

UNIDAD DOCENTE MULTIPROFESIONAL DE ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA  
HOSPITAL 'PERPETUO SOCORRO' 7ª PTA  
AV. DAMIÁN TÉLLEZ LAFUENTE S/N  
06010 - BADAJOZ  
TFNO. (+34) 924 215 225. FAX: (+34) 924 215 259



# Solicitud para la Acreditación Nuevos Tutores de Atención Familiar Y Comunitaria



## FORMULARIO DE PETICIÓN

Don/Doña

DNI

FECHA NACIMIENTO

CENTRO DE SALUD

TELEFONO CONTACTO

E-MAIL

**Expongo:**

Que deseo ser tutor/a de Medicina/Enfermería Familiar y Comunitaria de la Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de Badajoz, y me comprometo a mantener dicha condición durante cuatro/dos años desde la fecha del nombramiento, excepto variaciones substanciales de mis condiciones laborales.

Que conozco el programa oficial de la especialidad en AFyC, y considero estar capacitado para favorecer el aprendizaje de los conocimientos, habilidades y actitudes propias de la especialidad.

Que me comprometo a someterme a los mecanismos de evaluación y auditoría de mi ejercicio profesional y actividad docente que establezca la Comisión de Acreditación de Tutores, así como a reacreditarme cuando se me solicite.

Que realizaré un plan de tutorización estructurada y continuada, así como el plan individualizado de formación de mis residentes.

Que realizaré los informes de seguimiento y evaluación recomendados por la Comisión de Docencia y que participaré en la evaluación anual de mis residentes.

Que es cierta toda la información aportada en la presente solicitud y en los méritos que se adjuntan.

**Solicito,**

Que me sea concedida la tutoría en Medicina/Enfermería Familiar y Comunitaria para la formación de residentes de esta especialidad.

Firmado,

Badajoz, a      de      de 20

## MÉRITOS PARA LA ACREDITACIÓN DE NUEVOS TUTORES DE ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA (ANEXO I)

### MÉRITOS INDISPENSABLES

- Actualmente desarrollo mi actividad profesional en un centro de salud acreditado para la formación sanitaria especializada.
- Actualmente me encuentro en situación de servicio activo.
- Tengo experiencia acreditada en el ámbito profesional de la Atención Familiar y Comunitaria.
- He participado al menos en un proyecto de investigación y/o comunicación científica (publicación, comunicación en evento científico...) en los últimos 5 años.

### ASPECTOS GENERALES

#### TITULACIÓN ACADÉMICA

- MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
- ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA
- OTRAS

AÑO FINALIZACIÓN ESTUDIOS

CONVALIDACIÓN TITULACIÓN ESPECIALIDAD

- SI
- NO

#### DATOS LABORALES

TOTAL DE AÑOS COMPLETOS EN CONTINUIDAD EN CENTRO ACTUAL DE TRABAJO

CENTRO DE SALUD

FECHA DE INCORPORACIÓN

- ESTATUTARIO    FUNCIONARIO    INTERINO    SUSTITUTO

**ASPECTOS ESPECÍFICOS DEL PUESTO DE TRABAJO**

<b>ACTIVIDAD ASISTENCIAL</b>	
Número de T.S.I. <input style="width: 95%;" type="text"/>	Nº (aproximado) Pacientes/Día <input style="width: 95%;" type="text"/>
Atención Continuada: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
<b>DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y/O PREVENTIVAS EN SU CONSULTA:</b>	
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Especificar: <input style="width: 95%;" type="text"/>
<b>REALIZACIÓN DE ALGÚN TIPO DE ATENCIÓN FAMILIAR EN LA CONSULTA:</b>	
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Especificar: <input style="width: 95%;" type="text"/>
<b>PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES COMUNITARIAS:</b>	
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Especificar: <input style="width: 95%;" type="text"/>
<b>¿PARTICIPAS REGULARMENTE EN LAS SESIONES DE EQUIPO EN SU CENTRO DE SALUD?</b>	
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Especificar: <input style="width: 95%;" type="text"/>
<b>OTROS MÉRITOS RESEÑABLES SOBRE ASPECTOS GENERALES (tesis, máster, experiencias universitarias, otras responsabilidades o puestos de trabajo desempeñados... etc):</b>	

ÁREA CLÍNICA			
<b>¿PARTICIPAS EN GRUPOS DE TRABAJO Y/O EN COMISIONES? (en los últimos 5 años):</b>			
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Especificar: <input style="width: 100%;" type="text"/>	
<b>¿PARTICIPAS EN PROYECTOS DE MEJORA DE LA CALIDAD?</b>			
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Especificar: <input style="width: 100%;" type="text"/>	
<b>RECICLAJES REALIZADOS (en últimos 5 años estancias en otros centros/servicios)</b>			
Año	Institución o Servicio	Duración	
<b>FORMACIÓN CONTINUADA EN EL ÁREA CLÍNICA (En los últimos 5 años):</b> Han de ser cursos o seminarios organizados y debidamente acreditados por las Unidades Docentes, Sociedades Científicas, Universidades o entidades de reconocida solvencia profesional con programa editado, control de asistencia, evaluación y certificado. Han de estar relacionados con el ámbito de la Atención Primaria. En caso de duda, la Comisión de Acreditación decidirá que cursos pueden ser computados.			
TITULO	ORGANIZADOR	FECHA	CREDITOS
<b>OTROS MÉRITOS RESEÑABLES EN EL ÁREA CLÍNICA (Iniciativas innovadoras, proyectos desarrollados...):</b>			

### ÁREA DE INVESTIGACIÓN

#### FORMACION CONTINUADA EN RELACION A LA INVESTIGACIÓN (En los últimos 5 años)

Cursos debidamente acreditados por organismos competentes y dirigidos a aumentar los conocimientos en Metodología de Investigación, Búsqueda Bibliográfica, Lectura Crítica, Bioestadística, Herramientas Informáticas, etc.

TÍTULO	ORGANIZADOR	FECHA	HORAS	CREDITOS

#### COMUNICACIONES QUE UD. HA PRESENTADO:

AUTOR/ES	TÍTULO	CONGRESO O JORNADA	AÑO

#### PUBLICACIONES DE INTERÉS EN ATENCIÓN PRIMARIA EN LAS QUE HA PARTICIPADO:

AUTOR/ES	TÍTULO	CONGRESO O JORNADA	AÑO

#### ¿PARTICIPA ACTUALMENTE EN ALGÚN TRABAJO DE INVESTIGACIÓN?

SI  NO

Especificar:

#### ¿HA RECIBIDO ALGUNA BECA Y/O PREMIO DE INVESTIGACIÓN EN SU CARRERA PROFESIONAL?

SI  NO

Especificar:

#### OTROS MÉRITOS RESEÑABLES EN EL ÁREA INVESTIGADORA:

--



### PROYECTO DE TUTORIZACIÓN

ORGANIZACIÓN DE LA CONSULTA. PLANTEAMIENTO ORGANIZATIVO DE LA CONSULTA INTEGRANDO LAS ACTIVIDADES DOCENTES (Opcional).

ACTIVIDADES INVESTIGADORAS PROPUESTAS (Opcional):

¿POR QUÉ QUIERE SER TUTOR?

¿EN QUE ÁREAS LE GUSTARÍA RECIBIR FORMACIÓN PARA EL CORRECTO DESARROLLO DE SU LABOR DE TUTORIZACION?

Fecha:

Firma: