



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:			
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)		
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"/>

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"/>
Laboratorio de habilidades	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Otros recursos materiales *(indicar)*:

8. ÁREAS / SERVICIOS ASISTENCIALES

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"/>
9. SESIONES CLÍNICAS: (<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"/>
10. ACTIVIDAD DOCENTE E INVESTIGADORA de todos los profesionales (<i>durante los dos últimos años</i>):			
Formación continuada ⁽¹⁾		SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Ponencias y comunicaciones presentadas ⁽¹⁾		SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Proyectos de investigación ⁽¹⁾		SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Publicaciones ⁽¹⁾		SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Otros ⁽¹⁾ (<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:

⁽¹⁾ En caso de señalarse afirmativamente, debe aportarse en documentación adjunta.