1. DENOMINACIÓN DEL SERVICIO / SOCIEDAD DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Denominación del Servicio o Sociedad** | |  | | | |
| **Titularidad** | | | | | Ajeno  Propio |
| **Localidad** |  | | **Provincia** |  | |
| **Adscrito a:** | |  | | | |
| **Entidad titular del dispositivo** | |  | | | |
| Se adjunta copia de la acreditación como Servicio/Sociedad de Prevención de Riesgos Laborares expedida por los Organismos competentes sanitario y laboral | | | | | |

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 cola boradores** | |  | | |

4. UNIDADES BÁSICAS DE SALUD LABORAL

0

**Indicar número**

5. RECURSOS HUMANOS

Indicar el número de profesionales

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Especialistas en Medicina del Trabajo con jornada completa** | |  |
| **Especialistas en Medicina del Trabajo con jornada parcial** | |  |
| **Especialistas en Enfermería del Trabajo con jornada completa** | |  |
| **Especialistas en Enfermería del Trabajo con jornada parcial** | |  |
| **Otros profesionales** |  | |

6. ÁREA FÍSICA

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Número de consultas** | | 0 | | |
| **Acceso a aulas** | | | SI | NO |
| **Acceso a salas de reuniones** | | | 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 los recursos del área física** |  | | | |

7. RECURSOS MATERIALES

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Archivo de Historias Clínicas** | | Si | No |
| **Registro informatizado de casos y actividad asistencial** | | Si | No |
| **Disponibilidad de medios audiovisuales** | | Si | No |
| **Otros recursos** |  | | |

8. PROGRAMAS / ACTIVIDADES REGLADAS ASISTENCIALES

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Programa de evaluación (diagnóstico) y orientación terapéutica** | | Si | No |
| **Programas de educación para la salud** | | Si | No |
| **Programas asistenciales de Atención a los trabajadores** | | Si | No |
| **Otros programas** |  | | |

9. ACTIVIDAD SANITARIA EN FUNCIÓN DE LOS RIESGOS LABORALES

Actuación coordinada de las disciplinas

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Año** | 0 | **Año** | 0 |
| **Identificación y evaluación de riesgos** | 0 | **Identificación y evaluación de riesgos** | 0 |
| **Plan de prevención** | 0 | **Plan de prevención** | 0 |
| **Formación de los trabajadores** | 0 | **Formación de los trabajadores** | 0 |
| **Investigación** | 0 | **Investigación** | 0 |
| **Gestión y participación en órganos técnico-consultivos** | 0 | **Gestión y participación en órganos técnico-consultivos** | 0 |

Vigilancia de la Salud

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Año** | 0 | **Año** | 0 |
| **Cuestionarios de síntomas** | 0 | **Cuestionarios de síntomas** | 0 |
| **Exámenes de Salud** | 0 | **Exámenes de Salud** | 0 |
| **Indicadores biológicos** | 0 | **Indicadores biológicos** | 0 |
| **Encuestas de salud** | 0 | **Encuestas de salud** | 0 |
| **Indicadores de salud** | 0 | **Indicadores de salud** | 0 |
| **Investigación de daños** | 0 | **Investigación de daños** | 0 |

Atención de Urgencia

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Año** | 0 | **Año** | 0 |
| **Protocolos de actuación con procedimientos y competencias** | 0 | **Protocolos de actuación con procedimientos y competencias** | 0 |
| **Primeros auxilios** | 0 | **Primeros auxilios** | 0 |

Promoción de la Salud

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Año** | 0 | **Año** | 0 |
| **Consejo sanitario** | 0 | **Consejo sanitario** | 0 |
| **Inmunizaciones** | 0 | **Inmunizaciones** | 0 |
| **Programas sanitarios** | 0 | **Programas sanitarios** | 0 |
| **Asesoramiento sanitario** | 0 | **Asesoramiento sanitario** | 0 |

10. INDICADORES DE ACTIVIDAD ASISTENCIAL

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Año** | 0 | **Año** | | 0 |
| **Promedio diario de consultas realizadas en el Centro** | 0 | **Promedio diario de consultas realizadas en el Centro** | | 0 |
| **Promedio diario de urgencias atendidas en el Centro** | 0 | **Promedio diario de urgencias atendidas en el Centro** | | 0 |
| **Media de consultas de Medicina del Trabajo** | 0 | **Media de consultas de Medicina del Trabajo** | | 0 |
| **Media de consultas de Enfermería del Trabajo** | 0 | **Media de consultas de Enfermería del Trabajo** | | 0 |
| **Planes de Cuidados estandarizados de Enfermería** | | | SI  NO | |