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**