



## FORMULARIO ESPECÍFICO DE ACREDITACIÓN Y RE-ACREDITACIÓN DE UNIDADES DOCENTES MULTIPROFESIONALES DE GERIATRÍA

### DISPOSITIVO DEL ÁREA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Cumplimentar un formulario por cada uno de los Dispositivos de Atención Primaria relacionados en la Tabla  
Resumen de UDM de Geriatría

**La cumplimentación de este formulario debe realizarse en el formato Word**

[Programa formativo](#)

<b>1. DENOMINACIÓN DEL DISPOSITIVO:</b> <b>Tipo de dispositivo:</b> Elegir desplegable		
Localidad:		Provincia:
Adscrito a: <i>(Indicar denominación de la Unidad Docente)</i>		
Entidad titular del dispositivo:		
<b>2. CAPACIDAD DOCENTE DEL DISPOSITIVO:</b>		
<b>Especialidad</b>	<b>Duración estancia formativa</b> <i>(La duración de la estancia formativa es la establecida en la Guía o Itinerario Formativo tipo)</i>	<b>Capacidad docente (turnos/año)</b>
Geriatría		
Enfermería Geriátrica		
<b>3. RESPONSABLE / COLABORADOR DOCENTE en este dispositivo:</b> <i>(Nombre, Apellidos y Especialidad)</i>		
Don/Doña:		Especialidad:
Don/Doña:		Especialidad:
Don/Doña:		Especialidad:
<b>4. COBERTURA POBLACIONAL:</b>		
Para los Centros de Salud, indicar el índice de envejecimiento demográfico del área básica de salud <i>(mayor o igual al 12%)</i>		



<b>5. RECURSOS HUMANOS:</b>		Indicar número de profesionales	
Especialistas en Geriátría			
Especialistas en Enfermería Geriátrica			
Otros profesionales:			
Enfermeros/as de Cuidados Generales			
Fisioterapeutas			
Trabajadores/as Sociales			
Otros ( <i>indicar</i> ):			
<b>6. ÁREA FÍSICA:</b>		Indicar número	
Indicar los recursos del área física ( <i>indicar</i> ):			
Posibilidad de acceso a aulas/salas de reuniones		SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
<b>7. RECURSOS MATERIALES:</b>			
Archivo de Historias Clínicas		SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Registro informatizado de casos y actividad asistencial		SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Registro del proceso enfermero en la Historia Clínica		SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Disponibilidad de medios audiovisuales		SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Disponibilidad de aulas o salas de reuniones		SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Otros recursos materiales ( <i>indicar</i> ):			
<b>8. INDICADORES DE ACTIVIDAD ASISTENCIAL</b> durante los dos últimos años, relativos a la población de referencia			
Desglosar la actividad asistencial, de acuerdo con los objetivos de la rotación en el dispositivo		Año	Año
Planes de Cuidados estandarizados de Enfermería		SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
<b>9. ACTIVIDAD DOCENTE</b> de todos los profesionales (durante los dos últimos años):			
Sesiones clínicas, <i>aportar calendario como documentación adjunta</i>		SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Formación continuada, <i>especificar actividades en documento adjunto</i>		SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

Los datos de este formulario han sido recogidos en fecha \_\_\_\_\_ de (elegir mes) \_\_\_\_\_ de 20\_\_

La Entidad titular del dispositivo

Fdo: