|  |
| --- |
| FORMULARIO ESPECÍFICO DE ACREDITACIÓN Y RE-ACREDITACIÓN DE  DISPOSITIVOS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA 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 DISPOSITIVO DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA: | | | | |
| 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 |
| Especialistas en Enfermería del Trabajo / Empresa | | | |  |
| *(Indicar puesto de trabajo de estos profesionales):* | | | | |
| Especialistas en Medicina del Trabajo / Empresa: | | | |  |
| *(Indicar puesto de trabajo de estos profesionales):* | | | | |
| Otros profesionales *(indicar):* | | | |  |
| 6. ÁREA FÍSICA: | | | | Indicar número |
| Quirófanos | | | |  |
| Sesiones/semana quirófano | | | |  |
| Camas | | | |  |
| Consultas | | | |  |
| Atención continuada/guardias de 24 horas | | | | SÍ  NO |
| 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 |
| Laboratorio de habilidades | | | | SÍ  NO |
| Otros recursos materiales *(indicar)*:   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 8. ÁREAS / SERVICIOS ASISTENCIALES | | | | | ÁREAS | Indicadores de actividad asistencial en las áreas / servicios asistenciales, durante los dos últimos años | Año | Año | | Alergología | Número de ingresos/año |  |  | | Tasa de hospitalización |  |  | | Estancia media |  |  | | Índice de ocupación |  |  | | Consultas externas: |  |  | | Primeras consultas: |  |  | | Consultas sucesivas: |  |  | | Núm. consultas/día: |  |  | | Planes de Cuidados estandarizados de Enfermería | SÍ  NO | | | Cardiología | Número de ingresos/año |  |  | | Tasa de hospitalización |  |  | | Estancia media |  |  | | Índice de ocupación |  |  | | Consultas externas: |  |  | | Primeras consultas: |  |  | | Consultas sucesivas: |  |  | | Núm. consultas/día: |  |  | | Planes de Cuidados estandarizados de Enfermería | SÍ  NO | | | Cirugía Ortopédica y Traumatología | Número de ingresos/año |  |  | | Tasa de hospitalización |  |  | | Estancia media |  |  | | Índice de ocupación |  |  | | Actividad quirúrgica urgente *(indicar número de intervenciones)* |  |  | | Actividad quirúrgica programada *(indicar núm. de intervenciones)* |  |  | | Consultas externas: |  |  | | Primeras consultas: |  |  | | Consultas sucesivas: |  |  | | Núm. consultas/día: |  |  | | Planes de Cuidados estandarizados de Enfermería | SÍ  NO | | | Dermatología | Número de ingresos/año |  |  | | Tasa de hospitalización |  |  | | Estancia media |  |  | | Índice de ocupación |  |  | | Consultas externas: |  |  | | Primeras consultas: |  |  | | Consultas sucesivas: |  |  | | Núm. consultas/día: |  |  | | Planes de Cuidados estandarizados de Enfermería | SÍ  NO | | | Medicina Física y Rehabilitación | Primeras consultas: |  |  | | Consultas sucesivas: |  |  | | Núm. consultas/día: |  |  | | Medicina Interna | Número de ingresos/año |  |  | | Tasa de hospitalización |  |  | | Estancia media |  |  | | Índice de ocupación |  |  | | Consultas externas: |  |  | | Primeras consultas: |  |  | | Consultas sucesivas: |  |  | | Núm. consultas/día: |  |  | | Planes de Cuidados estandarizados de Enfermería | SÍ  NO | | | Neumología | Número de ingresos/año |  |  | | Tasa de hospitalización |  |  | | Estancia media |  |  | | Índice de ocupación |  |  | | Consultas externas: |  |  | | Primeras consultas: |  |  | | Consultas sucesivas: |  |  | | Núm. consultas/día: |  |  | | Planes de Cuidados estandarizados de Enfermería | SÍ  NO | | | Neurología | Número de ingresos/año |  |  | | Tasa de hospitalización |  |  | | Estancia media |  |  | | Índice de ocupación |  |  | | Consultas externas: |  |  | | Primeras consultas: |  |  | | Consultas sucesivas: |  |  | | Núm. consultas/día: |  |  | | Planes de Cuidados estandarizados de Enfermería | SÍ  NO | | | Oftalmología | Número de ingresos/año |  |  | | Tasa de hospitalización |  |  | | Estancia media |  |  | | Índice de ocupación |  |  | | Actividad quirúrgica urgente *(indicar número de intervenciones)* |  |  | | Actividad quirúrgica programada *(indicar núm. de intervenciones)* |  |  | | Consultas externas: |  |  | | Primeras consultas: |  |  | | Consultas sucesivas: |  |  | | Núm. consultas/día: |  |  | | Planes de Cuidados estandarizados de Enfermería | SÍ  NO | | | Otorrinolaringología | Número de ingresos/año |  |  | | Tasa de hospitalización |  |  | | Estancia media |  |  | | Índice de ocupación |  |  | | Actividad quirúrgica urgente *(indicar número de intervenciones)* |  |  | | Actividad quirúrgica programada *(indicar núm. de intervenciones)* |  |  | | Consultas externas: |  |  | | Primeras consultas: |  |  | | Consultas sucesivas: |  |  | | Núm. consultas/día: |  |  | | Planes de Cuidados estandarizados de Enfermería | SÍ  NO | | | Psiquiatría | Número de ingresos/año |  |  | | Tasa de hospitalización |  |  | | Estancia media |  |  | | Índice de ocupación |  |  | | Consultas externas: |  |  | | Primeras consultas: |  |  | | Consultas sucesivas: |  |  | | Núm. consultas/día: |  |  | | Planes de Cuidados estandarizados de Enfermería | SÍ  NO | | | Urgencias | TOTAL URGENCIAS |  |  | | Urgencias médicas |  |  | | Urgencias traumatológicas |  |  | | Urgencias Oftalmología |  |  | | Urgencias ORL |  |  | | Planes de Cuidados estandarizados de Enfermería | SÍ  NO | | | | | | |
| 9. SESIONES CLÍNICAS: *(En caso de señalarse afirmativamente, debe aportarse Calendario en documentación adjunta)* | | | | |
| Sesiones clínicas conjuntas | | | | SÍ  NO |
| Sesiones clínicas específicas | | Especialistas en Enfermería del Trabajo / Empresa | | SÍ  NO |
| Especialistas en Medicina del Trabajo / Empresa | | SÍ  NO |
| 10. ACTIVIDAD DOCENTE E INVESTIGADORA de todos los profesionales (durante los dos últimos años): | | | | |
| Formación continuada (1) | | | | SÍ  NO |
| Ponencias y comunicaciones presentadas (1) | | | | SÍ  NO |
| Proyectos de investigación (1) | | | | SÍ  NO |
| Publicaciones (1) | | | | SÍ  NO |
| Otros (1) *(Seminarios, Conferencias, elaboración de Protocolos, etc.)* | | | | SÍ  NO |

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

(Entidad titular del dispositivo)

Fdo:

(1) *En caso de señalarse afirmativamente, debe aportarse en documentación adjunta.*