

DOCUMENTO SOLICITUD DE APERTURA DE UNIDADES DE RESIDENCIAS

1. DATOS DE LA SEDE DONDE SE SOLICITA LA APERTURA DE LA UNIDAD DE RESIDENCIA

Nombre del establecimiento	
Unidad de residencia	
Región Sanitaria	
Partido	
Localidad	
Domicilio	
Correo electrónico	
Teléfono	
Dependencia (Provincial / Municipal / Privada)	
Tipo de sede (Hospital / Centro de Salud / Otro -especificar)	

2. FUNDAMENTACIÓN

2.1 En este punto se debe sintetizar el posicionamiento desde el cual se justifica el pedido de apertura de la sede.

Deben aportar información que permita realizar un análisis diagnóstico situacional. Entre datos deben incluir la contextualización georeferencial (oferta de otras unidades de residencias dentro de su región con sus respectivos perfiles), datos sociosanitarios y/o epidemiológicos de la región, necesidades sociales detectadas y cobertura ofrecida, entre otros que consideren relevantes.

Completar aquí.

3. INDICADORES DE GESTIÓN

Detallar los indicadores de proceso y producción del servicio donde se alojaría la UR (contestar puntos 3.1 ó 3.2 según corresponda, no ambos)

3.1 Los servicios **CON** internación deben consignar:

- a- Número de camas del servicio:
- b- Porcentaje ocupacional del servicio/ semana:
- c- Cantidad promedio de egresos/año:
- d- Cantidad promedio de consultas del último año al servicio.

Promedio de consultas	Tipo de consulta período otoño/invierno	Tipo de consulta período primavera/verano

e- Describir los 5 (cinco) diagnósticos más frecuentes en internación y los 5 (cinco) más frecuentes en la consulta ambulatoria

Diagnósticos de internación	Diagnósticos ambulatorios

3.2. Los servicios **SIN** internación deben consignar:

- a- Cantidad promedio de consultas en el último año al servicio

Promedio de consultas	Tipo de consulta período otoño/invierno	Tipo de consulta período primavera/verano

b- Describir las 5 (cinco) consultas ambulatorias más frecuentes en el último semestre:

Consultas ambulatorias

4. OTROS DATOS RELEVANTES DE LA SEDE

4.1 Autoridades:

	Nombre y Apellido	Teléfono	Mail
Dir. Ejecutivo/a - Secretario/a de salud			
Dir. Asociado/a*			
Dir. Asociado/a*			
Dir. Asociado/a*			
Docencia e Investigación**			

*Especificar área de incumbencia. (Áreas técnicas, clínicas, administrativas, etc)

** Especificar de qué dirección depende el servicio, área o comité

4.2 Área de Docencia e Investigación

Tipo de estructura (Comité, Unidad, Sección, Sala, Servicio, Departamento, Dirección Asociada, etc.)	
Nivel de formalidad (por concurso, por disposición o sin formalizar)	
Teléfono:	
Correo electrónico:	

Integrantes del Área de Docencia e Investigación

Apellido y Nombre	Carga horaria semanal destinada a docencia e investigación	Servicio o área de pertenencia en la institución

4.3 Si el establecimiento es sede de otras unidades de residencia, residencias universitarias, convenios con universidades, concurrencias, prácticas finales de grado, consigne cuáles y cantidad de agentes que participan de ellas.
Además, explicita si existen vínculos con universidades a nivel local y regional

Completar aquí.

4.4 Existen convenio/ acta acuerdo con el municipio para realizar rotaciones en el Primer Nivel de Atención? SI / NO

4.5 ¿Posee Comisión Asesora de Residencias? SI / NO

En caso afirmativo, consigne:

Apellido y nombre de los/as integrantes	Servicio o área a la que representa o pertenece

Periodicidad de las reuniones:

¿Posee libro de actas? SÍ / NO

¿Posee reglamento interno? SÍ / NO

5. SERVICIO O EQUIPO DE SALUD DONDE SE INSERTA LA UR

5.1 Jefe/a de servicio - Director/a Centro de Salud

Apellido y nombre:

Teléfono:

Correo electrónico:

5.2 Integrantes del Servicio - Equipo de Salud

Completar la tabla según la descripción de los ítems que se detallan a continuación:

- DISCIPLINA: consignar si se trata de médico/a, psicólogo/a, bioquímico/a, administrativo/a, técnico/a, etc.
- CARGO Y ANTIGÜEDAD: completar si reviste como planta, guardia o ambas y la antigüedad en la misma.
- FORMACIÓN DOCENTE: consignar si tiene formación docente formal y cual/es. (Carrera docente universitaria, postgrados de educación superior, etc)
- CARGA HORARIA SEMANAL Y DISTRIBUCIÓN EN EL SERVICIO: consignar las horas que el/la agente cumple de lunes a viernes en el servicio, expresando en detalle la carga horaria semanal
- ESPECIALIDAD: si el/la agente tiene título de especialista, se debe consignar con el nombre de la especialidad y la institución otorgante.
- RESIDENCIA COMPLETA: se debe completar con el nombre de la residencia
- TELÉFONO
- CORREO ELECTRÓNICO
- FIRMA: se debe consignar como confirmación de su compromiso con el trayecto formativo de los residentes durante su horario asistencial.**

Ap. y nomb.	Disciplina	Cargo y antigüedad	Formación docente	Carga horaria y distribución	Especialidad	Residencia completa	Tel	Mail	Firma

6. INFRAESTRUCTURA

- 6.1 Número de consultorios externos de la especialidad:
- 6.2 Habitaciones para residentes: SI / NO
- 6.3 Las habitaciones son compartidas con profesionales de planta: SI / NO
- 6.4 Baño con ducha: SI / NO
- 6.5 Aulas para las actividades formativas: SI / NO
En caso afirmativo consignar cuántas:
- 6.6 Computadora disponible para residentes con conexión a internet: SI / NO
- 6.7 Posee nodo de telesalud? SI / NO
En caso afirmativo consignar capacidad de la sala
- 6.7 Posee o está prevista la existencia de un lactario? SI / NO
- 6.7 Posee o está prevista la existencia de una guardería? SI / NO

7. PROGRAMA FORMATIVO

7.1 Implementación del programa provincial por cada año de residencia incluyendo un cronograma estimativo de realización de guardias y rotaciones curriculares.

En caso de ser una especialidad que no cuenta con programa provincial presentar programa formativo de la sede

Completar aquí.

7.2 Enumerar, fundamentar y precisar el tiempo requerido y cronograma de rotaciones realizadas dentro de la UR para completar el programa formativo básico (escenarios de formación obligatorios).

Deberán indicar: Dispositivo / Trayecto Formativo, breve descripción de las prácticas que se efectúan, breve descripción de los contenidos, disciplinas que participan, datos del Referente del Dispositivo, período de formación (en meses), frecuencia (cantidad de veces por semana)

Lugar donde se realiza. Especificar Institución y Servicio/Sala.

Completar aquí.

7.3 Enumerar, fundamentar y precisar el tiempo requerido y cronograma de rotaciones fuera de UR para completar el programa formativo básico (escenarios de formación obligatorios), incluye aquellas que por no contar con capacidad de realizarse en la sede, están previstas fuera de ella.

Deberán indicar: Dispositivo / Trayecto Formativo, breve descripción de las prácticas que se efectúan, breve descripción de los contenidos, disciplinas que participan, datos del Referente del Dispositivo, período de formación (en meses), frecuencia (cantidad de veces por semana), lugar donde se realiza (especificar Institución y servicio/Sala) y firma del profesional responsable

Completar aquí.

Cupos solicitados

AVALES LOCALES (firma y sello)

.....
Jefe/a de Servicio / Centro de Salud

.....
Jefe/a de Docencia e Investigación

.....
Director/a Ejecutivo/a / Sec. de Salud

Cupos avalados por Región Sanitaria

AVALES REGIONALES (firma y sello)

.....
Responsable Regional de Residencias

.....
Responsable Regional de Capacitación

.....
Director/a