

FORMULARIO DE SOLICITUD PARA LA ACREDITACIÓN INICIAL / REACREDITACIÓN DE CENTROS DE SALUD VINCULADOS A UNIDADES DOCENTES ACREDITADAS PARA LA FORMACIÓN DE ESPECIALISTAS EN PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS

UD DE PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS DEL HOSPITAL
CENTRO DE SALUD:
UBICADO EN UD DE MFyC DE:
ZONA <input type="checkbox"/> / ÁREA <input type="checkbox"/> / SECTOR <input type="checkbox"/> :
COMUNIDAD AUTÓNOMA:

<input type="checkbox"/> Acreditación inicial		<input type="checkbox"/> Re-acreditación	
1. DATOS DEL CENTRO DE SALUD			
Coordinador del Centro de Salud		e-mail	
Tiempo de funcionamiento como Equipo de Atención Primaria en años			
Domicilio	C/	Nº	CP
Municipio			
Provincia			
Organismo o entidad jurídica de quién depende			
Teléfono	Fax	e-mail	
Web			
Ámbito	<input type="checkbox"/> Urbano <input type="checkbox"/> Periférico <input type="checkbox"/> Rural		
2. EDIFICIO Y EQUIPAMIENTOS GENERALES			
Número total de consultas externas polivalentes de Pediatría y sus Áreas Específicas			
¿La estructura física garantiza el ambiente adecuado para los pacientes pediátricos?		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Espacios disponibles:			
Área de urgencias	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Archivo centralizado	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Sala de Sesiones y Reuniones	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Equipamientos específicos:		Equipamiento de Urgencias:	
Camilla de exploración	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Carro de parada	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Pesabebés	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Equipo de Intubación	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Tallímetro para niños y adolescentes	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Desfibrilador	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Otoscopio	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Oxigenoterapia	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Oftalmoscopio	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Aerosolterapia	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Plomada	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Pulsioxímetro	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Orquidómetro	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Podoscopio	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Optotipos pediátricos	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Esfigmomanómetros	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Negatoscopio	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Peak-flows	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Fonendoscopios	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		

Otros equipamientos:			
Pizarra o equivalente	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Fotocopiadora	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Retroproyector	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Proyector de diapositivas	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Monitor de TV	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Reproductor de video	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Ordenador personal para docencia/investigación	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Cañón de proyección para ordenador	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Cámara de vídeo	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
3. PERSONAL			
Nº de especialistas en Pediatría y sus Áreas específicas			
Número total de Médicos			
Nombre del Tutor o Tutores de la especialidad de Pediatría y sus Áreas específicas*			
Nº Enfermeros/as con dedicación específica de la consulta de Pediatría			
Auxiliares de enfermería			
Auxiliares Administrativos y Celadores			
Otros			
* Adjuntar copia de los títulos de especialista en Pediatría y sus Áreas Específicas de los tutores y breve Currículo Vitae actualizado.			
4. SISTEMAS DE REGISTRO			
¿La historia clínica está informatizada?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Programa utilizado	
¿Existe un sistema de registro de vacunaciones?			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿Existe un sistema de registro de problemas crónicos?			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Si la historias clínica no está informatizadas rellene los siguientes sub-apartados			
La HCAP posee Hoja de Datos Básicos			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
La HCAP posee Hojas de Curso Clínico			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
La HCAP posee Lista de problemas			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
La HCAP posee Hojas de Monitorización			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Existe un fichero de edad y sexo			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Existe un registro de los grupos de riesgo			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Existe un sistema de registro de las actividades asistenciales del Centro			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Existe un sistema de registro de los programas de salud del centro			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
5. ORGANIZACIÓN DE LA UNIDAD ASISTENCIAL.			
El Centro de Salud cuenta con una Memoria anual de la unidad, con una antigüedad mínima de dos años. (Adjuntar documentación)			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
El Centro de Salud cuenta con una Memoria o Plan de actividades formativas propias para los miembros de la plantilla. (Adjuntar documentación)			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
El Centro de Salud posee una Memoria o Plan de actividades formativas para los MIR en rotación. (Adjuntar documentación)			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
6. ACTIVIDAD ASISTENCIAL (referida al año anterior)			
Número de Consultas Pediatra/día			(20-30/d)*
Tiempo de segundas consultas de Pediatría según tipo de patología y edad del paciente			
El Centro de Salud tiene Historia Clínica individualizada y archivada			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
El Centro de Salud tiene Programas de Salud activos, relativos a promoción de la lactancia materna.			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
El Centro de Salud tiene Programas de Salud activos, relativos a inmunizaciones			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
El Centro de Salud realiza exámenes periódicos de salud en los que participará activamente el residente			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Otras actividades			
Educación sanitaria			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Valoración de crecimiento maduración y desarrollo			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Posibilidad de colaboración con Unidad de Salud Mental Infante-Juvenil			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Consultas programadas para revisiones de enfermedades crónicas (una o varias de las siguientes: asma, obesidad, hipocrecimiento, epilepsia, diabetes, fallo de medro, etc.) preferentemente en interconexión con el hospital de referencia.			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
* Según lo determinado por la Resolución Conjunta de los Ministerios de Sanidad y Consumo y de Educación y Ciencia, por la que se establecen los Requisitos Generales de Acreditación de Centros de Salud vinculados a Unidades Docentes Acreditadas para la formación de especialistas en Pediatría y sus Áreas Específicas de 10 de mayo de 2006.			

