



**FORMULARIO ESPECÍFICO DE ACREDITACIÓN Y RE-ACREDITACIÓN DE  
DISPOSITIVOS HOSPITALARIOS  
UDM de AFYC**

**1. DENOMINACIÓN DEL DISPOSITIVO HOSPITALARIO:**

Localidad:	Provincia:
Adscrito a: <i>(Indicar denominación de la Unidad Docente)</i> :	
Entidad titular del dispositivo:	
¿El Dispositivo Hospitalario lleva un tiempo mínimo de funcionamiento de 2 años?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿Existe un director/gerente y normas escritas de organización interna?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿Existen Protocolos o guías de actuación y guías de práctica clínica adoptados y aplicados por el equipo pluridisciplinar, periódicamente actualizados, revisados y aprobados por la Entidad Titular?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

**2. CAPACIDAD DOCENTE DEL DISPOSITIVO:**

Especialidad	Duración estancia formativa	Capacidad docente
Medicina Familiar y Comunitaria		
Enfermería de Atención Familiar y Comunitaria		

**3. RESPONSABLE / COLABORADOR DOCENTE en este dispositivo:**  
*(Nombre, Apellidos y Especialidad)*

Don/Doña:	Especialidad:
Don/Doña:	Especialidad:
Don/Doña:	Especialidad:

**4. COBERTURA POBLACIONAL:**

**5. RECURSOS HUMANOS** *(indicar el n.º de especialistas en cada una de las áreas en las que realizarán estancias formativas):*

	Nº de profesionales
Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria	
Especialistas de M. Interna y otras especialidades médicas	
Especialistas en Cirugía General y Aparato Digestivo	
Especialistas en Dermatología	
Especialistas en Traumatología	
Especialistas en Pediatría	
Especialistas en Otorrinolaringología	



Especialistas en Oftalmología	
Especialistas en Obstetricia y Ginecología	
Especialistas en Enfermería de Atención Familiar y Comunitaria	
Especialistas en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matronas)	
Profesionales médicos en el Área de Urgencias	
Profesionales de enfermería en el Área de Urgencias	
Otros ( <i>especificar</i> ):	

**6. ÁREA FÍSICA Y RECURSOS MATERIALES** (*indicar los recursos en las diferentes áreas en las que los residentes realizan estancias formativas*):

	Indicar Número
<b>N.º de camas</b> ( <i>El n.º mínimo de camas del hospital será de 90-150 camas</i> )	
N.º total de camas	
N.º camas en Medicina Interna y especialidades Médicas	
N.º camas en Pediatría	
N.º camas en Obstetricia y Ginecología	
N.º de camas en Cirugía General y Aparato Digestivo ( <i>no incluye las áreas quirúrgicas especificadas</i> )	
N.º camas en Cirugía Ortopédica y Traumatología	
N.º de camas Oftalmología	
N.º camas en Otorrinolaringología	
N.º camas en otras áreas/servicios ( <i>especificar</i> )	
N.º puestos/box de Urgencias	
¿Tiene Hospital de día? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <i>Si la respuesta es afirmativa indicar n.º de camas</i>	
<b>N.º de quirófanos</b>	
N.º total de quirófanos	
N.º sesiones de quirófano/semana	
N.º total de quirófanos de cirugía menor	
N.º sesiones de quirófano/semana de cirugía menor	
N.º de quirófanos en otras áreas/servicios ( <i>especificar</i> )	
N.º de sesiones de quirófano/semana en otras áreas/servicios ( <i>especificar</i> )	
<b>N.º de consultas externas</b>	
N.º sesiones de consulta/semana de Medicina Interna y especialidades Médicas	
N.º sesiones de consulta/semana de Dermatología	
N.º sesiones de consulta/semana de Pediatría	







<b>PSIQUIATRÍA</b>	<b>Año</b>	<b>Año</b>
Consultas externas- Primeras Consultas		
Consultas externas- Consultas sucesivas o revisiones		
Consultas externas- Número sesiones consulta/semana		
10 GDRs más frecuentes ( <i>indicar número GDR y denominación de los más frecuentes en los 2 últimos años, así como el número de casos por año</i> )	<b>Año</b>	<b>Año</b>

	<b>Año</b>	<b>Año</b>
<b>URGENCIAS</b>		
Urgencias generales: Indicar n.º/día ( <i>Mínimo 70 urgencias/día</i> )		
Urgencias médicas: Indicar n.º/día		
Urgencias quirúrgicas: Indicar n.º/día		
Urgencias traumatológicas: Indicar n.º/día		
<b>OTRAS UNIDADES/ÁREAS</b> ( <i>Indicar n.º pacientes en los 2 últimos años</i> )		
	<b>Año</b>	<b>Año</b>
Unidad de hospitalización a domicilio: SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Unidad de educación diabetológica SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Unidad de educación de enfermos crónicos SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Unidad de menopausia SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Unidad de prevención del cáncer ginecológico SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Unidad de cuidados paliativos SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		

