

## Anexo I

# Solicitudes de Acreditación de Tutores y Centros de Salud vinculados a Unidades Docentes Acreditadas para la formación de especialistas en Pediatría y sus Áreas Específicas

D / D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, Pediatra del Centro de Salud  
de \_\_\_\_\_

Solicita:

Ser acreditado como Tutor Pediatra para impartir docencia a Médicos Residentes de Pediatría y sus Áreas Específicas conforme a la "Resolución Conjunta de los Ministerios de Sanidad y Consumo y de Educación y Ciencia por la que se establecen los requisitos generales para la acreditación de Centros de Salud vinculados a unidades docentes acreditadas para la formación de especialistas en pediatría y sus áreas específicas" por lo que ruego a esta Dirección de Distrito / Gerencia de Área\* firme y tramite esta solicitud ante las instancias competentes, para lo que acompaño Curriculum Vitae y Memoria detallada.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Fdo:

\*SR. TITULAR DEL ORGANISMO DIRECTIVO DEL DISTRITO SANITARIO

\*SR. TITULAR DEL ORGANISMO DIRECTIVO DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL AREA

(\*) Póngase lo que proceda.

## Centro de Salud que solicita la Acreditación como vinculado a Unidades Docentes Acreditadas para la formación de especialistas en Pediatría y sus Áreas Específicas

Dirección  
 Municipio Provincia  
 Teléfono Fax e-mail  
 Comunidad Autónoma  
 Titular del órgano directivo de Atención Primaria del Área / Distrito Sanitario\*  
 Centro de Salud ubicado en la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria  
 Población pediátrica atendida  
 Ámbito Urbano  Periférico  Rural

Número total de consultas de pediatría / número total de pediatras

### 1. - REQUISITOS

	SI	NO
<b>1.1. Área física.</b>		
Consultas de Pediatría	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Área de Urgencias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>1.2. Recursos humanos.</b>		
Especialista en Pediatría	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATS / DUE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personal auxiliar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personal administrativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>1.3. Recursos materiales (Equipamiento).</b>		
Camilla de exploración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pesa-bebés y tallímetro para lactantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peso y tallímetro para niños y adolescentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otoscopio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oftalmoscopio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plomada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orquidómetro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Podoscopio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Optotipos pediátricos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esfigmomanómetros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Negatoscopio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medidores de pico-flujo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fonendoscopios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sistema Archivo de Historias Clínicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Historias Clínicas informatizadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sistema de registro de vacunaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sistema de registro de problemas crónicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medios docentes:		
Sala de Reuniones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medios audiovisuales para la docencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(*) Póngase lo que proceda.		
La Biblioteca dispone de:		
Textos pediátricos actualizados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Revistas de preferencia de Pediatría de Atención Primaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disponibilidad de acceso a Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2. - ORGANIZACIÓN DE LA UNIDAD ASISTENCIAL.</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Memoria anual de la Unidad, con una antigüedad mínima de dos años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Memoria o plan de actividades formativas para miembros de plantilla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Memoria o plan de actividades formativas para los MIR en rotación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Existencia de enfermería con dedicación exclusiva pediátrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3. - ACTIVIDAD ASISTENCIAL, DOCENTE Y DE INVESTIGACIÓN.</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>3.1. Memoria escrita de las actividades docentes realizadas en los dos últimos años</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3.2. Actividades asistenciales:</b>		
Numero de consultas /día:		
< 20 <input type="checkbox"/>	20-30 <input type="checkbox"/>	> 30 <input type="checkbox"/>
Tiempo en minutos de consulta programada		
< 10 <input type="checkbox"/>	10-15 <input type="checkbox"/>	>15 <input type="checkbox"/>
	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Historia clínica individualizada y archivada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Promoción de la Lactancia Materna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inmunizaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exámenes periódicos de salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Otras actividades:</i>		
Educación sanitaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Valoración de crecimiento, maduración y desarrollo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colaboración con Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consultas programadas para revisiones de enfermedades crónicas:		
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enuresis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obesidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipocrecimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Actividades de investigación y docentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Especificar tipo, contenidos y equipos que desarrollan las mismas:		

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_ .

Vº Bº:

Coordinador del Centro de Salud \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

## Solicitud de acreditación como Tutor para la formación de especialistas en Pediatría y sus Áreas Específicas.

Nombre y Apellidos del Pediatra solicitante

Dirección

Municipio

Teléfono de contacto

Nombre del Centro de Salud donde trabaja el solicitante

Provincia

e-mail

### CURRICULUM VITAE

Titulación

Pediatra MIR	<input type="checkbox"/>
Pediatra NO MIR	<input type="checkbox"/>
Otra especialidad MIR (especificar)	
Otra especialidad NO MIR (especificar)	

Situación laboral

Propietario	<input type="checkbox"/>
Interino	<input type="checkbox"/>
Otros (especificar)	

Tiempo trabajado en Atención Primaria

Fecha de incorporación en la plaza actual

RELACION DE MERITOS: (acompañar de documentos justificativos, si fuesen precisos)

	Si	No	Puntuación
Publicaciones en los últimos 5 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Publicaciones sobre Atención Primaria en los últimos 5 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Proyecto de investigación en los últimos 5 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Comunicaciones Congresos en los últimos 5 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Asistencia a Cursos acreditados en los últimos 5 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sesiones clínicas o bibliográficas en el EAP (3 al año)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Experiencia docente con residentes o pregrados (0.4 p/año)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Experiencia docente (charlas, ponencias, conferencias) últimos 5 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Responsable de programa/protocolo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Perfil lingüístico adaptado a lenguas oficiales de la Comunidad Autónoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Fdo: