|  |
| --- |
| FORMULARIO ESPECÍFICO DE ACREDITACIÓN Y RE-ACREDITACIÓN DE  SERVICIOS Y SOCIEDADES DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES 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 SERVICIO / SOCIEDAD DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES (1) : | | | |
| AJENO  PROPIO | | | |
| 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. UNIDADES BÁSICAS DE SALUD LABORAL *(Indicar número):* | |  | |
| 5. RECURSOS HUMANOS: | | Indicar número de profesionales | |
| Jornada completa | Jornada  parcial |
| Especialistas en Enfermería del Trabajo / Empresa | |  |  |
| Especialistas en Medicina del Trabajo / Empresa | |  |  |
| Otros profesionales *(indicar):* | |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 6. ÁREA FÍSICA: | | Indicar número |
| Consultas | |  |
| 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 |
| Otros recursos materiales *(indicar)*:   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 8. PROGRAMAS / ACTIVIDADES REGLADAS ASISTENCIALES: *Indicar disponibilidad de los siguientes programas:* | | | | | Programa de evaluación (diagnóstico) y orientación terapéutica | | SÍ  NO | | | Programas de educación para la salud | | SÍ  NO | | | Programas asistenciales de Atención a los trabajadores | | SÍ  NO | | | Otros Programas *(indicar)*: | | SÍ  NO | | | 9. ACTIVIDAD SANITARIA EN FUNCIÓN DE LOS RIESGOS LABORALES, EN EL MARCO DE LAS ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN. *Indicar datos de actividad de los 2 últimos años* | | | | |  | Año | | Año | | Actuación coordinada de las disciplinas: | | | | | Identificación y evaluación de riesgos |  | |  | | Plan de prevención |  | |  | | Formación de los trabajadores |  | |  | | Investigación |  | |  | | Gestión y participación en órganos técnico-consultivos |  | |  | | Vigilancia de la Salud: | | | | | Cuestionarios de síntomas |  | |  | | Exámenes de Salud |  | |  | | Indicadores biológicos |  | |  | | Encuestas de salud |  | |  | | Indicadores de salud |  | |  | | Investigación de daños |  | |  | | Atención de Urgencia: | | | | | Protocolos de actuación con procedimientos y competencias |  | |  | | Primeros auxilios |  | |  | | Promoción de la Salud: | | | | | Consejo sanitario |  | |  | | Inmunizaciones |  | |  | | Programas sanitarios |  | |  | | Asesoramiento sanitario |  | |  | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 10. INDICADORES DE ACTIVIDAD ASISTENCIAL durante los dos últimos años. | | |
| Consultas: | | |
|  | Año | Año |
| Promedio diario de consultas realizadas en el Centro |  |  |
| Promedio diario de urgencias atendidas en el Centro |  |  |
| Media de consultas por profesional y día: |  |  |
| Medicina del Trabajo |  |  |
| Enfermería del Trabajo |  |  |
| Planes de Cuidados estandarizados de Enfermería | SÍ  NO | |

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

(Entidad titular del dispositivo)

Fdo:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(1) *Debe adjuntar copia de la acreditación como Servicio/Sociedad de Prevención de Riesgos Laborares expedida por los Organismos competentes sanitario y laboral*