7. FORMACIÓN		
Sesiones Clínicas		
Sesiones Bibliográficas		
Sesiones de Interconsulta docente		
Sesiones y Seminarios sobre otros temas		
Existe programación previa (al menos mensual) de las sesiones y reuniones		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
11. DOCENCIA PREGRADO		
Colaboración del Centro de Salud en la formación pregraduada:		
Medicina	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Nº total alumnos/año
Enfermería	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Nº total alumnos/año
Número de Profesores Titulares/ Asociados de la Universidad		
Número de profesores vinculados a la Universidad		
Denominación de la Universidad con la que se establece la colaboración		
12. INVESTIGACIÓN		
Líneas de Investigación activas en Pediatría en el Centro de Salud:		
Línea	Responsable	Año de inicio
Comunicaciones en Pediatría en los tres últimos años		
Publicaciones en Pediatría en los tres últimos años		
Becas en activo		
Proyectos de tutorización activa de actividades y trabajos de investigación con los residentes		

13. BIBLIOTECA	
Existe un responsable de la organización de la biblioteca	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Existe acceso a Internet y a bases bibliográficas de carácter electrónico	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
La Biblioteca dispone de dos textos pediátricos de reconocida solvencia en edición actualizada de uso predominante en pediatría	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Si es que "SI" Indique cuales	
La Biblioteca dispone de revistas especializadas cuyo contenido se relacione de modo preferente con Atención Primaria en Pediatría	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Si es que "SI" Indique cuales	
14. GARANTÍA CONTINUA DE CALIDAD:	
Existe un Plan de Garantía Continua de Calidad en el Centro de Salud	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Si es que "SI" Especificar	
15. OBSERVACIONES (Se incluirán aquí todo tipo de comentarios o aclaraciones sobre la solicitud de acreditación)	
16. DOCUMENTACIÓN ADJUNTA (señalar la relación de documentos adjuntos obligatorios que se añadan a la solicitud)	
Memoria anual de la unidad, con una antigüedad mínima de dos años	<input type="checkbox"/>
Memoria o Plan de actividades formativas propias para los miembros de la plantilla	<input type="checkbox"/>
Memoria o Plan de actividades formativas para los MIR en rotación	<input type="checkbox"/>
Título y CV de los tutores	<input type="checkbox"/>