

## FORMULARIO ESPECÍFICO DE ACREDITACIÓN Y RE-ACREDITACIÓN DE UNIDADES DOCENTES MULTIPROFESIONALES DE PEDIATRÍA

### DISPOSITIVOS ATENCIÓN PRIMARIA (Centros de Salud)

Cumplimentar un formulario por cada uno de los Dispositivos de Atención Primaria relacionados en la Tabla Resumen de UDM de Pediatría

**La cumplimentación de este formulario debe realizarse en el formato word**  
[Programa Formativo](#)

<b>1. DENOMINACIÓN DEL CENTRO DE SALUD:</b>		
Localidad:	Provincia:	
Adscrito a: <i>(Indicar denominación de la Unidad Docente)</i>		
Entidad titular del dispositivo:		
<b>2. CAPACIDAD DOCENTE DEL DISPOSITIVO:</b>		
Especialidad	Duración estancia formativa <i>(La duración de la estancia formativa es la establecida en la Guía o Itinerario Formativo tipo)</i>	Capacidad docente (turnos/año)
Pediatría y sus Áreas Específicas		
Enfermería Pediátrica		
<b>3. RESPONSABLE / COLABORADOR DOCENTE en este dispositivo: <i>(Nombre, Apellidos y Especialidad)</i></b>		
Don/Doña:	Especialidad:	
Don/Doña:	Especialidad:	
Don/Doña:	Especialidad:	

<b>4. COBERTURA POBLACIONAL:</b>		Indicar número
Población infantil de referencia/médico pediatra		
Población infantil de referencia/enfermera pediátrica		
<b>5. RECURSOS HUMANOS:</b>		Indicar número de profesionales
Especialistas en Pediatría y sus Áreas Específicas <i>(al menos 1)</i>		
Especialistas en Enfermería Pediátrica <i>(al menos 1)</i>		
Enfermeros/as de Cuidados Generales		
<b>6. ÁREA FÍSICA:</b>		Indicar número
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, sesiones clínicas, etc.		
Aulas: Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Núm.:		Sala Reuniones: Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N.º
Otros recursos del área física <i>(indicar)</i> :		
<b>7. RECURSOS MATERIALES:</b>		
Archivo de Historias Clínicas	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Registro informatizado de casos y actividad asistencial	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Informatización de los Planes de Cuidados de Enfermería	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Sistema de registro de vacunaciones	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Registro del proceso enfermero en la Historia Clínica	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Sistema de registro de problemas crónicos	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Disponibilidad de acceso a medios audiovisuales	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Otros recursos materiales <i>(indicar)</i> :		
<b>8. INDICADORES DE ACTIVIDAD ASISTENCIAL durante los dos últimos años, relativos a la población de referencia</b>		
	Año	Año
<b>Promedio diario de consultas realizadas/médico pediatra</b> <i>(mínimo 20, máximo 40)</i>		
Porcentaje de atención a demanda		
Porcentaje de atención programada <i>(mayor o igual a 15%)</i>		
<b>Promedio diario de consultas realizadas/médico pediatra</b> <i>(mínimo 10, máximo 30)</i>		
Porcentaje de atención a demanda		
Porcentaje de atención programada <i>(mayor o igual a 40%)</i>		
<b>Promedio diario de Urgencias Pediátricas atendidas en el centro</b>		
<b>Atención a la Infancia y a la Adolescencia</b> <i>(0 &lt; 14 años)</i>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Vacunaciones	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Programas de salud infantil	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	



Atención a la patología aguda y crónica ( <i>especificar</i> )	
Actividades de promoción y educación para la salud del niño	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Coordinación con la atención a la salud mental del niño	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Salud escolar, que incluya intervenciones grupales	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Otros ( <i>especificar</i> )	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

<b>Otras actividades:</b>		SÍ	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Promoción de lactancia materna		SÍ	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Programa de acogida de población inmigrante		SÍ	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Actividades formativas para padres		SÍ	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Posibilidad de colaboración con Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil		SÍ	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Coordinación con los servicios Sociales del Área de Salud					
<b>Programas de coordinación con Atención Hospitalaria :</b>		SÍ	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Cuidados paliativos		SÍ	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Atención en el domicilio		SÍ	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
<b>Programas establecidos por las CCAA para el niño/adolescente:</b>		SÍ	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Escuelas infantiles		SÍ	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Centros de Educación Primaria		SÍ	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Centros de Educación Secundaria		SÍ	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Centros de educación Especial		SÍ	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Otros programas ( <i>indicar</i> ):					
<b>9. ACTIVIDAD DOCENTE E INVESTIGADORA referida a Pediatría</b> , de todos los profesionales. ( <i>Debe aportarse Planificación del año anterior y del año en curso: N.º y periodicidad, en documentación adjunta</i> )					
Sesiones clínicas conjuntas ( <i>mínimo sesión conjunta al 1 mes</i> )		SÍ	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Sesiones clínicas específicas	Especialistas en Pediatría y sus Áreas Específicas	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
	Especialistas en Enfermería Pediátrica	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Actividades de formación continuada en Pediatría del Centro o Área de Salud del último año ( <i>especificar</i> ):		SÍ	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
<b>10. INDICADORES DE CALIDAD</b> (durante los dos últimos años):					
		Año		Año	
Tasa de exclusividad de lactancia materna los 4 primeros meses					
Programas para el desarrollo precoz del vínculo afectivo					
Seguimiento de detección precoz de trastornos del desarrollo psicomotor					
Comprobación del cribaje neonatal de metabolopatías					
Introducción correcta de la alimentación complementaria en el lactante					
Cobertura vacunal en el niño/adolescente					
Programas dirigidos al adolescente para prevenir los trastornos alimentarios, consumo de drogas, conflictos y violencia y promoción de la salud afectivo-sexual					
Programa de salud escolar					
Programa de Atención y acogida al niño y familia inmigrante					

<b>QUEJAS Y RECLAMACIONES:</b>		
Quejas y reclamaciones recibidas en relación a los Programas de Atención al Niño y Adolescente sano sobre el total del Centro de Salud (%) en los dos últimos años, y medidas adoptadas:		
	Año	Año
Quejas y reclamaciones recibidas <i>(indicar porcentaje)</i>		
Medidas adoptadas <i>(indicar)</i> :		
Otros:		

Los datos de este formulario han sido recogidos en fecha                      de (elegir mes)                      de 20

(Entidad titular del dispositivo)

Fdo: