|  |
| --- |
| FORMULARIO ESPECÍFICO DE ACREDITACIÓN Y RE-ACREDITACIÓN DE  LOS DISPOSITIVOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA UDM DE SALUD LABORAL |

[**Programa Formativo**](http://www.mspsi.gob.es/profesionales/formacion/docs/mediTrabajo07.pdf)[**Requisitos acreditación**](http://www.mspsi.gob.es/profesionales/formacion/docs/AcreditacionDocente/RequisitoUDSL.pdf)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. DENOMINACIÓN DEL CENTRO DE SALUD: | | | |
| Localidad: | | Provincia: | |
| Adscrito a: *(Indicar denominación de la Unidad Docente)* | | | |
| Entidad titular del dispositivo:     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | |  |  |  | | --- | --- | --- | | **2. CAPACIDAD DOCENTE DEL DISPOSITIVO:** | | | | Especialidad | Duración estancia formativa | Capacidad docente (turnos/año) | | Enfermería del Trabajo |  |  | | Medicina del Trabajo |  |  |   3. RESPONSABLE / COLABORADOR DOCENTE en este dispositivo: *(Nombre, Apellidos y Especialidad)* | | | Don/Doña:  Don/Doña:  Don/Doña:  Don/Doña: |  | | | | |
| 4. COBERTURA POBLACIONAL: | | |  |
| 5. RECURSOS HUMANOS: | | | Indicar número de profesionales |
| Enfermería de Cuidados Generales: | | |  |
| Medicina Atención Primaria: | | |  |
| Otros profesionales *(indicar):* | | |  |
| 6. ÁREA FÍSICA: | | |  |
| Consultas de Enfermería *(Indicar número)* | | |  |
| Consultas de Medicina de Familia *(Indicar número)* | | |  |
| Aulas: Sala Reuniones  SÍ  NO  Núm*.:*       SÍ  NO  Núm*:* | | | |
| Otros recursos del área física *(indicar):* | | | |
| Biblioteca: | Fuentes documentales en soporte papel | | SÍ  NO |
| Acceso a base de datos | | SÍ  NO |
| Acceso a texto completo de revistas nacionales e internacionales de interés | | SÍ  NO |
| 7. RECURSOS MATERIALES: | | | |
| Archivo de Historias Clínicas | | | SÍ  NO |
| Registro informatizado de casos y actividad asistencial | | | SÍ  NO |
| Disponibilidad de medios audiovisuales | | | SÍ  NO |
| 8. PROGRAMAS / ACTIVIDADES REGLADAS ASISTENCIALES | | | |
| Programa de evaluación (diagnóstico) y orientación terapéutica | | | SÍ  NO |
| Programas de educación para la salud *(Indicar los relacionados con la Salud Laboral):* | | | SÍ  NO |
| Programas asistenciales de Atención a los trabajadores *(Indicar):* | | | SÍ  NO |
| Otros Programas *(Indicar):* | | | SÍ  NO |

Los datos de este formulario han sido recogidos en fecha       de  de 20

(Entidad titular del dispositivo)

Fdo: