

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

### DISPOSITIVO SOCIOSANITARIO

Cumplimentar un formulario por cada uno de los Dispositivos Sociosanitarios relacionados en la Tabla Resumen de UDM de Geriatria

[Programa formativo](#)

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

<b>1. DENOMINACIÓN DEL DISPOSITIVO:</b>		
<b>Tipo de dispositivo:</b> (Elegir opción de la tabla)		
Localidad:	Provincia:	
Adscrito a: <i>(Indicar denominación de la Unidad Docente)</i>		
Entidad titular del dispositivo:		
<b>2. CAPACIDAD DOCENTE DEL DISPOSITIVO:</b>		
Especialidad	Duración estancia formativa <i>(La duración de la estancia formativa es la establecida en la Guía o Itinerario Formativo tipo)</i>	Capacidad docente (turnos/año)
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>		



<b>5. RECURSOS HUMANOS:</b>	Indicar número de profesionales
Especialistas en Geriatría	
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 los recursos disponibles: <i>(Las Residencias para mayores requieren 50 camas para personas dependientes. Los Centros de Día contarán, como mínimo, con 20 plazas).</i>	Indicar número
<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 <i>( Las Unidades de cuidados prolongados/Larga estancia tendrán un mínimo de 100 ingresos/año)</i>	Año
Planes de Cuidados estandarizados de Enfermería	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<b>9. ACTIVIDAD DOCENTE</b> de 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

(Entidad titular del dispositivo)

Fdo: