1. DENOMINACIÓN DEL DISPOSITIVO DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Denominación del Centro** | | |  | | |
| **Localidad** |  | | | **Provincia** |  |
| **Adscrito a:** | |  | | | |
| **Entidad titular del dispositivo** | |  | | | |

2. CAPACIDAD DOCENTE DEL DISPOSITIVO

**Duración estancia formativa**

|  |  |
| --- | --- |
| **Medicina del Trabajo Enfermería del Trabajo** | |
|  |  |
| **Medicina del Trabajo Enfermería del Trabajo** | |
|  |  |

**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

0

**Indicar número**

5. RECURSOS HUMANOS

Indicar el número de profesionales

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Especialistas en Medicina del Trabajo** | |  |
| **Indicar puesto de trabajo de estos profesionales** |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Especialistas en Enfermería del Trabajo** | |  |
| **Indicar puesto de trabajo de estos profesionales** |  | |

**Otros profesionales:**

6. AREA FÍSICA

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nº Quirófanos** | | 0 | | |
| **Nº Sesiones/semana de quirófano** | | 0 | | |
| **Nº Camas** | | 0 | | |
| **Nº Consultas** | | 0 | | |
| **Nº Aulas** | | 0 | | |
| **Nº Salas de reuniones** | | 0 | | |
| **Atención continuada/guardias de 24 horas** | | | Si | No |
| **Fuentes documentales en soporte papel** | | | Si | No |
| **Acceso a base de datos** | | | Si | No |
| **Acceso a texto completo de revistas nacionales e internacionales de interés** | | | Si | No |
| **Otros recursos del área física:** |  | | | |

7. RECURSOS MATERIALES

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Archivo de Historias Clínicas** | | Si | No |
| **Registro informatizado de casos y actividad asistencial** | | Si | No |
| **Laboratorio de habilidades** | | Si | No |
| **Disponibilidad de acceso a medios audiovisuales** | | Si | No |
| **Otros recursos materiales:** |  | | |

8. AREAS/SERVICIOS ASISTENCIALES I

ALERGOLOGÍA

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Año** | 0 | **Año** | | 0 |
| **Nº ingresos/año** | 0 | **Nº ingresos/año** | | 0 |
| **Tasa de hospitalización** | 0 | **Tasa de hospitalización** | | 0 |
| **Días de estancia media** | 0 | **Días de estancia media** | | 0 |
| **Índice de ocupación** | 0 | **Índice de ocupación** | | 0 |
| **Nº Primeras consultas/año** | 0 | **Nº Primeras consultas/año** | | 0 |
| **Nº Consultas sucesivas/año** | 0 | **Nº Consultas sucesivas/año** | | 0 |
| **Nº consultas al día** | 0 | **Nº consultas al día** | | 0 |
| **Planes de Cuidados estandarizados de Enfermería** | | | Si  No | |

CARDIOLOGÍA

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Año** | 0 | **Año** | | 0 |
| **Nº ingresos/año** | 0 | **Nº ingresos/año** | | 0 |
| **Tasa de hospitalización** | 0 | **Tasa de hospitalización** | | 0 |
| **Días de estancia media** | 0 | **Días de estancia media** | | 0 |
| **Índice de ocupación** | 0 | **Índice de ocupación** | | 0 |
| **Nº Primeras consultas/año** | 0 | **Nº Primeras consultas/año** | | 0 |
| **Nº Consultas sucesivas/año** | 0 | **Nº Consultas sucesivas/año** | | 0 |
| **Nº consultas al día** | 0 | **Nº consultas al día** | | 0 |
| **Planes de Cuidados estandarizados de Enfermería** | | | Si  No | |

CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Año** | 0 | **Año** | | 0 |
| **Nº ingresos/año** | 0 | **Nº ingresos/año** | | 0 |
| **Tasa de hospitalización** | 0 | **Tasa de hospitalización** | | 0 |
| **Días de estancia media** | 0 | **Días de estancia media** | | 0 |
| **Índice de ocupación** | 0 | **Índice de ocupación** | | 0 |
| **Actividad quirúrgica urgente** | 0 | **Actividad quirúrgica urgente** | | 0 |
| **Actividad quirúrgica programada** | 0 | **Actividad quirúrgica programada** | | 0 |
| **Nº Primeras consultas/año** | 0 | **Nº Primeras consultas/año** | | 0 |
| **Nº Consultas sucesivas/año** | 0 | **Nº Consultas sucesivas/año** | | 0 |
| **Nº consultas al día** | 0 | **Nº consultas al día** | | 0 |
| **Planes de Cuidados estandarizados de Enfermería** | | | Si  No | |

OTORRINOLARINGOLOGÍA

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Año** | 0 | **Año** | | 0 |
| **Nº ingresos/año** | 0 | **Nº ingresos/año** | | 0 |
| **Tasa de hospitalización** | 0 | **Tasa de hospitalización** | | 0 |
| **Días de estancia media** | 0 | **Días de estancia media** | | 0 |
| **Índice de ocupación** | 0 | **Índice de ocupación** | | 0 |
| **Actividad quirúrgica urgente** | 0 | **Actividad quirúrgica urgente** | | 0 |
| **Actividad quirúrgica programada** | 0 | **Actividad quirúrgica programada** | | 0 |
| **Nº Primeras consultas/año** | 0 | **Nº Primeras consultas/año** | | 0 |
| **Nº Consultas sucesivas/año** | 0 | **Nº Consultas sucesivas/año** | | 0 |
| **Nº consultas al día** | 0 | **Nº consultas al día** | | 0 |
| **Planes de Cuidados estandarizados de Enfermería** | | | Si  No | |

OFTALMOLOGÍA

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Año** | 0 | **Año** | | 0 |
| **Nº ingresos/año** | 0 | **Nº ingresos/año** | | 0 |
| **Tasa de hospitalización** | 0 | **Tasa de hospitalización** | | 0 |
| **Días de estancia media** | 0 | **Días de estancia media** | | 0 |
| **Índice de ocupación** | 0 | **Índice de ocupación** | | 0 |
| **Actividad quirúrgica urgente** | 0 | **Actividad quirúrgica urgente** | | 0 |
| **Actividad quirúrgica programada** | 0 | **Actividad quirúrgica programada** | | 0 |
| **Nº Primeras consultas/año** | 0 | **Nº Primeras consultas/año** | | 0 |
| **Nº Consultas sucesivas/año** | 0 | **Nº Consultas sucesivas/año** | | 0 |
| **Nº consultas al día** | 0 | **Nº consultas al día** | | 0 |
| **Planes de Cuidados estandarizados de Enfermería** | | | Si  No | |

DERMATOLOGÍA

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Año** | 0 | **Año** | | 0 |
| **Nº ingresos/año** | 0 | **Nº ingresos/año** | | 0 |
| **Tasa de hospitalización** | 0 | **Tasa de hospitalización** | | 0 |
| **Días de estancia media** | 0 | **Días de estancia media** | | 0 |
| **Índice de ocupación** | 0 | **Índice de ocupación** | | 0 |
| **Nº Primeras consultas/año** | 0 | **Nº Primeras consultas/año** | | 0 |
| **Nº Consultas sucesivas/año** | 0 | **Nº Consultas sucesivas/año** | | 0 |
| **Nº consultas al día** | 0 | **Nº consultas al día** | | 0 |
| **Planes de Cuidados estandarizados de Enfermería** | | | Si  No | |

9. AREAS/SERVICIOS ASISTENCIALES II

MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Año** | 0 | **Año** | 0 |
| **Nº Primeras Consultas** | 0 | **Nº Primeras Consultas** | 0 |
| **Nº Consultas Sucesivas** | 0 | **Nº Consultas Sucesivas** | 0 |
| **Nº Consultas/día** | 0 | **Nº Consultas/día** | 0 |

MEDICINA INTERNA

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Año** | 0 | **Año** | | 0 |
| **Nº ingresos/año** | 0 | **Nº ingresos/año** | | 0 |
| **Tasa de hospitalización** | 0 | **Tasa de hospitalización** | | 0 |
| **Día de estancia media** | 0 | **Día de estancia media** | | 0 |
| **Índice de ocupación** | 0 | **Índice de ocupación** | | 0 |
| **Nº Primeras Consultas** | 0 | **Nº Primeras Consultas** | | 0 |
| **Nº Consultas Sucesivas** | 0 | **Nº Consultas Sucesivas** | | 0 |
| **Nº Consultas/día** | 0 | **Nº Consultas/día** | | 0 |
| **Planes de Cuidados estandarizados de Enfermería** | | | Sí  No | |

NEUMOLOGÍA

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Año** | 0 | **Año** | | 0 |
| **Nº ingresos/año** | 0 | **Nº ingresos/año** | | 0 |
| **Tasa de hospitalización** | 0 | **Tasa de hospitalización** | | 0 |
| **Día de estancia media** | 0 | **Día de estancia media** | | 0 |
| **Índice de ocupación** | 0 | **Índice de ocupación** | | 0 |
| **Nº Primeras Consultas** | 0 | **Nº Primeras Consultas** | | 0 |
| **Nº Consultas Sucesivas** | 0 | **Nº Consultas Sucesivas** | | 0 |
| **Nº Consultas/día** | 0 | **Nº Consultas/día** | | 0 |
| **Planes de Cuidados estandarizados de Enfermería** | | | Sí  No | |

NEUROLOGÍA

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Año** | 0 | **Año** | | 0 |
| **Nº ingresos/año** | 0 | **Nº ingresos/año** | | 0 |
| **Tasa de hospitalización** | 0 | **Tasa de hospitalización** | | 0 |
| **Día de estancia media** | 0 | **Día de estancia media** | | 0 |
| **Índice de ocupación** | 0 | **Índice de ocupación** | | 0 |
| **Nº Primeras Consultas** | 0 | **Nº Primeras Consultas** | | 0 |
| **Nº Consultas Sucesivas** | 0 | **Nº Consultas Sucesivas** | | 0 |
| **Nº Consultas/día** | 0 | **Nº Consultas/día** | | 0 |
| **Planes de Cuidados estandarizados de Enfermería** | | | Sí  No | |

PSIQUIATRÍA

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Año** | 0 | **Año** | | 0 |
| **Nº ingresos/año** | 0 | **Nº ingresos/año** | | 0 |
| **Tasa de hospitalización** | 0 | **Tasa de hospitalización** | | 0 |
| **Día de estancia media** | 0 | **Día de estancia media** | | 0 |
| **Índice de ocupación** | 0 | **Índice de ocupación** | | 0 |
| **Nº Primeras Consultas** | 0 | **Nº Primeras Consultas** | | 0 |
| **Nº Consultas Sucesivas** | 0 | **Nº Consultas Sucesivas** | | 0 |
| **Nº Consultas/día** | 0 | **Nº Consultas/día** | | 0 |
| **Planes de Cuidados estandarizados de Enfermería** | | | Sí  No | |

URGENCIAS

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Año** | 0 | **Año** | | 0 |
| **Nº Total Urgencias** | 0 | **Nº Total Urgencias** | | 0 |
| **Nº Urgencias Médicas** | 0 | **Nº Urgencias Médicas** | | 0 |
| **Nº Urgencias Traumatológicas** | 0 | **Nº Urgencias Traumatológicas** | | 0 |
| **Nº Urgencias Oftalmología** | 0 | **Nº Urgencias Oftalmología** | | 0 |
| **Nº Urgencias Otorrinolaringología** | 0 | **Nº Urgencias Otorrinolaringología** | | 0 |
| **Planes de Cuidados estandarizados de Enfermería** | | | Sí  No | |

10. ACTIVIDAD DOCENTE E INVESTIGADORA

En caso de señalarse afirmativamente, debe aportarse Calendario en documentación adjunta, con la planificación del año anterior y la del año en curso

|  |  |
| --- | --- |
| **Sesiones clínicas conjuntas** | Si  No |
| **Sesiones clínicas específicas de Medicina del Trabajo** | Si  No |
| **Sesiones clínicas específicas de Enfermería del Trabajo** | Si  No |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Formación continuada** | Si | No |
| **Ponencias y comunicaciones presentadas** | Si | No |
| **Proyectos de investigación** | Si | No |
| **Publicaciones** | Si | No |

|  |  |
| --- | --- |
| **Otros** | Si  No |



He adjuntado a la solicitud la documentación de los 2 últimos años de las respondidas afirmativamente