# 1. DATOS DEL CENTRO

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Denominación del Centro Hospitalario** | | |  | | | | |
| **Localidad** |  | | | **Provincia** |  | | |
| **Adscrito a:** | |  | | | | | |
| **Entidad titular del dispositivo** | |  | | | | | |
| **¿El dispositivo hospitalario lleva un tiempo mínimo de funcionamiento de 2 años?** | | | | | | Sí | No |
| **¿Existe un director/gerente y normas escritas de organización interna?** | | | | | | SI | NO |
| **¿Existen Protocolos o guías de actuación y guías de práctica clínica adoptados y aplicados por el equipo pluridisciplinar, periódicamente actualizados, revisados y aprobados por la Entidad Titular?** | | | | | | Sí | No |

**2. CAPACIDAD DOCENTE DEL DISPOSITIVO**

## Duración estancia formativa

|  |  |
| --- | --- |
| **Medicina Familiar y Enfermería Familiar y**  **Comunitaria Comunitaria** | |
|  |  |
| **Medicina Familiar y Enfermería Familiar y**  **Comunitaria Comunitaria** | |
|  |  |

**Capacidad docente (turnos/año)**

# 3. RESPONSABLE / COLABORADOR DOCENTE DEL DISPOSITIVO

**Responsable/colaborad or docente**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre** | **Apellidos** | **Especialidad** |
|  |  |  |

# 4. COBERTURA POBLACIONAL

Indicar el número

0

**Cobertura poblacional del Centro**

# 5. RECURSOS HUMANOS

Indicar el número de profesionales

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria** | | 0 |
| **Especialistas de Medicina Interna y otras especialidades médicas** | | 0 |
| **Especialistas en Cirugía General y Aparato Digestivo** | | 0 |
| **Especialistas en Dermatología** | | 0 |
| **Especialistas en Traumatología** | | 0 |
| **Especialistas en Pediatría y sus Áreas Específicas** | |  |
| **Especialistas en Otorrinolaringología** | |  |
| **Especialistas en Oftalmología** | |  |
| **Especialistas en Obstetricia y Ginecología** | |  |
| **Especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria** | | 0 |
| **Especialistas en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona)** | |  |
| **Profesionales médicos en el Área de Urgencias** | |  |
| **Profesionales de enfermería en el Área de Urgencias** | |  |
| **Otros profesionales** |  | |

# 6. ÁREA FÍSICA Y RECURSOS MATERIALES

Número de camas

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **N.º total de camas** | | | 0 |
| **N.º camas en Medicina Interna y especialidades Médicas** | | | 0 |
| **N.º camas en Pediatría** | | | 0 |
| **N.º camas en Obstetricia y Ginecología** | | | 0 |
| **N.º de camas en Cirugía General y Aparato Digestivo** | | | 0 |
| **N.º camas en Cirugía Ortopédica y Traumatología** | | | 0 |
| **N.º de camas Oftalmología** | | | 0 |
| **N.º camas en Otorrinolaringología** | | | 0 |
| **N.º camas en otras áreas/servicios** | **Área/Servicio N.º camas** | | |
|  |  | |
| **Si tiene Hospital de día, indicar N.º de camas** | | | 0 |
| **N.º puestos/box de Urgencias** | | | 0 |

Número de quirófanos

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **N.º total de quirófanos** | | | | 0 |
| **N.º sesiones de quirófano/semana** | | | | 0 |
| **N.º total de quirófanos de cirugía menor** | | | | 0 |
| **N.º sesiones de quirófano/semana de cirugía menor** | | | | 0 |
| **N.º de quirófanos en otras áreas/servicios** | **Área/Servicio** | **N.º Quirófanos** | | |
|  | |  | |
| **N.º de sesiones de quirófano/semana en otras áreas/servicios** | **Área/Servicio** | **N.º de sesiones de quirófano/semana** | | |
|  |  | | |

