# 1. DENOMINACIÓN DEL CENTRO DE SALUD

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Denominación del Centro de Salud** | | |  | | | | |
| **Localidad** |  | | | **Provincia** |  | | |
| **Adscrito a:** | |  | | | | | |
| **Entidad titular del dispositivo** | |  | | | | | |
| **Tipo de Centro** | | | | | | Urbano | Rural |
| **¿El Centro de Salud lleva un tiempo mínimo de funcionamiento de 2 años?** | | | | | | Sí | No |
| **Si la respuesta anterior es NO, justificar la solicitud de acreditación** | |  | | | | | |
| **¿Existe un Director/coordinador del Centro con normas escritas de organización del centro?** | | | | | | Sí | No |

**2. CAPACIDAD DOCENTE DEL DISPOSITIVO**

**Duración estancia formativa**

|  |  |
| --- | --- |
| **Medicina Familiar y Comunitaria Enfermería Familiar y Comunitaria** | |
|  |  |
| **Medicina Familiar y Comunitaria Enfermería Familiar y Comunitaria** | |
|  |  |

**Capacidad docente (turnos/año)**

# 3. RESPONSABLE / COLABORADOR DOCENTE DEL DISPOSITIVO

Campos obligatorios según proceda

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dº/Dª** |  | | **Especialidad** |  |
| **Dº/Dª** |  | | **Especialidad** |  |
| **Dº/Dª** |  | | **Especialidad** |  |
| **Dº/Dª** |  | | **Especialidad** |  |
| **Dº/Dª** |  | | **Especialidad** |  |
| **Otros** | |  | | |

# 4. COBERTURA POBLACIONAL

Indicar el número

|  |  |
| --- | --- |
| **Población por Médico de Familia** |  |
| **Población por Enfermera de Familia** |  |
| **Población infantil por Pediatra** |  |

# 5. RECURSOS HUMANOS

Indicar el número de profesionales

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria** | | 0 |
| **Especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria** | | 0 |
| **Enfermeros de Cuidados Generales** | | 0 |
| **Especialistas en Pediatría y sus Áreas Específicas** | |  |
| **Especialistas en Enfermería Pediátrica** | |  |
| **Especialistas en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona)** | |  |
| **Odontólogos** | |  |
| **Trabajadores Sociales** | |  |
| **Otros profesionales** |  | |

# 6. ÁREA FÍSICA

Indicar el número

|  |  |
| --- | --- |
| **N.º de Consultas de Medicina Familiar y Comunitaria** |  |
| **N.º de Consultas independientes disponibles para los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria** |  |
| **N.º de Consultas de Enfermería Familiar y Comunitaria** |  |
| **N.º de Consultas independientes disponibles para los residentes de Enfermería Familiar y Comunitaria** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **¿Existe sala de urgencias/cura/cirugía menor?** | SI  NO |
| **¿Existe disponibilidad de acceso a medios audiovisuales?** | SI  NO |

Disponibilidad de acceso a sala para sesiones de educación para la Salud, reuniones y sesiones clínicas

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nº de Aulas** | | 0 | **Nº de Sala de Reuniones** | 0 |
| **Otros recursos del área física** |  | | | |

# 7. RECURSOS MATERIALES

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Electrocardiografía** | | Si | No |
| **Carro de parada** | | Si | No |
| **Espirometría** | | Si | No |
| **Oxigenoterapia** | | Si | No |
| **Aerosolterapia** | | Si | No |
| **Coagulómetro** | | Si | No |
| **Material necesario para cirugía menor** | | Si | No |
| **Pulsioxímetro** | | Si | No |
| **Doppler vascular** | | Si | No |
| **Ecógrafo** | | Si | No |
| **Otros recursos** |  | | |

**8. INDICADORES DE ACTIVIDAD ASISTENCIAL**

Medicina Familiar y Comunitaria

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Año** | 0 | **Año** | 0 |
| **Promedio diario de consultas** | 0 | **Promedio diario de consultas** | 0 |
| **Porcentaje de atención a demanda** | 0 | **Porcentaje de atención a demanda** | 0 |
| **Porcentaje de atención programada** | 0 | **Porcentaje de atención programada** | 0 |
| **Porcentaje de visita domiciliaria** | 0 | **Porcentaje de visita domiciliaria** | 0 |

Enfermería Familiar y Comunitaria

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Año** | | 0 | **Año** | 0 |
| **Promedio diario de consultas** | | 0 | **Promedio diario de consultas** | 0 |
| **Porcentaje de atención a demanda** | | 0 | **Porcentaje de atención a demanda** | 0 |
| **Porcentaje de atención programada** | | 0 | **Porcentaje de atención programada** | 0 |
| **Porcentaje de visita domiciliaria** | | 0 | **Porcentaje de visita domiciliaria** | 0 |
| **Año** | | 0 | **Año** | 0 |
| **Promedio diario de Urgencias atendidas en el Centro de Salud** | | 0 | **Promedio diario de Urgencias atendidas en el Centro de Salud** | 0 |
| **Número de actividades grupales y actividades comunitarias al año** | | 0 | **Número de actividades grupales y actividades comunitarias al año** | 0 |
| **Indicar tipo de actividades grupales y comunitarias** |  | | | |

# 9. PROGRAMAS DE SALUD

Atención a la Infancia y Adolescencia (0-14 años):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Vacunaciones** | | SI | NO |
| **Revisiones al niño sano** | | SI | NO |
| **Atención a la patología aguda y crónica** | | SI | NO |
| **Especificar** |  | | |
| **Actividades de promoción y educación para la salud** | | SI | NO |
| **Coordinación con la atención a la salud mental infanto-juvenil** | | SI | NO |
| **Otros** |  | | |

