

**SECRETARÍA DE GOBERNACIÓN
COORDINACIÓN NACIONAL DE PROTECCIÓN CIVIL
COMITÉ NACIONAL DE EVALUACIÓN, DIAGNÓSTICO Y CERTIFICACIÓN DEL
PROGRAMA HOSPITAL SEGURO**

Evaluación Interinstitucional

HOJA DE OBSERVACIONES GENERALES

Hospital _____ Fecha: _____

Dirección: _____

Punto	Aspecto	Observación

Nombre y firma del Coordinador del
Grupo Evaluador

Nombre y firma del Director del Hospital