Número de Consultas Externas

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **N.º sesiones de consulta/semana de Medicina Interna y especialidades Médicas** | | | 0 |
| **N.º sesiones de consulta/semana de Dermatología** | | | 0 |
| **N.º sesiones de consulta/semana de Pediatría** | | | 0 |
| **N.º sesiones de consulta/semana de Obstetricia y Ginecología** | | | 0 |
| **N.º sesiones de consulta/semana de Cirugía General y Aparato Digestivo** | | | 0 |
| **N.º sesiones de consulta/semana de Cirugía Ortopédica y Traumatología** | | | 0 |
| **N.º sesiones de consulta/semana de Otorrinolaringología** | | | 0 |
| **N.º sesiones de consulta/semana de Oftalmología** | | | 0 |
| **N.º sesiones de consulta/semana de Psiquiatría** | | | 0 |
| **N.º de sesiones de consulta/semana en otras áreas/servicios** | **Área/Servicio N.º de sesiones de consulta/semana** | | |
|  |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Sistema de archivo de Historias Clínicas informatizado** | SI | NO |
| **Existe un Registro informatizado de casos y actividad asistencial** | SI | NO |
| **Existe un Registro diferenciado de proceso enfermero** | SI | NO |

# 7. INDICADORES DE ACTIVIDAD ASISTENCIAL

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Año** | 0 | **Año** | 0 |
| **N.º total de ingresos/día del Hospital** | 0 | **N.º total de ingresos/día del Hospital** | 0 |

Medicina Interna y especialidades médicas

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Año** | | 0 | | **Año** | | | 0 |
| **N.º total de ingresos/día en Medicina Interna y especialidades médicas** | | 0 | | **N.º total de ingresos/día en Medicina Interna y especialidades médicas** | | | 0 |
| **Primeras Consultas** | | 0 | | **Primeras Consultas** | | | 0 |
| **Consultas sucesivas o revisiones** | | 0 | | **Consultas sucesivas o revisiones** | | | 0 |
| **10 GDRs más frecuentes de M. Interna y Especialidades médicas** | **Año** | | **Código** |  | **Denominación** | **Nº casos** | |
|  | |  | |  |  | |
| **10 GDRs más frecuentes de M. Interna y Especialidades médicas** | **Año** | | **Código** |  | **Denominación** | **Nº casos** | |
|  | |  | |  |  | |

Dermatología

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Año** | | 0 | | **Año** | | | 0 |
| **N.º Procedimientos de cirugía menor** | | 0 | | **N.º Procedimientos de cirugía menor** | | | 0 |
| **N.º Primeras Consultas** | | 0 | | **N.º Primeras Consultas** | | | 0 |
| **10 GDRs más frecuentes** | **Año** | | **Código** |  | **Denominación** | **Nº casos** | |
| **de Dermatología** |
|  | |  | |  |  | |
| **10 GDRs más frecuentes** | **Año** | | **Código** |  | **Denominación** | **Nº casos** | |
| **de Dermatología** |
|  | |  | |  |  | |

Obstetricia y Ginecología

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Año** | | 0 | | **Año** | | | 0 |
| **N.º total de ingresos/día** | | 0 | | **N.º total de ingresos/día** | | | 0 |
| **Primeras Consultas** | | 0 | | **Primeras Consultas** | | | 0 |
| **Consultas sucesivas o revisiones** | | 0 | | **Consultas sucesivas o revisiones** | | | 0 |
| **N. º Partos/año** | | 0 | | **N. º Partos/año** | | | 0 |
| **Porcentaje de cesáreas** | | 0 | | **Porcentaje de cesáreas** | | | 0 |
| **10 GDRs más frecuentes de Obstetricia y Ginecología** | **Año** | | **Código** |  | **Denominación** | **Nº casos** | |
|  | |  | |  |  | |
| **10 GDRs más frecuentes de Obstetricia y Ginecología** | **Año** | | **Código** |  | **Denominación** | **Nº casos** | |
|  | |  | |  |  | |

Cirugía Ortopédica y Traumatológica

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Año** | | 0 | | **Año** | | | 0 |
| **N.º total de ingresos/día** | | 0 | | **N.º total de ingresos/día** | | | 0 |
| **Procedimientos de cirugía menor** | | 0 | | **Procedimientos de cirugía menor** | | | 0 |
| **Primeras Consultas** | | 0 | | **Primeras Consultas** | | | 0 |
| **Consultas sucesivas o revisiones** | | 0 | | **Consultas sucesivas o revisiones** | | | 0 |
| **N.º sesiones consulta/semana** | | 0 | | **N.º sesiones consulta/semana** | | | 0 |
| **10 GDRs más frecuentes de Cirugía Ortopédica y Traumatológica** | **Año** | | **Código** |  | **Denominación** | **Nº casos** | |
|  | |  | |  |  | |
| **10 GDRs más frecuentes de Cirugía Ortopédica y Traumatológica** | **Año** | | **Código** |  | **Denominación** | **Nº casos** | |
|  | |  | |  |  | |

Psiquiatría

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Año** | | 0 | | **Año** | | | 0 |
| **N.º Primeras Consultas** | | 0 | | **N.º Primeras Consultas** | | | 0 |
| **N.º Consultas sucesivas o revisiones** | | 0 | | **N.º Consultas sucesivas o revisiones** | | | 0 |
| **N.º sesiones consulta/semana** | | 0 | | **N.º sesiones consulta/semana** | | | 0 |
| **10 GDRs más frecuentes** | **Año** | | **Código** |  | **Denominación** | **Nº casos** | |
| **de Psiquiatría** |
|  | |  | |  |  | |
| **10 GDRs más frecuentes** | **Año** | | **Código** |  | **Denominación** | **Nº casos** | |
| **de Psiquiatría** |
|  | |  | |  |  | |

Urgencias

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Año** | 0 | **Año** | 0 |
| **N.º Urgencias Totales/día** | 0 | **N.º Urgencias Totales/día** | 0 |
| **N.º Urgencias Médicas/día** | 0 | **N.º Urgencias Médicas/día** | 0 |
| **N.º Urgencias Quirúrgicas/día** | 0 | **N.º Urgencias Quirúrgicas/día** | 0 |
| **N.º Urgencias Traumatológicas/día** | 0 | **N.º Urgencias Traumatológicas/día** | 0 |

Otras Unidades/Áreas

**frecuentes GDRs así como el n.º de planes por año**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Año** | 0 | **Año** | 0 |
| **N.º pacientes de Unidad de hospitalización a domicilio** | 0 | **N.º pacientes de Unidad de hospitalización a domicilio** | 0 |
| **N.º pacientes de Unidad de educación diabetológica** | 0 | **N.º pacientes de Unidad de educación diabetológica** | 0 |
| **N.º pacientes de Unidad de educación de enfermos crónicos** | 0 | **N.º pacientes de Unidad de educación de enfermos crónicos** | 0 |
| **N.º pacientes de Unidad de menopausia** | 0 | **N.º pacientes de Unidad de menopausia** | 0 |
| **N.º pacientes de Unidad de prevención del cáncer ginecológico** | 0 | **N.º pacientes de Unidad de prevención del cáncer ginecológico** | 0 |
| **N.º pacientes de Unidad de cuidados paliativos** | 0 | **N.º pacientes de Unidad de cuidados paliativos** | 0 |



**Indicar los planes de cuidados de enfermería de los 10 procesos más**

**Indicar los planes de cuidados de enfermería de los 10 procesos más**

**¿Existe Gestión de casos o enfermería de enlace? por año**

NO

SI

**Nº casos**

**Año Denominación plan de cuidados**

**Nº casos**

**Año Denominación plan de cuidados**

**8. INDICADORES DE CALIDAD**

Quejas y reclamaciones recibidas en el Hospital en los dos últimos años y medidas adoptadas

**frecuentes GDRs así como el n.º de planes**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Año** | 0 | **Año** | 0 |
| **Quejas y reclamaciones recibidas** | 0 | **Quejas y reclamaciones recibidas** | 0 |

|  |  |
| --- | --- |
| **Medidas adoptadas** |  |
| **Otros** |  |