

## FORMULARIO ESPECÍFICO DE ACREDITACIÓN Y RE-ACREDITACIÓN DE DISPOSITIVOS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA DE LA UDM DE SALUD LABORAL

[Programa Formativo](#)

[Requisitos acreditación](#)

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

1. DENOMINACIÓN DEL DISPOSITIVO DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA:		
Localidad:	Provincia:	
Adscrito a: <i>(Indicar denominación de la Unidad Docente)</i>		
Entidad titular del dispositivo:		
2. CAPACIDAD DOCENTE DEL DISPOSITIVO:		
<b>Especialidad</b>	<b>Duración estancia formativa</b>	<b>Capacidad docente (turnos/año)</b>
Enfermería del Trabajo		
Medicina del Trabajo		
3. RESPONSABLE / COLABORADOR DOCENTE en este dispositivo: <i>(Nombre, Apellidos y Especialidad)</i>		
Don/Doña:	(Seleccionar del desplegable)	
Don/Doña:	(Seleccionar del desplegable)	
Don/Doña:	(Seleccionar del desplegable)	
Don/Doña:	(Seleccionar del desplegable)	
4. COBERTURA POBLACIONAL:		
5. RECURSOS HUMANOS:		Indicar número de profesionales
Especialistas en Enfermería del Trabajo / Empresa <i>(Indicar puesto de trabajo de estos profesionales):</i>		
Especialistas en Medicina del Trabajo / Empresa: <i>(Indicar puesto de trabajo de estos profesionales):</i>		
Otros profesionales <i>(indicar):</i>		
6. ÁREA FÍSICA:		Indicar número
Quirófanos		
Sesiones/semana quirófano		
Camas		
Consultas		
Atención continuada/guardias de 24 horas		Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
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: (elegir del desplegable)	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"/>
	Acceso a texto completo de revistas nacionales e internacionales de interés	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"/>
Disponibilidad de medios audiovisuales		SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Laboratorio de habilidades		SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Otros recursos materiales ( <i>indicar</i> ):			
<b>8. ÁREAS / SERVICIOS ASISTENCIALES</b>			
ÁREAS	INDICADORES DE ACTIVIDAD ASISTENCIAL en las áreas / servicios asistenciales, durante los dos últimos años	Año	Año
<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Cirugía Ortopédica y Traumatología	Número de ingresos/año		
	Tasa de hospitalización		
	Estancia media		
	Índice de ocupación		
	Actividad quirúrgica urgente ( <i>indicar número de intervenciones</i> )		
	Actividad quirúrgica programada ( <i>indicar núm. de intervenciones</i> )		
	Consultas externas:		
	Primeras consultas:		
	Consultas sucesivas:		
Núm. consultas/día:			
Planes de Cuidados estandarizados de Enfermería	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Dermatología	Número de ingresos/año		



	Estancia media		
	Índice de ocupación		
	Consultas externas:		
	Primeras consultas:		
	Consultas sucesivas:		
	Núm. consultas/día:		
	Planes de Cuidados estandarizados de Enfermería	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Medicina Física y Rehabilitación	Primeras consultas:		
	Consultas sucesivas:		
	Núm. consultas/día:		
<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Oftalmología	Número de ingresos/año		
	Tasa de hospitalización		
	Estancia media		
	Índice de ocupación		
	Actividad quirúrgica urgente ( <i>indicar número de intervenciones</i> )		
	Actividad quirúrgica programada ( <i>indicar núm. de intervenciones</i> )		
	Consultas externas:		
	Primeras consultas:		
	Consultas sucesivas:		
	Núm. consultas/día:		
	Planes de Cuidados estandarizados de Enfermería	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Otorrinolaringología	Número de ingresos/año		



	Tasa de hospitalización		
	Estancia media		
	Índice de ocupación		
	Actividad quirúrgica urgente ( <i>indicar número de intervenciones</i> )		
	Actividad quirúrgica programada ( <i>indicar núm. de intervenciones</i> )		
	Consultas externas:		
	Primeras consultas:		
	Consultas sucesivas:		
	Núm. consultas/día:		
	Planes de Cuidados estandarizados de Enfermería	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Urgencias	TOTAL URGENCIAS		
	Urgencias médicas		
	Urgencias traumatológicas		
	Urgencias Oftalmología		
	Urgencias ORL		
	Planes de Cuidados estandarizados de Enfermería	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<b>9. SESIONES CLÍNICAS:</b> ( <i>En caso de señalarse afirmativamente, debe aportarse <u>Calendario</u> en documentación adjunta</i> )			
Sesiones clínicas conjuntas		SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Sesiones clínicas específicas	Especialistas en Enfermería del Trabajo / Empresa	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
	Especialistas en Medicina del Trabajo / Empresa	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<b>10. ACTIVIDAD DOCENTE E INVESTIGADORA de todos los profesionales</b> ( <i>durante los dos últimos años</i> ):			
Formación continuada <sup>(1)</sup>		SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Ponencias y comunicaciones presentadas <sup>(1)</sup>		SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Proyectos de investigación <sup>(1)</sup>		SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Publicaciones <sup>(1)</sup>		SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Otros <sup>(1)</sup> ( <i>Seminarios, Conferencias, elaboración de Protocolos, etc.</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:

<sup>(1)</sup> En caso de señalarse afirmativamente, debe aportarse en documentación adjunta.