

**DIRECCIÓN DE PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS**  
Acta de Verificación Sanitaria Para Establecimientos de Diagnóstico Médico con Rayos X

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:

[illegible]

Acta de Verificación Sanitaria No. \_\_\_\_\_

Información Administrativa:

Nombre del propietario del establecimiento o 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 \_\_\_\_\_ horas.

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.

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

Definiciones: LGS, Ley General de Salud. RAM, Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. NOM, 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 Diagnostico Medico con Rayos X, NOM-041-SSA2-2011, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama.

I.- GENERALIDADES		
1. Cuenta con licencia sanitaria y se encuentra en lugar visible		
2. Cuenta con Responsable de la Operación y Funcionamiento (ROF)		
3. El ROF cuenta con Permiso Sanitario vigente y se encuentra en lugar visible		
II.- MANUALES		
4. Dispone de manuales actualizados de protección y seguridad radiológica, y de procedimientos técnicos (este último autorizado por el Titular del establecimiento y/o el ROF)		
III. RESPONSABILIDADES GENERALES		
5. Las solicitudes de los estudios prescritos por el médico tratante, están debidamente firmadas.		
6. El médico radiólogo entrega junto con cada estudio radiográfico un informe fechado de la evaluación radiológica, avalado con su nombre, cédula profesional y firma		
7. El Personal Ocupacionalmente Expuesto (POE), cuenta y utiliza los equipos y accesorios de protección radiológica adecuados al trabajo que realiza.		
IV. INSTALACIONES DEL ESTABLECIMIENTO		
8. El establecimiento cuenta con: <div><div><div><input type="checkbox"/> Sala de espera</div><div><input type="checkbox"/> Sala de rayos X</div><div><input type="checkbox"/> Área de consola de control</div><div><input type="checkbox"/> Vestidores y sanitarios para pacientes</div></div><div><div><input type="checkbox"/> Área de almacenamiento de película</div><div><input type="checkbox"/> Cuarto oscuro</div><div><input type="checkbox"/> Área de interpretación</div><div><input type="checkbox"/> Área de preparación de medios de contraste</div></div></div>		
9. 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 MÉDICO O AL TÉCNICO RADÍOLOGO ANTES DE HACERSE LA RADIOGRAFÍA”		
10. El cuarto oscuro cuenta con sistema de inyección y extracción de aire al exterior		
11. En el cuarto oscuro no penetra la luz.		
12. Concuerda la sensibilidad de las placas con la característica de los chasis.		
13. 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		
14. El piso del cuarto obscuro es anticorrosivo, impermeable y antideslizante.		
15. Se observa un manejo adecuado de los productos químicos dentro del establecimiento.		
16. Cuenta con un Plan de Manejo de Residuos Peligrosos.		
V. PROGRAMA DE GARANTÍA DE CALIDAD		
17. Cuenta con un Programa de Garantía de Calidad.		
18. Cuenta con un responsable del Programa de Garantía de Calidad (El titular, responsable o AESR).		
19. Presenta bitácora y registro de la evaluación del Programa de Garantía de Calidad.		
VI. ÁREA DE ALMACENAMIENTO		
20. El lugar de almacenamiento de las películas es adecuado.		
21. Las películas se almacenan de canto		
22. La caducidad de las películas es vigente.		



OBSERVACIONES GENERALES DEL NEGATOSCOPIO:

OS UNIDOS MEX

	Generador	Tubo
Marca		
Modelo		
Serie		

24. El generador cuenta con etiqueta de identificación	
25. El tubo cuenta con etiqueta de identificación	
26. El colimador cuenta con etiqueta de identificación	
27. La mesa cuenta con etiqueta de identificación	
28. La consola de control cuenta con etiqueta de identificación	
Qué tipo de corriente es el generador: _____ Tipo de estudio que se realiza: _____ Qué tipo de equipo de rayos X es? ( fijo, móvil o portátil): _____ 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): _____	
29. Cuenta con registro de las pruebas de control de calidad del equipo	
30. Se cuenta con manual de instalación del equipo en español	
31. Se cuenta con manual de operación del equipo en español	
32. Se cuenta con manual de mantenimiento del equipo en español	
33. La sala no presenta problemas de conservación y mantenimiento	
34. Las películas se imprimen con fecha, nombre del establecimiento, nombre del paciente y clave o iniciales del técnico radiólogo	
35. El paciente se observa desde la consola de control	
36. En el exterior de puertas de acceso a la sala de rayos x existe indicador de luz roja señalando presencia de radiación	
37. Existe letrero que prohíba la entrada a la sala de rayos x <i>“Cuando la luz este encendida solo puede ingresar personal autorizado”</i>	
38. Existe símbolo internacional de radiación con la leyenda <i>“Radiaciones zona - controlada”</i>	
39. En el interior de la sala existen letreros que indiquen la permanencia de un solo paciente <i>“En esta sala solamente puede permanecer un paciente a la vez”</i>	
40. En puertas de sanitarios y vestidores que tienen acceso directo a la sala de rayos x se cuenta con leyendas precautorias <i>“No abrir esta puerta a menos que lo llamen”</i>	
41. La mampara de la sala de rayos X es fija	

