**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** |  |