**1. DENOMINACIÓN DEL CENTRO DE SALUD**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Denominación del Centro de Salud** | | |  | | |
| **Localidad** |  | | | **Provincia** |  |
| **Adscrito a:** | |  | | | |
| **Entidad titular del dispositivo** | |  | | | |

**2. CAPACIDAD DOCENTE DEL DISPOSITIVO**

**Duración estancia formativa**

|  |  |
| --- | --- |
| **Pediatría y sus Áreas Específicas Enfermería Pediátrica** | |
|  |  |
| **Pediatría y sus Áreas Específicas Enfermería Pediátrica** | |
|  |  |

**Capacidad docente (turnos/año)**

**3. RESPONSABLE / COLABORADOR DOCENTE DEL DISPOSITIVO**

Campos obligatorios según proceda

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dº/Dª** |  | | **Especialidad** |  |
| **Dº/Dª** |  | | **Especialidad** |  |
| **Dº/Dª** |  | | **Especialidad** |  |
| **Dº/Dª** |  | | **Especialidad** |  |
| **Dº/Dª** |  | | **Especialidad** |  |
| **Otros** | |  | | |

**4. COBERTURA POBLACIONAL**

Indicar el número

|  |  |
| --- | --- |
| **Población infantil por pediatra** |  |
| **Población infantil por enfermera pediátrica** |  |

**5. RECURSOS HUMANOS**

Indicar el número de profesionales

|  |  |
| --- | --- |
| **Especialistas en Pediatría y sus Áreas Específicas** |  |
| **Especialistas en Enfermería Pediátrica** |  |
| **Enfermeros de Cuidados Generales** |  |

**6. ÁREA FÍSICA**

Indicar el número

|  |  |
| --- | --- |
| **N.º de Consultas de Pediatría** |  |
| **N.º de Consultas de Enfermería Pediátrica** |  |

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**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Archivo de Historias Clínicas** | | Si | No |
| **Registro informatizado de casos y actividad asistencial** | | Si | No |
| **Informatización de los Planes de Cuidados de Enfermería** | | Si | No |
| **Sistema de registro de vacunaciones** | | Si | No |
| **Registro del proceso enfermero en la Historia Clínica** | | Si | No |
| **Sistema de registro de problemas crónicos** | | Si | No |
| **Disponibilidad de acceso a medios audiovisuales** | | Si | No |
| **Otros recursos** |  | | |

**8. INDICADORES DE ACTIVIDAD ASISTENCIAL**

Pediatría y sus Áreas Específicas

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Año** | 0 | | **Año** | 0 | |
| **Promedio diario de consultas del pediatra** | | 0 | **Promedio diario de consultas del pediatra** | | 0 |
| **Atención a demanda** | | 0 | **Atención a demanda** | | 0 |
| **Atención programada** | | 0 | **Atención programada** | | 0 |

Enfermería Pediátrica

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Año** | 0 | | **Año** | 0 | |
| **Promedio diario de consultas de Enfermería Pediátrica** | | 0 | **Promedio diario de consultas de Enfermería Pediátrica** | | 0 |
| **Atención a demanda** | | 0 | **Atención a demanda** | | 0 |
| **Atención programada** | | 0 | **Atención programada** | | 0 |
| **Año** | | 0 | **Año** | | 0 |
| **Promedio diario de Urgencias Pediátricas atendidas en el centro** | | 0 | **Promedio diario de Urgencias Pediátricas atendidas en el centro** | | 0 |

Atención a la Infancia y a la Adolescencia (0< 14 años)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Vacunaciones** | | Si | No |
| **Programas de salud infantil** | | Si | No |
| **Actividades de promoción y educación para la salud del niño** | | Si | No |
| **Coordinación con la atención a la salud mental del niño** | | Si | No |
| **Salud escolar, que incluya intervenciones grupales** | | Si | No |
| **Promoción de lactancia materna** | | Si | No |
| **Programa de acogida de población inmigrante** | | Si | No |
| **Actividades formativas para padres** | | Si | No |
| **Posibilidad de colaboración con Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil** | | Si | No |
| **Coordinación con los servicios Sociales del Área de Salud** | | Si | No |
| **Programas de coordinación con Cuidados paliativos** | | Si | No |
| **Programas de coordinación con Atención domiciliaria** | | Si | No |
| **Otros Programas** |  | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Sesiones clínicas conjuntas (Mínimo 1 al mes)** | | Si | No |
| **Sesiones clínicas específicas de Pediatría y Áreas Específicas** | | Si | No |
| **Sesiones clínicas Específicas de Enfermería Pediátrica** | | Si | No |
| **Actividades de formación continuada en Pediatría del Centro o Área de Salud del último año** | | Si | No |
| **Especificar** |  | | |
| He adjuntado a la solicitud la Planificación de docencia del año anterior y del año en curso | | | |

**10. INDICADORES DE CALIDAD**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Año** | 0 | **Año** | 0 |
| **Porcentaje de exclusividad de lactancia materna los 4 primeros meses** | 0 | **Porcentaje de exclusividad de lactancia materna los 4 primeros meses** | 0 |
| **Cobertura vacunal en el niño/adolescente** | 0 | **Cobertura vacunal en el niño/adolescente** | 0 |
| Programas para el desarrollo precoz del vínculo afectivo | | Programas para el desarrollo precoz del vínculo afectivo | |
| Seguimiento de detección precoz de trastornos del desarrollo psicomotor | | Seguimiento de detección precoz de trastornos del desarrollo psicomotor | |
| Comprobación del cribaje neonatal de metabolopatías | | Comprobación del cribaje neonatal de metabolopatías | |
| Programa de Introducción correcta de la alimentación complementaria en el lactante | | Programa de Introducción correcta de la alimentación complementaria en el lactante | |
| Programas dirigidos al adolescente para prevenir los trastornos alimentarios, consumo de drogas, conflictos y violencia y promoción de la salud afectivo-sexual | | Programas dirigidos al adolescente para prevenir los trastornos alimentarios, consumo de drogas, conflictos y violencia y promoción de la salud afectivo-sexual | |
| Programa de salud escolar | | Programa de salud escolar | |
| Programa de Atención y acogida al niño y familia inmigrante | | Programa de Atención y acogida al niño y familia inmigrante | |

Quejas y reclamaciones recibidas en relación a los Programas de Atención al Niño y Adolescente sano sobre el total del Centro de Salud (%) en los dos últimos años, y medidas adoptadas:

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