1. DENOMINACIÓN DEL CENTRO DE SALUD

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

2. CAPACIDAD DOCENTE DEL DISPOSITIVO

**Duración estancia formativa (meses)**

|  |
| --- |
| **Pediatría y sus Áreas Específicas Enfermería Pediátrica** |
|  |  |

**Capacidad docente (turnos/año)**

|  |
| --- |
| **Pediatría y sus Áreas Específicas Enfermería Pediátrica** |
|  |  |

3. RESPONSABLE / COLABORADOR DOCENTE DEL DISPOSITIVO

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

4. COBERTURA POBLACIONAL

**Otros**

|  |  |
| --- | --- |
| **Población infantil por Pediatra** |  |
| **Población infantil por Enfermera Pediátrica** |  |

5. RECURSOS HUMANOS

|  |  |
| --- | --- |
| **N.º Especialistas en Pediatría y sus Áreas Específicas** |  |
| **N.º Especialistas en Enfermería Pediátrica** |  |
| **Enfermeros de Cuidados Generales** |  |

6. ÁREA FÍSICA

|  |  |
| --- | --- |
| **N.º de Consultas de Pediatría** |  |
| **N.º de Consultas de Enfermería Pediátrica** |  |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **N.º de Aulas** | Valor no válido | **N.º de Salas de Reuniones** | Valor no válido |
| **Otros recursos del área física** |
|  |

7. RECURSOS MATERIALES

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Archivo de Historias Clínicas** |  SI |  NO |
| **Registro informatizado de casos y actividad asistencial** |  SI |  NO |
| **Informatización de los Planes de Cuidados de Enfermería** |  SI |  NO |
| **Sistema de registro de vacunaciones** |  SI |  NO |
| **Registro del proceso enfermero en la Historia Clínica** |  SI |  NO |
| **Sistema de registro de problemas crónicos** |  SI |  NO |
| **Disponibilidad de acceso a medios audiovisuales** |  SI |  NO |
| **Otros recursos** |
|  |

8. INDICADORES DE ACTIVIDAD ASISTENCIAL

Pediatría y sus Áreas Específicas

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Año** |  | **Año** |  |
| **Promedio diario de consultas del Pediatra** |  | **Promedio diario de consultas del Pediatra** |  |
| **Atención a demanda** |  | **Atención a demanda** |  |
| **Atención programada** |  | **Atención programada** |  |

Enfermería Pediátrica

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Año** |  | **Año** |  |
| **Promedio diario de consultas de Enfermería Pediátrica** |  | **Promedio diario de consultas de Enfermería Pediátrica** |  |
| **Atención a demanda** |  | **Atención a demanda** |  |
| **Atención programada** |  | **Atención programada** |  |

Atención a la Infancia y a la Adolescencia (0 < 14 años)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Vacunaciones** |  SI |  NO |
| **Programas de salud infantil** |  SI |  NO |
| **Actividades de promoción y educación para la salud del niño** |  SI |  NO |
| **Coordinación con la atención a la salud mental del niño** |  SI |  NO |
| **Salud escolar, que incluya intervenciones grupales** |  SI |  NO |
| **Promoción de lactancia materna** |  SI |  NO |
| **Programa de acogida de población inmigrante** |  SI |  NO |
| **Actividades formativas para padres** |  SI |  NO |
| **Posibilidad de colaboración con Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil** |  SI |  NO |
| **Coordinación con los servicios Sociales del Área de Salud** |  SI |  NO |
| **Programas de coordinación con Cuidados paliativos** |  SI |  NO |
| **Programas de coordinación con Atención domiciliaria** |  SI |  NO |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Año** |  | **Año** |  |
| **Promedio diario de Urgencias Pediátricas atendidas en el centro** |  | **Promedio diario de Urgencias Pediátricas atendidas en el centro** |  |
| **Otros Programas** |
|  |

9. ACTIVIDAD DOCENTE E INVESTIGADORA EN PEDIATRÍA

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Sesiones clínicas conjuntas (Mínimo 1 al mes)** |  SI |  NO |
| **Sesiones clínicas específicas de Pediatría y Áreas Específicas** |  SI |  NO |
| **Sesiones clínicas específicas de Enfermería Pediátrica** |  SI |  NO |
| **Actividades de formación continuada en Pediatría del Centro o Área de Salud del último año** |  SI |  NO |
| **Especificar** |
|  |

He adjuntado a la solicitud la Planificación de docencia del año anterior y del año en curso

10. INDICADORES DE CALIDAD

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Año** |  | **Año** |  |
| **Porcentaje de exclusividad de lactancia materna los 4 primeros meses** |  | **Porcentaje de exclusividad de lactancia materna los 4 primeros meses** |  |
| **Cobertura vacunal en el niño/adolescente** |  | **Cobertura vacunal en el niño/adolescente** |  |

**Marcar si el centro dispone de dicho programa o protocolo**

|  |
| --- |
|  Programas para el desarrollo precoz del vínculo afectivo |
|  Seguimiento de detección precoz de trastornos del desarrollo psicomotor |
|  Comprobación del cribaje neonatal de metabolopatías |
|  Programa de Introducción correcta de la alimentación complementaria en el lactante |
|  Programas dirigidos al adolescente para prevenir los trastornos alimentarios, consumo de drogas, conflictos y violencia y promoción de la salud afectivo-sexual |

|  |
| --- |
|  Programa de Atención y acogida al niño y familia inmigrante |
|  Programa de salud escolar |

Quejas y reclamaciones recibidas

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Año** |  | **Año** |  |  |
|  | **Quejas y reclamaciones recibidas** |  | **Quejas y reclamaciones recibidas** |  |  |
| **Medidas adoptadas** |
|  |