



1. DENOMINACIÓN DEL DISPOSITIVO HOSPITALARIO

|                                      |  |           |  |
|--------------------------------------|--|-----------|--|
| Denominación del Centro Hospitalario |  |           |  |
| Localidad                            |  | Provincia |  |
| Adscrito a:                          |  |           |  |
| Entidad titular del dispositivo      |  |           |  |

2. CAPACIDAD DOCENTE DEL DISPOSITIVO

|                                |           |                       |
|--------------------------------|-----------|-----------------------|
| Duración estancia formativa    | Geriatría | Enfermería Geriátrica |
|                                |           |                       |
| Capacidad docente (turnos/año) | Geriatría | Enfermería Geriátrica |
|                                |           |                       |

3. RESPONSABLE / COLABORADOR DOCENTE DEL DISPOSITIVO

Campos obligatorios según proceda

|       |  |              |  |
|-------|--|--------------|--|
| Dº/Dª |  | Especialidad |  |
| Dº/Dª |  | Especialidad |  |
| Dº/Dª |  | Especialidad |  |
| Dº/Dª |  | Especialidad |  |
| Dº/Dª |  | Especialidad |  |
| Otros |  |              |  |

4. COBERTURA POBLACIONAL

|                |   |
|----------------|---|
| Indicar número | 0 |
|----------------|---|

5. RECURSOS HUMANOS

Indicar el número de profesionales

|                                        |  |
|----------------------------------------|--|
| Especialistas en Geriatría             |  |
| Especialistas en Enfermería Geriátrica |  |
| Enfermeros/as de Cuidados Generales    |  |
| Fisioterapeutas                        |  |
| Trabajadores/as Sociales               |  |



|                          |  |  |
|--------------------------|--|--|
| Terapeutas Ocupacionales |  |  |
| Otros                    |  |  |

6. ÁREAS ASISTENCIALES

|                                                     |                             |                             |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Unidad hospitalaria de pacientes agudos             | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Unidad de media estancia/recuperación funcional     | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Hospital de día                                     | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Interconsultas hospitalarias                        | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Consultas externas/Equipos de valoración geriátrica | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |

Otras unidades:

|                                             |                             |                             |
|---------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Unidades de Psicogeriatría                  | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Hospitalización a domicilio                 | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Unidades de cuidados paliativos geriátricos | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |

7. RECURSOS MATERIALES

|                                                                                                       |                             |                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Archivo de Historias Clínicas                                                                         | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Registro informatizado de casos y actividad asistencial                                               | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Registro del proceso enfermero en la Historia Clínica                                                 | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Disponibilidad de acceso a medios audiovisuales                                                       | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Disponibilidad de aulas o salas de reuniones                                                          | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Disponibilidad de acceso a otros recursos docentes: salas y material de demostración, simulación, etc | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Otros recursos materiales:                                                                            |                             |                             |

8. PROGRAMAS / ACTIVIDADES REGLADAS ASISTENCIALES

|                                 |                             |                             |
|---------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Protocolos o guías de actuación | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Indicar los disponibles         |                             |                             |