En caso de que la calificación sea 1, 0 ó ----, especifique porque:

[illegible]

Acta de Verificación Sanitaria No. \_\_\_\_\_

**X. BLINDAJES (EQUIPO CONVENCIONAL)**

**MEDICION DE LOS NIVELES DE RADIACION**

NOM-229-SSA1-2002 / 5.6.9

ESPECIFICAR LA UBICACION DEL EQUIPO, CONSOLA DE CONTROL, BUCKY DE PARED, CUARTO OSCURO, SALA DE INTERPRETACION, VESTIDOR, ETC. ESPECIFICAR LAS COLINDANCIAS. ENUMERAR LOS PUNTOS A MEDIR.

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO:						
No. DE SALA	MONITOR RADCAL MODELO: 9010 N/S 90-3017	CAMARA DE IONIZACION RADCAL		KV	TÉCNICA A UTILIZAR	
		MODELO: 10 x 5-180	N/S: 18601		mAs	t <sub>exp</sub>

DESCRIBA LOS PUNTOS DE MEDICION		LECTURA(μR)
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		

DESCRIBA LOS PUNTOS DE MEDICION		LECTURA(μR)
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		

PUNTOS DE MEDICION 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.  
NO OMITIR NINGUN DATO

SALA

JORNADA LABORAL DIARIA (HORAS)

DIAS LABORADOS POR SEMANA

NUMERO DE PACIENTES POR DIA

NUMERO DE DISPAROS POR PACIENTE

LA TÉCNICA MÁXIMA UTILIZADA ES

kV \_\_\_\_\_ mAs \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL RESPONSABLE DE PROPORCIONAR LA INFORMACIÓN

FIRMA DEL OPERADOR

BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD

Observaciones:



## XI. EVALUACION DE CALIDAD PARA EQUIPOS DE RAYOS X

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO:					
No. DE SALA	MEDIDOR DE $K_v$ y $t_{exp}$	CAMARA DE IONIZACION RADCAL		FOCO	GRUESO
	MODELO: 4083 N/S: 43-0335	MODELO: 40 X 5-W N/S: 48-2208			

PUNTO A VERIFICAR	Valor
<b>A. INDICACION VISUAL DE PARAMETROS Y FUNCIONAMIENTO MECANICO</b>	
La consola de control cuenta con el factor técnico de kV	
La consola de control cuenta con el factor técnico de mA	
La consola de control cuenta con el factor técnico de $t_{exp}$ .	
La consola de control cuenta con el factor técnico de mAs	
La consola de control cuenta con el factor técnico de focos (L/S)	
Se cuenta con señal de exposición auditiva	
Se cuenta con señal de exposición visual	
Se cuenta con iluminación para delimitar el campo de radiación	
El movimiento de la mesa es adecuado	
El movimiento del bucky de mesa es adecuado	
El movimiento del bucky de pared es adecuado	
El movimiento del tubo y coraza es adecuado	
El freno de la mesa es adecuado	
El freno del bucky de mesa es adecuado	
El freno del bucky de pared es adecuado	
El freno del tubo y coraza es adecuado	

**NOM-229-SSA1-2002 / 10.4.1**

Distancia Foco-Detector	mAs	Punto focal	KV nominal	kV medido
50 cm	50	Grueso	40	
			50	
			60	
			70	
			80	

NOM-229-SSA1-2002 / 10.4.3

kV	mA	t <sub>nominal</sub>	Distancia Foco-Detector	t <sub>medido</sub>
60	200	0.1s	100 cm	
	100	0.05		

En caso de no realizar alguna prueba especifique porque:

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Acta de Verificación Sanitaria No. \_\_\_\_\_

No. SALA	ESTABLECIMIENTO		MEDIDOR DE mAs	
			N. SERIE:-----	MODELO:-----
	MONITOR RADCAL 9010	CAMARA DE IONIZACION RADCAL		
	N/S: 90-3017	MODELO <u>10 x 5-6</u>	N/S: 17377	
			Foco	GRUESO

#### ***D) MEDIDA DE LINEALIDAD DE mAs***

NOM-229-SSA1-2002 / 10.4.12

Distancia Foco-Detector	kV	mA	t <sub>nominal</sub>	mAs <sub>nominal</sub>	mAs <sub>medido</sub>
100 cm	60	50	.200	10	REFERENCIA
		100	.200	20	
		200	.200	40	
		300	.200	60	
		400	.200	80	

### E) RENDIMIENTO

NOM-229-SSA1-2002 / 10.4.4

kV	mA	t <sub>exp.</sub>	mAs	Distancia Foco-Câmara	Distancia Mesa-Câmara	LECTURA (mR)
80			10	100 cm	10 cm	

## F) LINEALIDAD DEL RENDIMIENTO

NOM-229-SSA1-2002 / 10.4.5

kV	mA	t <sub>exp.</sub>	mAs	Distancia Foco-Cámara	Distancia Mesa-Cámara	LECTURA (mR)
80	50	0.4	20	100 cm	10 cm	
	100	0.2	20			
	200	0.1	20			
	250	0.08	20			
	400	0.05	20			

### G) CALIDAD DEL HAZ (CHR)

NOM-229-SSA1-2002 / 10.4.10

kV	mAs	Distancia Foco-Cámara	Distancia Mesa-Cámara	Espesor mmAl	LECTURA (mR)
80	10	100 cm	10 cm	0.0	
				1.0	
				2.0	
				2.5	
				3.0	
				4.0	

En caso de no realizar alguna prueba especifique porque:

[illegible]

Acta de Verificación Sanitaria No. \_\_\_\_\_

H) INTENSIDAD DEL HAZ DE LUZ

Luxes NOM-229-SSA1-2002 / 10.3.5.2.3	Distancia Foco-Detector 1 m		Medida realizada eliminando todas la fuentes de luz posibles	MEDIDOR DE ILUMINACION	
				MOD.: P10	SERIE: 131826

I) ALINEACION

Identificar y anexar las placas de estas Pruebas					FOCO		
	kV	mAs	Distancia Foco-Receptor	Tamaño del Campo (en cm)	OBSERVACIONES		
Coincidencia de centros NOM-229-SSA1-2002 / 10.4.6	44	5	100 cm	30X30			
Coincidencia de campos y Perpendicularidad del haz NOM-229-SSA1-2002 / 10.4.7 y 10.4.13	56	15	100 cm	18X14			
*Alineación de la rejilla antidifusora NOM-229-SSA1-2002 / 10.4.9	44	5	100 cm	30 x 30			
Densitometría	I <sub>2</sub>		I <sub>1</sub>	Centro	D <sub>1</sub>	D <sub>2</sub>	

En caso de no realizar alguna prueba especifique porque:

OBSERVACIONES GENERALES



Acta de Verificación Sanitaria No. \_\_\_\_\_

Estos datos deberán estar justificados en el apartado de observaciones.

Medidas de Seguridad		(Marque con una X)	
1. Se aplica medida de seguridad		SI	NO
2. Aseguramiento de productos u objetos		SI	NO
2.1 Número de folio de los sellos de aseguramiento:			
3. Suspensión de trabajos o servicios		SI	NO
3.1 Número de folio de los sellos de suspensión:			
4. Reubicación de sellos		SI	NO
4.1 Número de folio de sello(s) reubicado(s):			
5. Se anexa documentación		SI	NO
5.1 Número de anexos:	Describir:		

Leído lo anterior, se hace saber al interesado el derecho que tiene de manifestar lo que a sus intereses convenga y ofrecer pruebas en relación con los hechos contenidos en el acta; o bien, por escrito hacer uso de tal derecho dentro del término de cinco días hábiles a partir del día siguiente de la presente diligencia, en términos del Artículo 401 de la Ley General de Salud. En uso de la palabra el C. \_\_\_\_\_ hace constar que recibió original de la orden de visita objeto de la presente acta 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:

Prevía lectura del acta de verificación ante todos los participantes, visto el contenido de la misma y sabedores de los delitos en que incurrn los falsos declarantes ante autoridad administrativa, la presente diligencia se cierra siendo las \_\_\_\_\_ horas con \_\_\_\_\_ minutos del día \_\_\_\_\_, mes \_\_\_\_\_, de 201\_\_\_\_, firmando los que en ella participan para todos los efectos legales que haya lugar, dejándose copia de todo lo actuado consistente en \_\_\_\_\_ hojas en poder del C. \_\_\_\_\_.

EL INTERESADO

TESTIGO

TESTIGO

Nombre y firma

Nombre y firma

Nombre y firma

VERIFICADOR SANITARIO

VERIFICADOR SANITARIO

VERIFICADOR SANITARIO

Nombre y firma

Nombre y firma

Nombre y firma