUDAD DE MÉXICO
CAPITAL DE LA TRANSFORMACIÓN

SSCDMX
AGENCIA DE PROTECCIÓN SANITARIA

BUENAS PRÁCTICAS SANITARIAS EN SERVICIOS DE PODOLOGÍA

Notificación de reacciones adversas a medicamentos: RAMS

FARMACOVIGILANCIA: NOM 220

- Son todas las actividades relacionadas con la **detección, evaluación, comprensión y prevención** de las reacciones adversas, los eventos supuestamente atribuibles a la vacunación o inmunización, o cualquier otro problema de seguridad relacionado con el **uso de los medicamentos** y vacunas.

TECNOVIGILANCIA: NOM 240

- Son todas las acciones encaminadas a la **detección, evaluación, comprensión y prevención** de las reacciones, eventos, incidentes adversos o cualquier otro problema de seguridad relacionado con el **uso** conforme a la intención del fabricante **de** los dispositivos y equipos médicos.

Para ambas medidas de vigilancia se **deberá de registrar y notificar lo ocurrido**





CIUDAD DE MÉXICO
CAPITAL DE LA TRANSFORMACIÓN

SSCDMX
AGENCIA DE PROTECCIÓN SANITARIA

BUENAS PRÁCTICAS SANITARIAS EN SERVICIOS DE PODOLOGÍA

Notificación de reacciones adversas a medicamentos: RAMS

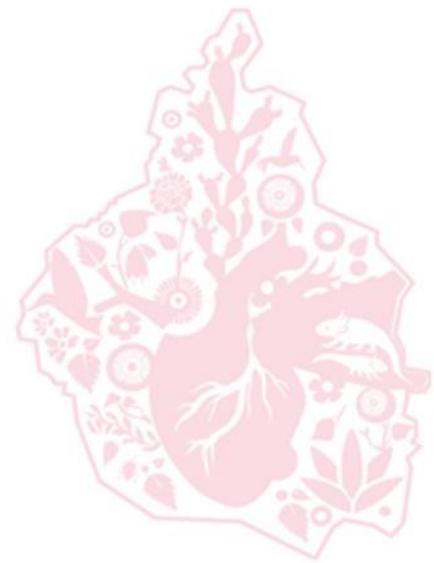
GUIAS Y FORMATOS DE NOTIFICACIÓN

El establecimiento deberá contar con los formatos, así como la descripción del procedimiento de llenado para el reporte de las posibles reacciones o eventos adversos a los medicamentos, insumos o dispositivos médicos utilizados durante los procedimientos y tratamientos.

El **Responsable Sanitario** estará obligado a **realizar el envío** de dichos reportes a la autoridad sanitaria correspondiente de acuerdo a la calendarización autorizada por la unidad de salud receptora de la información.

Ligas para la lectura de guías y revisión de los formatos

- Guías de Farmacovigilancia
<https://www.gob.mx/cofepris/documentos/guias-lineamientos-y-requerimientos-de-farmacovigilancia>
- Guía de Farmacovigilancia para realizar la notificación de Reacciones Adversas a Medicamento
[https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/541023/Guía de FV para la notificación versión 1.1.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/541023/Guía_de_FV_para_la_notificación_versión_1.1.pdf)
- Información sobre Tecnovigilancia
<https://www.gob.mx/cofepris/acciones-y-programas/antecedentes-tecnovigilancia>
- Formato de Notificación para profesionales de la salud
[https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/333479/Formato Notificaciones Profesional.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/333479/Formato_Notificaciones_Profesional.pdf)
- Formato de Notificación para Usuarios
[https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/333481/Formato Notificaciones Usuarios.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/333481/Formato_Notificaciones_Usuarios.pdf)





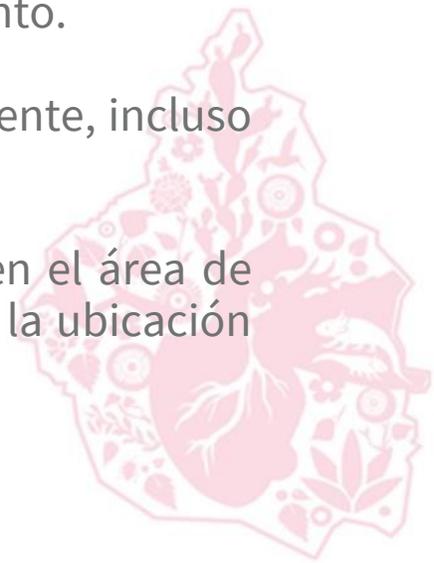
CIUDAD DE MÉXICO
CAPITAL DE LA TRANSFORMACIÓN

SSCDMX
AGENCIA DE PROTECCIÓN SANITARIA

BUENAS PRÁCTICAS SANITARIAS EN SERVICIOS DE PODOLOGÍA

REPORTE DE ENFERMEDADES INFECTO CONTAGIOSAS (SUIVE)

- Durante la atención podológica se pueden detectar múltiples enfermedades infectocontagiosas, como por ejemplo, micosis, papiloma plantar, entre otras; las cuales deben **reportarse obligatoriamente** a la Secretaría de Salud mediante el formato denominado SUIVE, este reporte se entrega de manera semanal y solo se registrarán casos nuevos detectados; es decir, si un caso ya fue reportado pero el paciente acude a la siguiente semana para control, ya no se reportara, porque esta es una atención de seguimiento.
- Los reportes de enfermedades infecto contagiosas (hojas del SUIVE) se entregarán semanalmente, incluso cuando el registro se encuentre en cero detecciones durante esa semana.
- El **Responsable Sanitario** del establecimiento será el encargado de entregar los formatos en el área de bioestadística a la Jurisdicción Sanitaria o Centro de Salud que le corresponda de acuerdo a la ubicación geográfica del inmueble.





BUENAS PRÁCTICAS SANITARIAS EN SERVICIOS DE PODOLOGÍA

REPORTE DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS (SUIVE)

- Para tener los formatos correspondientes, es necesario que acudan a la Jurisdicción Sanitaria que les corresponda, de acuerdo a la ubicación geográfica de su establecimiento y contactar al área de epidemiología para coordinar la calendarización de entrega de los reportes.

SISTEMA NACIONAL DE SALUD
Informe semanal de casos nuevos de enfermedades

Instrucciones: Llene a máquina preferentemente; remita el original al nivel jerárquico inmediato superior y conserve una copia
 Unidad: _____ Clave Unidad SUAVE: _____ Semana No. _____ del _____ de _____ al _____ de _____ de 20 _____ CLUES: _____
 Localidad: _____ Municipio: _____ Jurisdicción: _____ Entidad o Delegación: _____
 Institución: Secretaría de Salud 1 IMSS 2 ISSSTE 3 Otras (especificar) 4 _____ IMSS-Bienestar 5 SNDIF 6 PEMEX 7 SEDENA 8 SEMAR 9

Grupo	Diagnóstico y Código CIE 10a Revisión	EPI Clave	Número de casos según grupo de edad y sexo																								Total	TOTAL
			< de 1 año		1 - 4		5 - 9		10 - 14		15 - 19		20 - 24		25 - 44		45 - 49		50 - 59		60 - 64		65 Y >		Ign.			
			M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F		
ENFERMEDADES PREVENIBLES POR VACINACIÓN	MENINGITIS TUBERCULOSA (*) A17.0	44																										
	TÉTANOS (*) A34. A35	85																										
	TÉTANOS NEONATAL (*) A33	86																										
	DIFTERIA (*) A36	82																										
	TOS FERINA (*) A37	83																										
	SARAMPIÓN (*) B05	87																										
	RUBÉOLA (*) B06	32																										
	PAROTIDITIS INFECCIOSA B26	42																										
	HEPATITIS VÍRICA B (+ #) B16	38																										
	SÍNDROME DE RUBÉOLA CONGÉNITA (*) P35.0	100																										
	HEPATITIS VÍRICA A (+ #) B15	37																										
	ENTERITIS DEBIDA A ROTAVIRUS (*) A08.0	137																										
	INFECCIONES INVASIVAS POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE (*) A41.3, Q00.0, J14	99																										
	POLIOHEMITIS AGUDA (*) A80	75																										
	MENINGITIS MENINGOCOCCICA (*) A39.0	40																										
INFECCIÓN POR VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO B97.7	101																											
ENFERMEDAD INVASIVA POR NEUMOCOCCO (*) A40.3, Q00.1, J13	176																											
INFLUENZA (*) J09-J11	90																											
VARICELA (#) B01	33																											
ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS DEL APARATO DIGESTIVO	COLERA (*) A00	01																										
	FIEBRE TIFOIDEA (#) A01.0	06																										
	SHIGELOSIS A03	05																										
	INFECCIONES INTESTINALES POR OTROS ORGANISMOS Y LAS MAL DEFINIDAS A04, A09-A09 EXCEPTO A08.0	08																										
	INTOXICACIÓN ALIMENTARIA BACTERIANA (#) A05	09																										
	AMEBIASIS INTESTINAL A06.0 A06.3, A06.9	02																										
	GIARDIASIS A07.1	07																										
	OTRAS INFECCIONES INTESTINALES DEBIDAS A PROTOZOARIOS A07.0, A07.2, A07.9	03																										
	ASCARIASIS B77	04																										
	ENTEROBIASIS B80	10																										

(*) NOTIFICACIÓN INMEDIATA (+) HACER ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO (#) ESTUDIO DE BROTE





CIUDAD DE MÉXICO
CAPITAL DE LA TRANSFORMACIÓN

SSCDMX
AGENCIA DE PROTECCIÓN SANITARIA

Registro y controles del establecimiento





1. MONITOREO DE CLORO RESIDUAL LIBRE

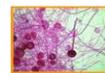
- a) Agua para uso y consumo humano
- b) Depósitos de almacenamiento
- c) Métodos de desinfección del agua
- d) Procedimientos para el monitoreo de cloro residual libre





AGUA PARA USO Y CONSUMO HUMANO

- Con referencia en la **NOM-127-SSA1-1994** “Salud ambiental, agua para uso y consumo humano-límites permisibles de calidad y tratamientos a que debe someterse el agua para su potabilización”; el agua que esté en contacto con materias primas, productos, superficies, envases y otros **NO DEBE** contener **contaminantes objetables, químicos o agentes infecciosos**.
- El **Responsable Sanitario** deberá **garantizar la potabilidad del agua** verificando que las características: biológicas, físicas y químicas del agua estén libres de agentes nocivos.



Características de potabilidad del agua:

Biológicas: libres de bacterias y patógenos. Específicamente organismos coliformes fecales y Escherichia Coli.

Físicas: sin olor, sabor, color, ni turbiedad.

Químicas: libres de sustancias químicas minerales como: el hierro y el manganeso.





DEPÓSITOS DE ALMACENAMIENTO

El agua puede contaminarse fácilmente si no se tienen los cuidados adecuados en el lavado y desinfección de los **depósitos de almacenamiento**, para ello es importante seguir las siguientes recomendaciones:

1. Los depósitos sean de un material resistente y de fácil limpieza.
2. Cuenten con tapas sanitarias envolventes que impidan la entrada de polvo, asegurando el cierre.
3. Ser lavarlos y desinfectados mínimo cada 6 meses.
4. Estar en buen estado (sin cuarteaduras, ni oxidados o fisuras)
5. Buen estado de instalaciones hidrosanitarias
6. Ser colocados en áreas libres de encharcamientos o inundaciones.





MÉTODOS DE DESINFECCIÓN DEL AGUA

1. Cloración con pastillas de hipoclorito de calcio

Es la forma mas fácil de desinfección del agua para grandes cantidades.

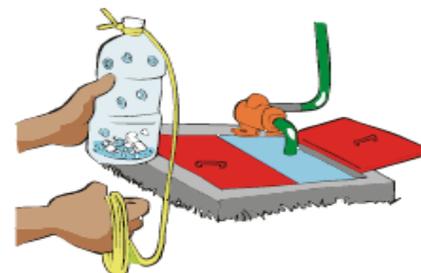
Procedimiento

1. Previamente lavado y desinfectado el deposito.
2. A una botella de plástico grande, hazle múltiples perforaciones pequeñas con un desarmador.
3. Agrega a la botella **una pastilla de hipoclorito de 7 gr por cada 3000 litros** que tenga el depósito de almacenamiento.
4. Cerrar la botella con su tapa.
5. Amarrar a la boca de la botella, una cuerda tan larga como la profundidad de la cisterna y una extensión adicional para amarrarla a un lado de la cisterna.
6. Introducir la botella a la cisterna y deja que se llene de agua, hasta que se sumerja a la parte más profunda y quede la botella parada.
7. Renovar la botella cada 6 días si el depósito de agua es de 3000 litros.



7 gramos

Pileta de 3,000 litros





MÉTODOS DE DESINFECCIÓN DEL AGUA

2. Uso de Plata coloidal*

Es una suspensión con acción bactericida de efecto prolongado, incluso mayor que el cloro; no es volátil, ni tóxico o corrosivo.

Se deben **evitar su uso cuando el recipientes es de aluminio**, ya que se pierde la efectividad del desinfectante.

Preparación

1. Agregar 2 gotas de plata coloidal por cada litro de agua en un recipiente de plástico o de vidrio.
2. Mezclar bien.
3. Esperar 30 minutos para usarla.

*Se recomienda seguir las instrucciones del producto comercial que se use.





MONITOREO DE CLORO RESIDUAL LIBRE

- Procedimiento por el cual se registra la cantidad de cloro que contiene el agua para uso humano.
- El **Responsable Sanitario** será el encargado de que el establecimiento cuente con la **bitácora** y los registros de las mediciones.

Límites permisibles de Cloro Residual

POR DEBAJO DE NORMA

< 0.19 ppm

DENTRO DE NORMA

0.2 A 1.5 ppm

ARRIBA DE NORMA

> 1.6 ppm

Comparador visual

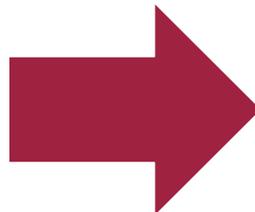




PROCEDIMIENTO PARA EL MONITOREO DE CLORO RESIDUAL LIBRE

El agua deberá provenir directamente del sistema de abastecimiento, y no se deberá monitorear si presenta fugas, ya que el agua podría correr por la parte exterior del grifo y contaminar la muestra.

1. Asegurarse que el grifo o llave esté **libre de aditamentos** como mangueras, a fin de que no interfieran; **limpiar el interior del grifo** de materiales adheridos, sobre todo si hay óxido.
2. Abrir la llave o grifo y **dejar correr** el agua por un espacio de 30 segundos a un minuto para garantizar que el agua contenida en la tubería ha sido vaciada.
3. **Enjuagar las celdas** con el agua del grifo por **tres veces** agitando el comparador; y **llenar todas las celdas hasta el límite** de marcado. Si sobrepasa la línea, agitar ligeramente para retirar el excedente. Durante el llenado evite generar burbujas, la presencia de suciedad o el empañamiento de las celdas.



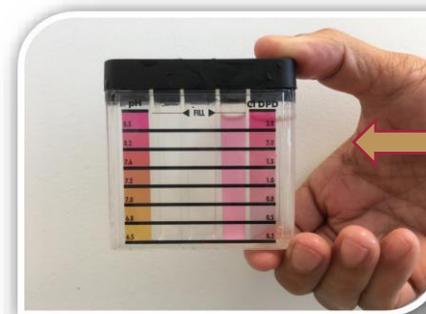


PROCEDIMIENTO PARA EL MONITOREO DE CLORO RESIDUAL LIBRE

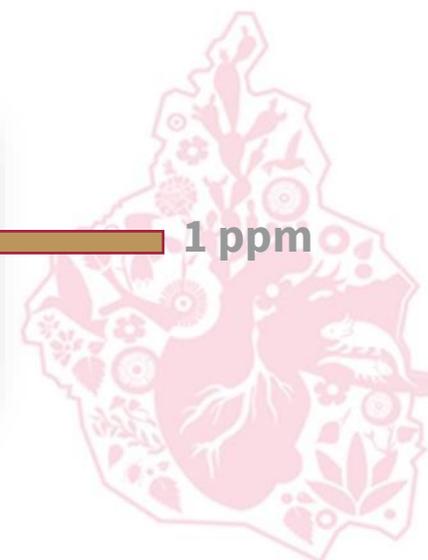
4. Agregar una pastilla de reactivo DPD1 a la celda de prueba evitando que la pastilla tenga contacto con sus manos, dedos u otra superficie



5. Comparar cada celda de prueba con su respectiva escala colorimétrica colocando un fondo blanco por detrás para observar el color que presenta el agua, y registrar el resultado.



1 ppm





PROCEDIMIENTO PARA EL MONITOREO DE CLORO RESIDUAL LIBRE

6. El contenido de las celdas podrá arrojarse al drenaje. El comparador colorimétrico deberá enjuagarse hasta que no contenga residuos. Para evitar contaminación, puede ayudarse de alcohol en spray y toallas de papel para limpiar y secar las celdas.





2. BITÁCORAS

- Dependerá del Responsable sanitario que el establecimiento, mobiliario y equipos guarden buenas condiciones de limpieza y funcionamiento.
- Para corroborar que se lleva a cabo la limpieza y desinfección de cada una de las áreas, deberán de contar con la **bitácora de limpieza** para registrar **fecha, nombre de quien realiza el aseo, nombre y firma del supervisor o responsable del área.**
- Para garantizar que los equipos o aparatos utilizados cumplan con sus funciones, es necesario que se les proporcione **mantenimiento preventivo y correctivo.** Por lo que estos mantenimientos se registraran en una bitácora, especificando **el tipo y características** del equipo, mobiliario o aparato; fecha de la realización; breve descripción de la intervención, así como **nombre del técnico, nombre y firma del responsable del equipo.**





3. CONSTANCIA DE CONTROL DE PLAGAS

- El Responsable sanitario deberá garantizar que el establecimiento sea fumigado por lo menos **una vez al año**, para ello, es necesario **contratar una empresa que cuente con licencia sanitaria** para el servicio correspondiente de fumigación.
- Se deberá resguardar la **hoja de servicio o su similar** como evidencia de cumplimiento.





