



4. COBERTURA POBLACIONAL:	Enfermera de Familia
	Médico de Familia
	Pediatra
5. RECURSOS HUMANOS:	Indicar número de profesionales
Especialistas de Medicina Familiar y Comunitaria (<i>mínimo 4</i>)	
Especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria (<i>mínimo 1</i>)	
Enfermeros/as de Cuidados Generales (<i>mínimo 4</i>)	
Especialistas de Pediatría y sus Áreas específicas	
Otros profesionales:	
Matronas	
Especialistas en Enfermería Pediátrica	
Odontólogos	
Fisioterapeutas	
Trabajadores Sociales	
6. ÁREA FÍSICA:	Indicar número
N.º de Consultas de Medicina de Familia	
N.º de Consultas de Enfermería de Familiar y Comunitaria	
¿Existen consultas independientes disponibles para los residentes de MFYC y EFYC? <i>Si la respuesta es afirmativa, indicar N.º</i>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿Existe sala de urgencias/cura/cirugía menor?	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿Existe disponibilidad de acceso a medios audiovisuales?	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Disponibilidad de aula para sesiones de educación para la Salud, reuniones, sesiones clínicas, etc.	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Otros recursos del área	
Electrocardiografía	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Carro de parada	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Espirometría	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Oxigenoterapia	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Aeroslterapia	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Coagulómetro	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Material necesario para cirugía menor	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Pulsioxímetro	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Doppler vascular	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Ecógrafo	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>



7. INDICADORES DE ACTIVIDAD ASISTENCIAL (durante los dos últimos años, relativos a la población de referencia)

	Año	Año
Promedio diario de consultas / Medicina de Familia (mínimo 20, máximo 40)		
Porcentaje de atención a demanda		
Porcentaje de atención programada (mayor o igual 15%)		
Porcentaje de visita domiciliaria (mayor o igual 1 %)		
Promedio diario de consultas / Enfermería de Familia (mínimo 10, máximo 30)		
Porcentaje de atención a demanda		
Porcentaje de atención programada (mayor o igual 40%)		
Porcentaje de visita domiciliaria (mayor o igual 10 %)		
Promedio diario de Urgencias atendidas en el Centro de Salud		
Número de actividades grupales y actividades comunitarias al año		
Indicar tipo de actividades grupales:		

8. PROGRAMAS DE SALUD:

Atención a la Infancia y Adolescencia (0-14 años):	
Vacunaciones	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Revisiones al niño sano	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Atención a la patología aguda y crónica (especificar)	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Actividades de promoción y educación para la salud	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Coordinación con la atención a la salud mental infanto-juvenil	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Otros: (especificar)	
Atención al joven (15 a -19 años):	
Actividades de promoción y educación para la salud en la adolescencia	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Otros: (especificar)	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Atención a la mujer:	
Atención al embarazo, preparación al parto y puerperio	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Información de métodos anticonceptivos/seguridad sexual y seguimiento de la anticoncepción hormonal	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Detección precoz cáncer ginecológico	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Atención al climaterio	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Atención integral a mujeres víctimas de violencia de género	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Otros: (especificar)	



Atención al adulto	
Vacunaciones	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Actividades preventivas en el adulto (Hipertensión, DM, Dislipemia, Obesidad, EPOC, Tabaco, Alcohol y Otros)	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Atención a patologías agudas (<i>especificar</i>)	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Atención a patologías crónicas (<i>especificar</i>)	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Atención a la salud mental	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Atención al trabajador/a	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Atención domiciliaria a pacientes inmovilizados/ dependientes	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Actividades de promoción y educación para la salud en el adulto	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Otros: (<i>especificar</i>)	
Atención al anciano	
Actividades preventivas en personas mayores	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Atención al anciano de riesgo/frágil	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Atención a la familia/comunidad	
Abordaje familiar/familias de riesgo	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Apoyo a personas cuidadoras	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Actividades de promoción de la salud dirigidas a minorías	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Otros (<i>por Ej. Educación para la salud escolar</i>) (<i>especificar</i>)	
Atención en cuidados paliativos	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Coordinación entre niveles (Por Ej. Enfermera de enlace/gestora de casos)	
Atención hospitalaria	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Atención salud mental	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Atención socio-sanitaria	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Otros	
Otros programas	
Cirugía menor	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Participación en redes centinelas	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>



9. ACTIVIDAD DOCENTE E INVESTIGADORA (Debe aportarse Planificación de las sesiones y de las actividades de formación continuada del año anterior y del año en curso: N.º y periodicidad, en documentación adjunta)		
	Año	Año
Sesiones específicas por especialidad ((Mínimo 3 sesiones/mes específicas de cada especialidad)		
Enfermería Familiar y Comunitaria (indicar N.º)		
Medicina Familiar y Comunitaria (indicar N.º)		
Sesiones clínicas conjuntas (Mínimo 1 sesión clínica conjunta entre ambas especialidades, EFYC y MFYC)		
Actividades de formación continuada en las que han participado los especialistas en medicina familiar y comunitaria y en enfermería familiar y comunitaria del centro		
Participación del centro de salud en la formación de grado: (Si es afirmativo indicar el n.º de alumnos y titulación por año)	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Participación en Grupos/Comisiones Clínicas del Área de Salud (Especificar)	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	



10. INDICADORES DE CALIDAD (referidos a los dos últimos años):		
	Año	Año
Frecuentación por persona asignada/año		
Porcentaje de frecuentación de personas distintas vistas en un año / Médico Familia		
Porcentaje de frecuentación de personas distintas vistas en un año / Enfermero de Familia		
Porcentaje de consultas resueltas (sin derivación) en el CS sobre el total consultas realizadas (Mayor del 70%)		
Programa/acción uso racional del medicamento	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Porcentaje de prescripción por principio activo		
Porcentaje de diabéticos con HbA1c < 7%		
Porcentaje de hipertensos con TA < 140/90		
QUEJAS Y RECLAMACIONES (referidos a los dos últimos años):		
	Año	Año
N.º de Quejas y reclamaciones recibidas		
Medidas adoptadas (indicar):		
Otros:		

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

(Entidad titular del dispositivo)