

## 1. DENOMINACIÓN DEL CENTRO DE SALUD

|  |  |                                 |                                |
|--|--|---------------------------------|--------------------------------|
| Denominación del Centro de Salud   |  |                                 |                                |
| Localidad  |  | Provincia                       |                                |
| Adscrito a:  |  |                                 |                                |
| Entidad titular del dispositivo  |  |                                 |                                |
| Tipo de Centro   |  | <input type="checkbox"/> Urbano | <input type="checkbox"/> Rural |
| ¿El Centro de Salud lleva un tiempo mínimo de funcionamiento de 2 años?                    |  | <input type="checkbox"/> Sí     | <input type="checkbox"/> No    |
| Si la respuesta anterior es NO, justificar la solicitud de acreditación                    |  |                                 |                                |
| ¿Existe un Director/coordinador del Centro con normas escritas de organización del centro? |  | <input type="checkbox"/> Sí     | <input type="checkbox"/> No    |

## 2. CAPACIDAD DOCENTE DEL DISPOSITIVO

|                                |                                 |                                   |
|--------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|
| Duración estancia formativa    | Medicina Familiar y Comunitaria | Enfermería Familiar y Comunitaria |
|                                |                                 |                                   |
| Capacidad docente (turnos/año) | Medicina Familiar y Comunitaria | Enfermería Familiar y Comunitaria |
|                                |                                 |                                   |

## 3. RESPONSABLE / COLABORADOR DOCENTE DEL DISPOSITIVO

Campos obligatorios según proceda

|                   |  |              |  |
|-------------------|--|--------------|--|
| D°/D <sup>a</sup> |  | Especialidad |  |
| Otros             |  |              |  |

#### 4. COBERTURA POBLACIONAL

Indicar el número

|                                    |  |
|------------------------------------|--|
| Población por Médico de Familia    |  |
| Población por Enfermera de Familia |  |
| Población infantil por Pediatra    |  |

#### 5. RECURSOS HUMANOS

Indicar el número de profesionales

|   |   |
|---|---|
| Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria              | 0 |
| Especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria            | 0 |
| Enfermeros de Cuidados Generales                              | 0 |
| Especialistas en Pediatría y sus Áreas Específicas            |   |
| Especialistas en Enfermería Pediátrica                        |   |
| Especialistas en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona) |   |
| Odontólogos   |   |
| Trabajadores Sociales   |   |
| Otros profesionales   |   |

#### 6. ÁREA FÍSICA

Indicar el número

|  |  |
|--|--|
| N.º de Consultas de Medicina Familiar y Comunitaria  |  |
| N.º de Consultas independientes disponibles para los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria   |  |
| N.º de Consultas de Enfermería Familiar y Comunitaria  |  |
| N.º de Consultas independientes disponibles para los residentes de Enfermería Familiar y Comunitaria |  |

|  |                             |                             |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| ¿Existe sala de urgencias/cura/cirugía menor?            | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| ¿Existe disponibilidad de acceso a medios audiovisuales? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

Disponibilidad de acceso a sala para sesiones de educación para la Salud, reuniones y sesiones clínicas

|                                |   |                         |   |
|--------------------------------|---|-------------------------|---|
| Nº de Aulas                    | 0 | Nº de Sala de Reuniones | 0 |
| Otros recursos del área física |   |                         |   |

## 7. RECURSOS MATERIALES

|                                       |                             |                             |
|---------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Electrocardiografía                   | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Carro de parada                       | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Espirometría                          | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Oxigenoterapia                        | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Aerosolterapia                        | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Coagulómetro                          | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Material necesario para cirugía menor | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Pulsioxímetro                         | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Doppler vascular                      | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Ecógrafo                              | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Otros recursos                        |                             |                             |

## 8. INDICADORES DE ACTIVIDAD ASISTENCIAL

Medicina Familiar y Comunitaria

|  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| <b>Año</b>                               | 0 | <b>Año</b>                               | 0 |
| <b>Promedio diario de consultas</b>      | 0 | <b>Promedio diario de consultas</b>      | 0 |
| <b>Porcentaje de atención a demanda</b>  | 0 | <b>Porcentaje de atención a demanda</b>  | 0 |
| <b>Porcentaje de atención programada</b> | 0 | <b>Porcentaje de atención programada</b> | 0 |
| <b>Porcentaje de visita domiciliaria</b> | 0 | <b>Porcentaje de visita domiciliaria</b> | 0 |

Enfermería Familiar y Comunitaria

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| <b>Año</b>  | 0 | <b>Año</b>  | 0 |
| <b>Promedio diario de consultas</b>                                     | 0 | <b>Promedio diario de consultas</b>                                     | 0 |
| <b>Porcentaje de atención a demanda</b>                                 | 0 | <b>Porcentaje de atención a demanda</b>                                 | 0 |
| <b>Porcentaje de atención programada</b>                                | 0 | <b>Porcentaje de atención programada</b>                                | 0 |
| <b>Porcentaje de visita domiciliaria</b>                                | 0 | <b>Porcentaje de visita domiciliaria</b>                                | 0 |
| <b>Año</b>  | 0 | <b>Año</b>  | 0 |
| <b>Promedio diario de Urgencias atendidas en el Centro de Salud</b>     | 0 | <b>Promedio diario de Urgencias atendidas en el Centro de Salud</b>     | 0 |
| <b>Número de actividades grupales y actividades comunitarias al año</b> | 0 | <b>Número de actividades grupales y actividades comunitarias al año</b> | 0 |
| <b>Indicar tipo de actividades grupales y comunitarias</b>              |   |   |   |

## 9. PROGRAMAS DE SALUD

Atención a la Infancia y Adolescencia (0-14 años):

|   |                             |                             |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| <b>Vacunaciones</b>   | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| <b>Revisiones al niño sano</b>  | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| <b>Atención a la patología aguda y crónica</b>                        | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| <b>Especificar</b>  |                             |                             |
| <b>Actividades de promoción y educación para la salud</b>             | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| <b>Coordinación con la atención a la salud mental infanto-juvenil</b> | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| <b>Otros</b>  |                             |                             |

Atención al joven (15 a -19 años):

|  |                             |                             |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| <b>Actividades de promoción y educación para la salud en la adolescencia</b> | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| <b>Otros</b>   |                             |                             |

Atención a la mujer:

|  |                             |                             |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| <b>Atención al embarazo, preparación al parto y puerperio</b>  | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| <b>Información de métodos anticonceptivos/seguridad sexual y seguimiento de la anticoncepción hormonal</b> | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| <b>Detección precoz cáncer ginecológico</b>  | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| <b>Atención al climaterio</b>  | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| <b>Atención integral a mujeres víctimas de violencia de género</b>   | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| <b>Otros</b>   |                             |                             |

Atención al adulto:

|   |                             |                             |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| <b>Vacunaciones</b>   | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| <b>Actividades preventivas en el adulto (Hipertensión, DM, Dislipemia, Obesidad, EPOC, Tabaco, Alcohol y Otros)</b> | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| <b>Atención a patologías agudas</b>   | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| <b>Especificar</b>  |                             |                             |
| <b>Atención a patologías crónicas</b>   | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| <b>Especificar</b>  |                             |                             |
| <b>Atención a la salud mental</b>   | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| <b>Atención al trabajador/a</b>   | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| <b>Atención domiciliaria a pacientes inmovilizados/ dependientes</b>  | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| <b>Actividades de promoción y educación para la salud en el adulto</b>  | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| <b>Otros</b>  |                             |                             |

Atención al anciano:

|  |                             |                             |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| <b>Actividades preventivas en personas mayores</b> | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| <b>Atención al anciano de riesgo/frágil</b>        | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| <b>Otros</b>                                       |                             |                             |

Atención a la familia/comunidad:

|  |                             |                             |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| <b>Abordaje familiar/familias de riesgo</b>                      | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| <b>Apoyo a personas cuidadoras</b>                               | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| <b>Actividades de promoción de la salud dirigidas a minorías</b> | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| <b>Otros</b>   |                             |                             |

Cuidados Paliativos:

|  |                             |                             |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| <b>Atención en cuidados paliativos</b> | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
|--|-----------------------------|-----------------------------|