4. MANEJO DE RESIDUOS – “NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002”

Para un adecuado manejo de residuos el establecimiento deberá separar los residuos en :

• Municipales

- Papel, cartón, plástico, envolturas, metales, vidrios, residuos de alimentos.



- Depositar en bolsa de cualquier color, excepto roja o amarilla contenida en bote con tapa.

• RPBI: no rebasar el 80% de la capacidad.

- AMARILLOS: tejidos, órganos y partes que se extirpan que **NO estén en formol** (piel, uñas, hueso, pus, dientes).

Bolsa para desechos sólidos – Bote para líquidos

- ROJOS: material de curación saturados de fluidos corporales (sangre, líquido sinovial, otros), desechables para aplicar, extraer almacenar o mezclar (navajas, lancetas agujas, suturas, estiletes)

Bolsa para desechos sólidos- Bote para líquidos





4. MANEJO DE RESIDUOS – “NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002”

MANIFIESTO DE RECOLECCIÓN DE R.P.B.I

- El establecimiento deberá **contratar** una empresa dedicada a la recolección de Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos (RPBI) que cuente con **autorización ante la SEMARNAT** y establecer el plan de recolección.
- El documento de constancia del servicio se denomina: **“manifiesto de entrega, transporte y recepción de residuos peligrosos”**. Este será resguardado por el establecimiento y presentarse durante una visita sanitaria.

SECRETARIA DE MEDIO AMBIENTE Y RECURSOS NATURALES SUBSECRETARIA DE GESTION PARA LA PROTECCION AMBIENTAL DIRECCION GENERAL DE GESTION INTEGRAL DE MATERIALES Y ACTIVIDADES RIESGOSAS				
SEMARNAT		RECOLECCIONES		Portillo Duarte
MANIFIESTO DE ENTREGA TRANSPORTE Y RECEPCION DE RESIDUOS PELIGROSOS				
1.- IDENTIFICACIÓN		No. DE REGISTRO SEMARNAT	No. DE MANIFIESTO	2.- PAGINA
3.- RAZON SOCIAL DE LA EMPRESA				
DOMICILIO Y C.P.				
MPIO _____ EDO _____				
4.- TELEFONO _____ LICENCIA DE SEMARNAT _____				
GENERADOR	5.- DESCRIPCION (Nombre del residuo y características CRETIB)		CONTENEDOR	CANTIDAD TOTAL DEL RESIDUO
			No. CANTIDAD	TIPO
				UNIDAD VOL/PESO
6.- INSTRUCCIONES ESPECIALES E INFORMACION ADICIONAL PARA MANEJO SEGURO				
"USAR EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL"				
7.- CERTIFICACION DEL GENERADOR				
Declaro que el contenido de este lote está total y correctamente descrito mediante el nombre del residuo, características CRETIB, bien empaquetado, marcado y rotulado, y que se han previsto las condiciones de seguridad para su transporte por vía terrestre de acuerdo a la Legislación Ambiental vigente.				
NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE _____				
TRANSPORTISTA	8.- NOMBRE DE LA EMPRESA TRANSPORTADORA ALEJANDRO PORTILLO DUARTE			
	No. DE REG. S.C.T. 21052014073601000		No. DE AUTORIZACION SEMARNAT 25-15-PS-1-02-14	
	DOMICILIO AV. GENARO SALAZAR CUELLAR N° 477, NORTE COL. MILITAR GUAMUCHIL, SINALOA TEL 01 (831) 294 57 53			
	9.- RECIBI LOS MATERIALES ESCRITOS EN EL MANIFIESTO PARA SU TRANSPORTE			
NOMBRE _____ CARGO OPERADOR FIRMA _____				
FECHA DE EMBARQUE _____ DIA _____ MES _____ AÑO _____				
10.- RUTA DESDE LA EMPRESA GENERADORA HASTA SU ENTREGA _____				
11.- TIPO DE VEHICULO _____ No. DE PLACAS Ud27723				
DESTINATARIO	12.- NOMBRE DE LA EMPRESA ALEJANDRO PORTILLO DUARTE No. DE REG. SEMARNAT 25-15-PS-II-04-13			
	DOMICILIO AV. GENARO SALAZAR CUELLAR N° 477, NORTE COL. MILITAR GUAMUCHIL, SINALOA			
	13.- RECIBI RESIDUOS DESCRITOS EN EL MANIFIESTO:			
OBSERVACIONES: _____				
NOMBRE RAMON ANTONIO DUARTE MEDINA CARGO REPRESENTANTE LEGAL FIRMA _____				
FECHA _____				
ESTE DOCUMENTO NO ES VALIDO SIN EL SELLO DE RECEPCION DEL ALMACEN Y LA FIRMA DEL ALMACENISTA				



CIUDAD DE MÉXICO
CAPITAL DE LA TRANSFORMACIÓN

SSCDMX
AGENCIA DE PROTECCIÓN SANITARIA

Recomendaciones de infraestructura en establecimientos de podología





CIUDAD DE MÉXICO
CAPITAL DE LA TRANSFORMACIÓN

SSCDMX
AGENCIA DE PROTECCIÓN SANITARIA

REQUISITOS MÍNIMOS

1. RÓTULO DE IDENTIFICACIÓN

El establecimiento deberá contar con **rótulo visible al público** con los siguientes datos:

1. Nombre del establecimiento
2. Nombre del Responsable Sanitario
3. Servicios que otorga
4. Horario de servicio del establecimiento

Al interior, todas las áreas deberán de estar rotuladas de acuerdo al servicio que prestan; así como la señalética de rutas de salida, de emergencia y restricciones de las áreas .



**CONSULTORIO PODOLÓGICO
“EL BUEN PASO”**

**HORARIO:
Lun y Jue de 09:00 a 15:00 h.**

**SERVICIOS:
Servicio podológico preventivo
Onicriptosis
Onicomiosis
Evaluación biomecánica**

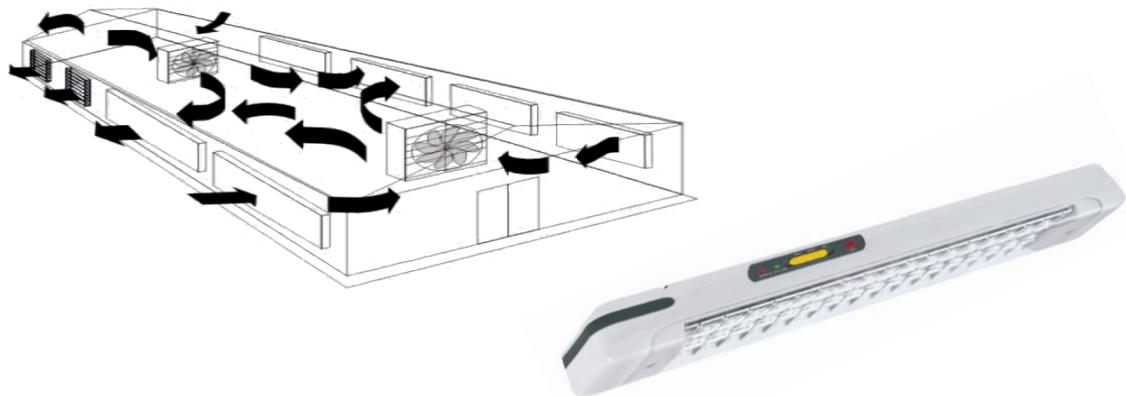
**RESPONSABLE SANITARIO
Podólogo Raúl Vega Sánchez
CP 9533127**





REQUISITOS MÍNIMOS

- De acuerdo a la **NOM-030-SSA3-2013**, las características arquitectónicas para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad se contará con accesos para personas con discapacidad y adultos mayores, los establecimientos deben contar con:



1. Pisos uniformes, con acabados de fácil limpieza y desinfección.
2. Techos y paredes interiores ambos con terminados lisos.
3. Puertas con superficie lisa; ventanas o entradas de luz provistas de protecciones para evitar la entrada de fauna nociva.
4. Contar con **lámparas de emergencia** en las áreas de tránsito
5. **Ventilación suficiente** dentro del establecimiento para evitar calor excesivo o malos olores.

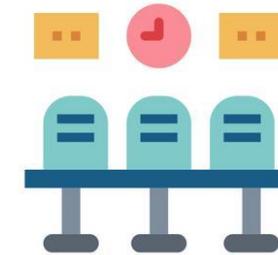




REQUISITOS MÍNIMOS

El establecimiento deberá contar con los siguientes espacios:

