

## 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)      |   |
| <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:<br>(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"/>       |
| Otros recursos materiales <i>(indicar)</i> :   |   |   |
| 8. PROGRAMAS / ACTIVIDADES REGLADAS ASISTENCIALES: Indicar disponibilidad de los siguientes programas:   |   |   |
| 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. Indicar datos de actividad de los 2 últimos años |   |   |
|  | 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