

## FORMULARIO ESPECÍFICO DE ACREDITACIÓN Y RE-ACREDITACIÓN DE SERVICIOS Y SOCIEDADES DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES DE LA UDM DE SALUD LABORAL

[Programa Formativo](#)

[Requisitos acreditación](#)

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

<b>1. DENOMINACIÓN DEL SERVICIO / SOCIEDAD DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES <sup>(1)</sup> :</b>		
<input type="checkbox"/> AJENO <input type="checkbox"/> PROPIO		
Localidad:	Provincia:	
Adscrito a: <i>(Indicar denominación de la Unidad Docente)</i>		
Entidad titular del dispositivo:		
<b>2. CAPACIDAD DOCENTE DEL DISPOSITIVO:</b>		
<b>Especialidad</b>	<b>Duración estancia formativa</b>	<b>Capacidad docente (turnos/año)</b>
Enfermería del Trabajo		
Medicina del Trabajo		
<b>3. RESPONSABLE / COLABORADOR DOCENTE en este dispositivo: <i>(Nombre, Apellidos y Especialidad)</i></b>		
Don/Doña:	(Seleccionar del desplegable)	
Don/Doña:	(Seleccionar del desplegable)	
Don/Doña:	(Seleccionar del desplegable)	
Don/Doña:	(Seleccionar del desplegable)	
<b>4. UNIDADES BÁSICAS DE SALUD LABORAL <i>(Indicar número):</i></b>		
<b>5. RECURSOS HUMANOS:</b>		Indicar número de profesionales
		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Jornada completa</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">Jornada parcial</td> </tr> </table>
Jornada completa	Jornada parcial	
Especialistas en Enfermería del Trabajo / Empresa		
Especialistas en Medicina del Trabajo / Empresa		
Otros profesionales <i>(indicar):</i>		



6. ÁREA FÍSICA:		Indicar número
Consultas		
Aulas:	Sala Reuniones	
SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Núm.:	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Núm.:	
Otros recursos del área física <i>(indicar)</i> :		
Biblioteca: <i>(elegir del desplegable)</i>	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"/>
Otros recursos materiales <i>(indicar)</i> :		
8. PROGRAMAS / ACTIVIDADES REGLADAS ASISTENCIALES: <i>Indicar disponibilidad de los siguientes programas:</i>		
Programa de evaluación (diagnóstico) y orientación terapéutica		SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Programas de educación para la salud		SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Programas asistenciales de Atención a los trabajadores		SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Otros Programas <i>(indicar)</i> :		SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
9. ACTIVIDAD SANITARIA EN FUNCIÓN DE LOS RIESGOS LABORALES, EN EL MARCO DE LAS ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN. <i>Indicar datos de actividad de los 2 últimos años</i>		
	Año	Año
Actuación coordinada de las disciplinas:		
Identificación y evaluación de riesgos		
Plan de prevención		
Formación de los trabajadores		
Investigación		
Gestión y participación en órganos técnico-consultivos		
Vigilancia de la Salud:		
Cuestionarios de síntomas		
Exámenes de Salud		
Indicadores biológicos		
Encuestas de salud		
Indicadores de salud		
Investigación de daños		
Atención de Urgencia:		
Protocolos de actuación con procedimientos y competencias		
Primeros auxilios		
Promoción de la Salud:		
Consejo sanitario		
Inmunizaciones		
Programas sanitarios		
Asesoramiento sanitario		

10. INDICADORES DE ACTIVIDAD ASISTENCIAL durante los dos últimos años.		
Consultas:		
	Año	Año
Promedio diario de consultas realizadas en el Centro		
Promedio diario de urgencias atendidas en el Centro		
Media de consultas por profesional y día:		
Medicina del Trabajo		
Enfermería del Trabajo		
Planes de Cuidados estandarizados de Enfermería	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> Debe adjuntar copia de la acreditación como Servicio/Sociedad de Prevención de Riesgos Laborales expedida por los Organismos competentes sanitario y laboral