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?** |  SI  NO |
| **Si la respuesta anterior es NO, justificar la solicitud de acreditación** |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **¿Existe un Director/Jefatura de Zona Básica de Salud/Coordinador del Centro con normas escritas de organización del centro?** |  SI  NO |

2. CAPACIDAD DOCENTE DEL DISPOSITIVO

**Duración estancia formativa (en meses)**

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

**Capacidad docente (turnos/año)**

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

3. RESPONSABLE / COLABORADOR DOCENTE DEL DISPOSITIVO

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

4. COBERTURA POBLACIONAL

|  |  |
| --- | --- |
| **Población total del Centro de Salud** |  |
| **Población por Médico de Atención Familiar y Comunitaria** |  |
| **Población por Enfermera de Atención Familiar y Comunitaria** |  |

5. RECURSOS HUMANOS

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

6. ÁREA FÍSICA

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Sistema de archivo de Historias Clínicas informatizado** |  SI |  NO |
| **Disponibilidad de acceso a medios audiovisuales** |  SI |  NO |
| **Acceso a una Biblioteca Virtual** |  SI |  NO |
| **Sala de urgencias/cura/cirugía menor** |  SI |  NO |
| **Registro diferenciado de proceso enfermero** |  SI |  NO |

|  |  |
| --- | --- |
| **Registro diferenciado de las actividades de promoción y prevención para la salud** |  SI  NO |
| **Dispone de aulas** |  SI  NO |
| **Dispone de sala de reuniones** |  SI  NO |
| **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 |
| **Doppler fetal** |  SI |  NO |
| **Ecógrafo** |  SI |  NO |
| **Otros recursos** |
|  |

8. INDICADORES DE ACTIVIDAD ASISTENCIAL

**Medicina Familiar y Comunitaria**

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

**Enfermería Familiar y Comunitaria**

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Año** |  | **Año** |  |
| **Promedio diario de Urgencias atendidas en el Centro de Salud** |  | **Promedio diario de Urgencias atendidas en el Centro de Salud** |  |
| **Número de actividades grupales y actividades comunitarias al año** |  | **Número de actividades grupales y actividades comunitarias al año** |  |

**Indicar tipo de actividades grupales y comunitarias desarrolladas por el Centro de Salud**

|  |  |
| --- | --- |
| **Dispone de protocolos, guías de actuación y guías de práctica clínica adaptados y aplicados por el equipo multidisciplinar, periódicamente actualizados, revisados y aprobados por la entidad titular del dispositivo docente** |  SI  NO |
| **Dispone de manual de organización interna y funcionamiento** |  SI  NO |
| **Dispone de programa de garantía y mejora de la calidad** |  SI  NO |

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 (15-19 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** |
|  |

**Coordinación entre niveles**

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

**Otros programas**

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

10. ACTIVIDAD DOCENTE E INVESTIGADORA EN ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Año** |  | **Año** |  |
| **N.º Sesiones específicas de Medicina Familiar y Comunitaria al año** |  | **N.º Sesiones específicas de Medicina Familiar y Comunitaria al año** |  |
| **N.º Sesiones específicas de Enfermería Familiar y Comunitaria al año** |  | **N.º Sesiones específicas de Enfermería Familiar y Comunitaria al año** |  |
| **N.º Sesiones conjuntas al año** |  | **N.º Sesiones conjuntas al año** |  |

**Publicaciones en revistas nacionales o internacionales de la UDM en los dos últimos años.**

**Ponencias o comunicaciones en Jornadas y Congresos, de carácter nacional o internacional, en los últimos dos años (por especialidad o de forma conjunta).**

**Proyectos de investigación, con evaluación (Comités Éticos/Investigación o Agencia externa de financiación, etc.) en los últimos diez años.**

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

**Quejas y reclamaciones en el Centro de Salud**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Año** |  | **Año** |  |
| **Quejas y reclamaciones recibidas** |  | **Quejas y reclamaciones recibidas** |  |
| **Porcentaje de las quejas y sugerencias recibidas contestadas en menos de veinte días** |  | **Porcentaje de las quejas y sugerencias recibidas contestadas en menos de veinte días** |  |

**Medidas adoptadas**

**Otros**