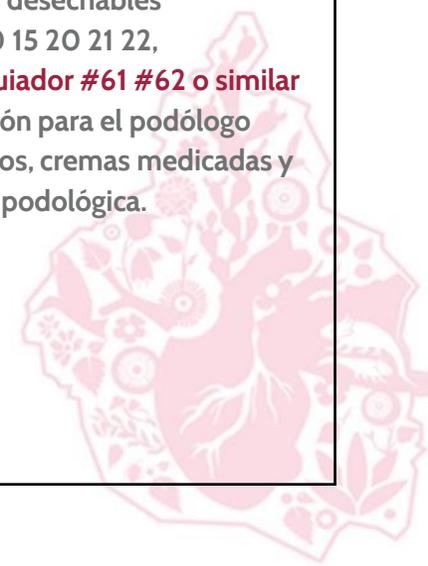
1. Sala de espera.
2. Recepción.
3. Consultorio con:
 - 3.1 Área de entrevista.
 - 3.2 Área de exploración.
 - 3.3 Lavabo funcional en el área de exploración.
 - 3.4 Espacio para recipientes de basura municipal.
 - 3.5 Espacio para RPBI.
4. Área de archivo para guardar y disponer de los expedientes.
5. Área para lavado, esterilización y almacenado de instrumental.
6. Espacio para el resguardo del equipamiento, aparatos e insumos.
7. Área para almacén de productos químicos para la atención podológica.
8. Sanitarios funcionales para pacientes y para el personal.
9. Área para implementos de aseo.
10. Área para depósito temporal de RPBI.
11. Área para depósito de residuos municipales.





REQUISITOS MÍNIMOS PARA EL ESTABLECIMIENTO

Mobiliario	Dispositivos	Insumos
<ol style="list-style-type: none"> 1. Archivero o sistema para guardar expedientes clínicos 2. Asientos para la sala de espera 3. Botiquín 4. Caja con tapa para soluciones desinfectantes, 5. Caja para hisopos 6. Cesto para basura municipal 7. Cubeta de patada 8. Espacio para pasillo biomecánico 9. Extintores con carga vigente 10. Silla para el podólogo, paciente y acompañante 11. Tarja exclusiva de lavado y desinfección de instrumental 12. Mueble de oficina para realizar la entrevista 13. Mueble o gaveta para guardar equipamiento, instrumental e insumos 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Alicates recto o curvo en chico, mediano y grande 2. Autoclave, horno de calor seco o similar 3. Caja con tapa para soluciones desinfectantes. 4. Charolas para instrumental 5. Cinta métrica 6. Cucharillas de diversos tamaños 7. Diapasón. 8. Escoplo de hojas desechables de diversos calibres 9. Estetoscopio 10. Frascos y pomaderas rotulados 11. Fresones diferentes tamaños y formas. 12. Goniómetros 13. Mandriles 14. Mangos para bisturí No. 3 o 4 15. Mangos para guiador de hojas desechables 16. Martillos de reflejos 17. Mesa de exploración o Sillón de reconocimiento podológico 18. Monofilamento de Semmes-Weinstein 19. Pedigrafo 20. Pinzas de mosquito o Kelly recta o curva 21. Podoscopio 22. Portalijas 23. Termómetro clínico 24. Torundero con tapa 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Algodón 2. Aplicadores desechables 3. Campos de protección estériles y no estériles 4. Cubrebocas 5. Desinfectantes y antisépticos 6. Hojas desechables para Escoplo de diversos calibres. 7. Gasas estériles y no estériles 8. Guantes estériles y no estériles desechables 9. Hojas de bisturí del número 10 15 20 21 22, 10. Hojas desechables para para guiador #61 #62 o similar 11. Lentes o mascarilla de protección para el podólogo 12. Soluciones, pomadas, ungüentos, cremas medicadas y no medicadas para la atención podológica. 13. Tela adhesiva 14. Vendas elásticas 15. Mandriles 16. Portaligas





REQUISITOS MÍNIMOS DENTRO DEL ESTABLECIMIENTO

BOTIQUÍN DE URGENCIAS

El establecimiento contará con botiquín de urgencias, el cual contendrá lo siguiente:

1. Algodón
2. Gasas estériles y no estériles
3. Guantes de exploración estériles
4. Jeringas desechables estériles
5. Tiras reactivas para determinación de glucosa en sangre
6. Vendas elásticas
7. Soluciones antisépticas
8. Tela adhesiva y pinzas de Kelly.
9. Medicamentos: Acido acetilsalicílico, tabletas 100 y 500 mg; Ketorolaco, solución inyectable 30 mg; Metamizol, solución inyectable 500 mg; Paracetamol, tabletas 500 mg.), anestesia local, Difenhidramina, solución oral; Epinefrina, solución inyectable 1 mg 1:1000/ml; Acetato de metilprednisolona, solución inyectable 40 mg.





CIUDAD DE MÉXICO
CAPITAL DE LA TRANSFORMACIÓN

SSCDMX
AGENCIA DE PROTECCIÓN SANITARIA

Manejo del instrumental dentro del establecimiento





MANEJO DEL INSTRUMENTAL

- Es responsabilidad del establecimiento **mantener las buenas condiciones** de funcionamiento, aseo, desinfección, esterilizado y etiquetado de todo el instrumental destinado a la atención.
- El instrumental será almacenado en un lugar seco y de bajo movimiento.
- Todo **instrumental estéril** será empleado para **un solo evento** y para **un solo paciente**.





CIUDAD DE MÉXICO
CAPITAL DE LA TRANSFORMACIÓN

SSCDMX
AGENCIA DE PROTECCIÓN SANITARIA

Medidas de seguridad para la atención de usuarios





PRESTACIÓN DEL SERVICIO

PORTAR UN GAFETE DE IDENTIFICACIÓN

Los empleados que laboren en el establecimiento deben portar gafete que los identifique como parte del personal, con los siguientes datos:

- Nombre del establecimiento
- Nombre del empleado
- Fotografía del empleado
- Puesto que desempeña
- Horario de asistencia
- Nombre y firma del Responsable sanitario



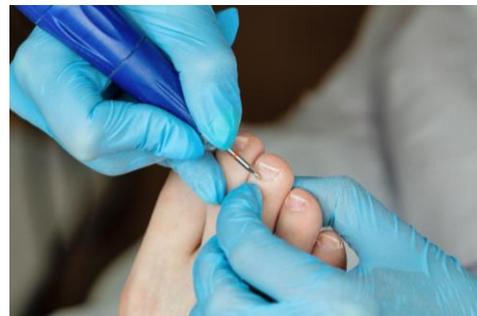


PRESTACIÓN DEL SERVICIO

PROTECCIÓN DURANTE LA ATENCIÓN

El personal deberá de utilizar el siguiente equipo de protección:

- Bata o filipina
- Guantes estériles desechables para cada persona atendida
- Cubre bocas
- Lentes de protección
- Gorro o cofia



Para realizar los procedimientos, el personal obligatoriamente deberá estar libre de alhajas, con uñas cortas, limpias y sin esmalte, cabello recogido, barba y bigote cubierto (si es el caso).





PRESTACIÓN DEL SERVICIO

PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y MANEJO DE MEDICAMENTOS

Con base en los Lineamientos Sanitarios para la Prestación de Servicios de Podología a Pacientes Ambulatorios, se tienen autorizados los siguientes procedimientos:

1. Evolución, diagnóstico y manejo del pie sano
2. Corte de uñas de las hiperqueratosis y de helomas del pie
3. Espiculotomías parciales o totales para uñas del pie, **no quirúrgicas**
4. Exfoliación de helomas e hiperqueratosis del pie
5. Colocación de correctores de la curvatura ungueal
6. Adaptación y colocación de ortesis correctoras y/o protectoras del pie
7. Colocación de ortóticos
8. Masajes o procedimientos de digitopuntura o reflexología en el pie
9. Tratamiento de lesiones cutáneas causadas por virus del papiloma humano en el pie
10. Valoraciones, diagnóstico y tratamiento **preventivo** de pie en pacientes con DM, insuficiencia arterial o venosa y otros
11. Manejo profiláctico de úlceras, heridas y lesiones de la piel del pie
12. Debridación **no quirúrgica** de la piel y uñas del pie.

Para la **prescripción de medicamentos** se deberá **de INTERCONSULTAR a un médico**; el cual deberá evaluar la necesidad; contar con recetario médico apegado a la norma técnica y proceder a la prescripción de lo requerido.





PRESTACIÓN DEL SERVICIO

MEDICAMENTOS E INSUMOS DEL CONSULTORIO

De acuerdo a la **Fracción 6 del artículo 226** de la Ley general de Salud; el establecimiento tiene autorizado **UNICAMENTE la venta y suministro de medicamentos** que No requieren de receta médica y pueden expendirse en otros establecimientos que no sean farmacias.

El establecimiento carece de autorización para la venta de medicamentos que requieran registro sanitario



REGISTRO SANITARIO





CIUDAD DE MÉXICO
CAPITAL DE LA TRANSFORMACIÓN

SSCDMX
AGENCIA DE PROTECCIÓN SANITARIA

AGENCIA DE PROTECCIÓN SANITARIA DEL GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MÉXICO

Av. Insurgentes Norte No. 423, colonia San Simón Tolnahuac,
Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06900, Ciudad de México



57400706, 57400615



@AGSANITARIA



agepsa.cdmx.gob.mx