Coordinación entre niveles (Por Ej. Enfermera de enlace/gestora de casos):

|                                 |                             |                             |
|---------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| <b>Atención hospitalaria</b>    | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| <b>Atención salud mental</b>    | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| <b>Atención socio-sanitaria</b> | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| <b>Otros</b>                    |                             |                             |

Otros programas:

|  |                             |                             |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| <b>Cirugía menor</b>                     | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| <b>Participación en redes centinelas</b> | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| <b>Otros</b>                             |                             |                             |

## 10. ACTIVIDAD DOCENTE E INVESTIGADORA EN ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA

|   |   |  |                             |
|---|---|--|-----------------------------|
| <b>Año</b>  | 0 | <b>Año</b>   | 0                           |
| <b>Nº Sesiones específicas al mes de Medicina Familiar y Comunitaria</b>  | 0 | <b>Nº Sesiones específicas al mes de Medicina Familiar y Comunitaria</b>   | 0                           |
| <b>Nº Sesiones específicas al mes de Enfermería Familiar y Comunitaria</b>  | 0 | <b>Nº Sesiones específicas al mes de Enfermería Familiar y Comunitaria</b> | 0                           |
| <b>Nº Sesiones conjuntas al mes</b>   | 0 | <b>Nº Sesiones conjuntas al mes</b>  | 0                           |
| <b>Actividades de formación continuada con participación de MFYC o EFYC del Centro o Área de Salud del último año</b> |   | <input type="checkbox"/> Si  | <input type="checkbox"/> No |
| <b>Especificar</b>  |   |  |                             |
| <b>Participación del centro de salud en la formación de grado</b>   |   | <input type="checkbox"/> Si  | <input type="checkbox"/> No |
| <b>Indicar</b>  |   |  |                             |
| <b>Participación en Grupos/Comisiones Clínicas del Área de Salud</b>  |   | <input type="checkbox"/> Si  | <input type="checkbox"/> No |
| <b>Especificar</b>  |   |  |                             |

He adjuntado a la solicitud la Planificación de las sesiones y de las actividades de formación continuada del año anterior y del año en curso

## 11. INDICADORES DE CALIDAD

|  |   |  |                             |
|--|---|--|-----------------------------|
| <b>Año</b>   | 0 | <b>Año</b>   | 0                           |
| <b>Frecuentación por persona asignada/año</b>  | 0 | <b>Frecuentación por persona asignada/año</b>  | 0                           |
| <b>Porcentaje de frecuentación de personas distintas vistas en un año / Médico Familia</b>             | 0 | <b>Porcentaje de frecuentación de personas distintas vistas en un año / Médico Familia</b>             | 0                           |
| <b>Porcentaje de frecuentación de personas distintas vistas en un año / Enfermero de Familia</b>       | 0 | <b>Porcentaje de frecuentación de personas distintas vistas en un año / Enfermero de Familia</b>       | 0                           |
| <b>Porcentaje de consultas resueltas (sin derivación) en el CS sobre el total consultas realizadas</b> | 0 | <b>Porcentaje de consultas resueltas (sin derivación) en el CS sobre el total consultas realizadas</b> | 0                           |
| <b>Porcentaje de prescripción por principio activo</b>   | 0 | <b>Porcentaje de prescripción por principio activo</b>   | 0                           |
| <b>Porcentaje de diabéticos con HbA1c &lt; 7%</b>  | 0 | <b>Porcentaje de diabéticos con HbA1c &lt; 7%</b>  | 0                           |
| <b>Porcentaje de hipertensos con TA &lt; 140/90 mmHg</b>   | 0 | <b>Porcentaje de hipertensos con TA &lt; 140/90 mmHg</b>   | 0                           |
| <b>Programa/acción uso racional del medicamento</b>  |   | <input type="checkbox"/> SI  | <input type="checkbox"/> NO |

Quejas y reclamaciones en el Centro de Salud en los dos últimos años, y medidas adoptadas:

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| <b>Año</b>                              | 0 | <b>Año</b>                              | 0 |
| <b>Quejas y reclamaciones recibidas</b> | 0 | <b>Quejas y reclamaciones recibidas</b> | 0 |
| <b>Medidas adoptadas</b>                |   |   |   |
| <b>Otros</b>                            |   |   |   |