

FORMULARIO ESPECÍFICO DE ACREDITACIÓN Y RE-ACREDITACIÓN DE LOS DISPOSITIVOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA UDM DE SALUD LABORAL

[Programa Formativo](#)

[Requisitos acreditación](#)

La cumplimentación de este formulario debe realizarse en el formato Word

1. DENOMINACIÓN DEL CENTRO DE SALUD:		
Localidad:	Provincia:	
Adscrito a: <i>(Indicar denominación de la Unidad Docente)</i>		
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: <i>(Nombre, Apellidos y Especialidad)</i>		
Don/Doña:	(Seleccionar del desplegable)	
4. COBERTURA POBLACIONAL:		
5. RECURSOS HUMANOS:		Indicar número de profesionales
Enfermería de Cuidados Generales:		
Medicina Atención Primaria:		
Otros profesionales <i>(indicar)</i> :		
6. ÁREA FÍSICA:		
Consultas de Enfermería <i>(Indicar número)</i>		
Consultas de Medicina de Familia <i>(Indicar número)</i>		
Aulas: Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Núm.:	Sala Reuniones Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Núm.:	
Otros recursos del área física <i>(indicar)</i> :		
Biblioteca: <i>(elegir del desplegable)</i>	Fuentes documentales en soporte papel	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Acceso a base de datos	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

(elegir del desplegable)	Acceso a texto completo de revistas nacionales e internacionales de interés	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
7. RECURSOS MATERIALES:		
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"/>
Disponibilidad de medios audiovisuales		SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
8. PROGRAMAS / ACTIVIDADES REGLADAS ASISTENCIALES		
Programa de evaluación (diagnóstico) y orientación terapéutica		SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Programas de educación para la salud <i>(Indicar los relacionados con la Salud Laboral):</i>		SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Programas asistenciales de Atención a los trabajadores <i>(Indicar):</i>		SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Otros Programas <i>(Indicar):</i>		SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

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

(Entidad titular del dispositivo)

Fdo: