

DOCUMENTO SOLICITUD DE APERTURA DE UNIDADES DE PRE-RESIDENCIAS

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

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

1.1 Autoridades:

Sedes Hospitalarias

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

Sedes en PNA

	Nombre y Apellido	Teléfono	Mail
Secretario/a de Salud			
Dir. del Centro de Salud			
Dir. de APS			
Docencia e Investigación			

1.2 Conformación de la Comisión de Planificación y Gestión Educativa:

Apellido y nombre de los/as integrantes	Residencia a la que representa o pertenece	Función

2. EQUIPO DOCENTE.

2.1 Responsable de la Unidad de Residencia

Apellido y nombre:

Teléfono:

Correo electrónico:

2.2 Integrantes de la Unidad de Pre-Residencia que conformarán el equipo docente

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.
- 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: consignar si o no de acuerdo al caso
- FIRMA: consignar como confirmación del compromiso con el trayecto formativo de los/as pre residentes durante el horario asistencial.

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

2.3 Conformación de la unidad de residencia

Coordinación Docente NOMBRE APELLIDO	
Jefa/e de Residentes NOMBRE APELLIDO	
Número de residentes 1°	
Número de residentes 2°	
Número de residentes 3°	
Número de residentes 4°	

3. IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA FORMATIVO

Adjuntar documento de adecuación del programa de pre residencias a la UR. Desarrollar la propuesta docente-asistencial en base al programa de pre residencias de la especialidad y teniendo en cuenta los siguientes ejes:

- Competencias a desarrollar por ámbitos/escenarios/dispositivos y su correspondiente evaluación.
- Planificación de espacios de reflexión, dispositivos de formación no asistenciales interprofesionales.
- Cronograma de actividades formativas asistenciales y no asistenciales, con responsables del acompañamiento y supervisión.

4. CANTIDAD DE CUPOS SOLICITADOS:

5. COMPROMISO DE ADHESIÓN AL PROGRAMA DE BECAS DE CAPACITACIÓN DE “PRE-RESIDENCIAS”

El programa de becas de capacitación de “Pre-Residencias” tiene como uno de sus objetivos facilitar la aproximación a las incumbencias profesionales de especialidades estratégicas en el ámbito del sistema de residencias de la Provincia de Buenos Aires, promoviendo experiencias vivenciales que contribuyan al fortalecimiento de la elección de dichas especialidades. Por tal motivo, las autoridades abajo firmantes, se comprometen a velar por el cumplimiento del programa, las condiciones de acompañamiento, supervisión y evaluación, espacios cotidianos de reflexión en un ambiente de formación cuidado y libre de violencias.

Acorde al Art. 36° del Decreto-Ley 5413/58, según el cual es requisito previo al ejercicio de la profesión la inscripción en la matrícula, y teniendo en cuenta que los/as posibles ingresantes al programa podrán presentarse con título en trámite y/o matrícula, los/as abajo firmantes serán responsables de garantizar el cumplimiento de dicha normativa.

.....
Responsable de la Unidad de Residencia Responsable del Área de Docencia e Investigación Director/a Ejecutivo/a / Sec. de Salud

.....
Coordinador/a Docente Jefe/a de Residentes

Lugar y fecha:

AVALES REGIONALES (firma y sello)

.....
Responsable Regional de Residencias Responsable Regional de Capacitación Director/a Regional

Lugar y fecha:



GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES
2023 - Año de la democracia Argentina

Hoja Adicional de Firmas
Informe gráfico

Número:

Referencia: EX-2023-37511973-GDEBA-DPEGSFFMSALGP-DOCUMENTO SOLICITUD DE APERTURA DE UNIDADES DE PRE-RESIDENCIAS

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 4 pagina/s.