Atención al joven (15 a -19 años):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Actividades de promoción y educación para la salud en la adolescencia** | | SI  NO |
| **Otros** |  | |

Atención a la mujer:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Atención al embarazo, preparación al parto y puerperio** | | SI | NO |
| **Información de métodos anticonceptivos/seguridad sexual y seguimiento de la anticoncepción hormonal** | | SI | NO |
| **Detección precoz cáncer ginecológico** | | SI | NO |
| **Atención al climaterio** | | SI | NO |
| **Atención integral a mujeres víctimas de violencia de género** | | SI | NO |
| **Otros** |  | | |

Atención al adulto:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Vacunaciones** | | SI | NO |
| **Actividades preventivas en el adulto (Hipertensión, DM, Dislipemia, Obesidad, EPOC, Tabaco, Alcohol y Otros)** | | SI | NO |
| **Atención a patologías agudas** | | SI | NO |
| **Especificar** |  | | |
| **Atención a patologías crónicas** | | SI | NO |
| **Especificar** |  | | |
| **Atención a la salud mental** | | SI | NO |
| **Atención al trabajador/a** | | SI | NO |
| **Atención domiciliaria a pacientes inmovilizados/ dependientes** | | SI | NO |
| **Actividades de promoción y educación para la salud en el adulto** | | SI | NO |
| **Otros** |  | | |

Atención al anciano:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Actividades preventivas en personas mayores** | | SI  NO |
| **Atención al anciano de riesgo/frágil** | | SI  NO |
| **Otros** |  | |

Atención a la familia/comunidad:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Abordaje familiar/familias de riesgo** | | SI | NO |
| **Apoyo a personas cuidadoras** | | SI | NO |
| **Actividades de promoción de la salud dirigidas a minorías** | | SI | NO |
| **Otros** |  | | |

Cuidados Paliativos:

NO

SI

**Atención en cuidados paliativos**

Coordinación entre niveles (Por Ej. Enfermera de enlace/gestora de casos):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Atención hospitalaria** | | SI | NO |
| **Atención salud mental** | | SI | NO |
| **Atención socio-sanitaria** | | SI | NO |
| **Otros** |  | | |

Otros programas:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Cirugía menor** | | SI  NO |
| **Participación en redes centinelas** | | SI  NO |
| **Otros** |  | |

# 10. ACTIVIDAD DOCENTE E INVESTIGADORA EN ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Año** | | 0 | **Año** | | 0 |
| **Nº Sesiones específicas al mes de Medicina Familiar y Comunitaria** | | 0 | **Nº Sesiones específicas al mes de Medicina Familiar y Comunitaria** | | 0 |
| **Nº Sesiones específicas al mes de Enfermería Familiar y Comunitaria** | | 0 | **Nº Sesiones específicas al mes de Enfermería Familiar y Comunitaria** | | 0 |
| **Nº Sesiones conjuntas al mes** | | 0 | **Nº Sesiones conjuntas al mes** | | 0 |
| **Actividades de formación continuada con participación de MFYC o EFYC del Centro o Área de Salud del último año** | | | | Si  No | |
| **Especificar** |  | | | | |
| **Participación del centro de salud en la formación de grado** | | | | Si  No | |
| **Indicar** |  | | | | |
| **Participación en Grupos/Comisiones Clínicas del Área de Salud** | | | | Si  No | |
| **Especificar** |  | | | | |



He adjuntado a la solicitud la Planificación de las sesiones y de las actividades de formación continuada del año anterior y del año en curso

**11. INDICADORES DE CALIDAD**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Año** | 0 | **Año** | | 0 |
| **Frecuentación por persona asignada/año** | 0 | **Frecuentación por persona asignada/año** | | 0 |
| **Porcentaje de frecuentación de personas distintas vistas en un año**  **/ Médico Familia** | 0 | **Porcentaje de frecuentación de personas distintas vistas en un año**  **/ Médico Familia** | | 0 |
| **Porcentaje de frecuentación de personas distintas vistas en un año**  **/ Enfermero de Familia** | 0 | **Porcentaje de frecuentación de personas distintas vistas en un año**  **/ Enfermero de Familia** | | 0 |
| **Porcentaje de consultas resueltas (sin derivación) en el CS sobre el total consultas realizadas** | 0 | **Porcentaje de consultas resueltas (sin derivación) en el CS sobre el total consultas realizadas** | | 0 |
| **Porcentaje de prescripción por principio activo** | 0 | **Porcentaje de prescripción por principio activo** | | 0 |
| **Porcentaje de diabéticos con HbA1c < 7%** | 0 | **Porcentaje de diabéticos con HbA1c < 7%** | | 0 |
| **Porcentaje de hipertensos con TA < 140/90 mmHg** | 0 | **Porcentaje de hipertensos con TA < 140/90 mmHg** | | 0 |
| **Programa/acción uso racional del medicamento** | | | SI  NO | |

Quejas y reclamaciones en el Centro de Salud en los dos últimos años, y medidas adoptadas:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Año** | | | 0 | **Año** | | 0 |
| **Quejas y recla maciones recibidas** | 0 | | | **Quejas y recla maciones recibidas** | 0 | |
| **Medidas adoptadas** | |  | | | | |
| **Otros** | |  | | | | |