9. AREA FÍSICA Y ACTIVIDAD ASISTENCIAL

|                                                                                                         |   |                                                                                                         |   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| Año                                                                                                     | 0 | Año                                                                                                     | 0 |
| Nº de camas en unidad hospitalaria de pacientes agudos                                                  | 0 | Nº de camas en unidad hospitalaria de pacientes agudos                                                  | 0 |
| N.º total de ingresos/año en unidad hospitalaria de pacientes agudos                                    | 0 | N.º total de ingresos/año en unidad hospitalaria de pacientes agudos                                    | 0 |
| Medición de la situación funcional ingreso y alta en unidad hospitalaria de pacientes agudos            | 0 | Medición de la situación funcional ingreso y alta en unidad hospitalaria de pacientes agudos            | 0 |
| Informes de enfermería al alta en unidad hospitalaria de pacientes agudos                               | 0 | Informes de enfermería al alta en unidad hospitalaria de pacientes agudos                               | 0 |
| Número de camas en la unidad de media estancia/recuperación funcional                                   | 0 | Número de camas en la unidad de media estancia/recuperación funcional                                   | 0 |
| N.º pacientes/año en la unidad de media estancia/recuperación funcional                                 | 0 | N.º pacientes/año en la unidad de media estancia/recuperación funcional                                 | 0 |
| Medición de la situación funcional ingreso y alta en la unidad de media estancia/recuperación funcional | 0 | Medición de la situación funcional ingreso y alta en la unidad de media estancia/recuperación funcional | 0 |
| Informes de enfermería al alta en la unidad de media estancia/recuperación funcional                    | 0 | Informes de enfermería al alta en la unidad de media estancia/recuperación funcional                    | 0 |
| Indicar el número de interconsultas hospitalarias realizadas                                            | 0 | Indicar el número de interconsultas hospitalarias realizadas                                            | 0 |

Consultas externas/Equipos de valoración Geriátrica

|                                            |   |                                 |                             |
|--------------------------------------------|---|---------------------------------|-----------------------------|
| Año                                        | 0 | Año                             | 0                           |
| Nº sesiones/semana                         | 0 | Nº sesiones/semana              | 0                           |
| Nº total de primeras consultas:            | 0 | Nº total de primeras consultas: | 0                           |
| Nº total de consultas sucesivas            | 0 | Nº total de consultas sucesivas | 0                           |
| Dispone de Consultas Externas Monográficas |   | <input type="checkbox"/> Si     | <input type="checkbox"/> No |

Consultas Externas Monográficas

|                                 |                      |                    |                       |                        |   |
|---------------------------------|----------------------|--------------------|-----------------------|------------------------|---|
| Año                             |                      |                    |                       |                        | 0 |
| Consultas Externas Monográficas | Consulta Monográfica | Nº sesiones/semana | Nº primeras consultas | Nº consultas sucesivas |   |
|                                 |                      |                    |                       |                        |   |
| Año                             |                      |                    |                       |                        | 0 |
| Consultas Externas Monográficas | Consulta Monográfica | Nº sesiones/semana | Nº primeras consultas | Nº consultas sucesivas |   |
|                                 |                      |                    |                       |                        |   |



Otras Unidades Hospitalarias (Indicar datos de actividad de los 2 últimos años):

|                                             |  |
|---------------------------------------------|--|
| Unidades de Psicogeriatría                  |  |
| Hospitalización a domicilio                 |  |
| Unidades de Cuidados Paliativos Geriátricos |  |

10. ACTIVIDAD DOCENTE E INVESTIGADORA EN GERIATRÍA

En caso de señalarse afirmativamente, debe aportarse Calendario en documentación adjunta, con la planificación del año anterior y la del año en curso

|                                                                                                                       |                             |                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Sesiones clínicas conjuntas                                                                                           | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Sesiones clínicas específicas de Geriátrica                                                                           | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Sesiones clínicas Específicas de Enfermería Geriatrica                                                                | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Sesiones bibliográficas del último año                                                                                | 0                           |                             |
| Nº Actividades de formación continuada durante el último año                                                          | 0                           |                             |
| Otros:                                                                                                                |                             |                             |
| <input type="checkbox"/> He adjuntado a la solicitud la Planificación de docencia del año anterior y del año en curso |                             |                             |

11. INDICADORES DE CALIDAD

|                                                                                   |   |                                                                                   |   |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---|-----------------------------------------------------------------------------------|---|
| Año                                                                               | 0 | Año                                                                               | 0 |
| Estancia media                                                                    | 0 | Estancia media                                                                    | 0 |
| Tasa de mortalidad                                                                | 0 | Tasa de mortalidad                                                                | 0 |
| Porcentaje de reingresos en menos de 30 días                                      | 0 | Porcentaje de reingresos en menos de 30 días                                      | 0 |
| Caídas (%)                                                                        | 0 | Caídas (%)                                                                        | 0 |
| Úlceras por presión (%)                                                           | 0 | Úlceras por presión (%)                                                           | 0 |
| Porcentaje de pacientes con pérdida funcional entre el ingreso y el alta < 15-20% | 0 | Porcentaje de pacientes con pérdida funcional entre el ingreso y el alta < 15-20% | 0 |

Quejas y reclamaciones recibidas en la Unidad asistencial de Geriatría en los dos últimos años respecto al total, y medidas adoptadas

|                                      |   |                                      |   |
|--------------------------------------|---|--------------------------------------|---|
| Año                                  | 0 | Año                                  | 0 |
| Quejas y reclamaciones recibidas (%) | 0 | Quejas y reclamaciones recibidas (%) | 0 |
| Medidas adoptadas                    |   |                                      |   |
| Otros                                |   |                                      |   |

12. ANEXO ACTIVIDAD DE LAS ÁREAS ASISTENCIALES: GERIATRÍA UNIDAD HOSPITALARIA DE PACIENTES AGUDOS

GERIATRIA UNIDAD HOSPITALARIA DE PACIENTES AGUDOS  
10 GDRs más frecuentes en el centro y nº de últimos dos años

|     |   |     |   |
|-----|---|-----|---|
| Año | 0 | Año | 0 |
|-----|---|-----|---|

|          |   |          |   |
|----------|---|----------|---|
| GDR 1    |   |          |   |
| Nº casos | 0 | Nº casos | 0 |
| GDR 2    |   |          |   |
| Nº casos | 0 | Nº casos | 0 |
| GDR 3    |   |          |   |
| Nº casos | 0 | Nº casos | 0 |
| GDR 4    |   |          |   |
| Nº casos | 0 | Nº casos | 0 |
| GDR 5    |   |          |   |
| Nº casos | 0 | Nº casos | 0 |
| GDR 6    |   |          |   |
| Nº casos | 0 | Nº casos | 0 |
| GDR 7    |   |          |   |
| Nº casos | 0 | Nº casos | 0 |
| GDR 8    |   |          |   |
| Nº casos | 0 | Nº casos | 0 |
| GDR 9    |   |          |   |
| Nº casos | 0 | Nº casos | 0 |
| GDR 10   |   |          |   |
| Nº casos | 0 | Nº casos | 0 |

13. ANEXO ACTIVIDAD DE LAS ÁREAS ASISTENCIALES: GERIATRÍA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA/RECUPERACIÓN FUNCIONAL

GERIATRÍA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA/RECUPERACIÓN FUNCIONAL  
10 GDRs más frecuentes en el centro y nº de últimos dos años

|     |   |     |   |
|-----|---|-----|---|
| Año | 0 | Año | 0 |
|-----|---|-----|---|

|       |  |
|-------|--|
| GDR 1 |  |
|-------|--|



|          |  |   |          |   |
|----------|--|---|----------|---|
| Nº casos |  | 0 | Nº casos | 0 |
| GDR 2    |  |   |          |   |
| Nº casos |  | 0 | Nº casos | 0 |
| GDR 3    |  |   |          |   |
| Nº casos |  | 0 | Nº casos | 0 |
| GDR 4    |  |   |          |   |
| Nº casos |  | 0 | Nº casos | 0 |
| GDR 5    |  |   |          |   |
| Nº casos |  | 0 | Nº casos | 0 |
| GDR 6    |  |   |          |   |
| Nº casos |  | 0 | Nº casos | 0 |
| GDR 7    |  |   |          |   |
| Nº casos |  | 0 | Nº casos | 0 |
| GDR 8    |  |   |          |   |
| Nº casos |  | 0 | Nº casos | 0 |
| GDR 9    |  |   |          |   |
| Nº casos |  | 0 | Nº casos | 0 |
| GDR 10   |  |   |          |   |
| Nº casos |  | 0 | Nº casos | 0 |