|  |
| --- |
| 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 | Jornadaparcial |
| 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*