|  |
| --- |
| 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: