

 <p>GENERALITAT VALENCIANA Conselleria de Sanidad</p>	<p style="text-align: center;">AUTORIZACION DE PROGRAMA PARA ATENDER ACTIVIDAD ASISTENCIAL ADICIONAL</p> <p style="text-align: center;">ATENCIÓN PRIMARIA</p>	
<p>DEPARTAMENTO DE SALUD</p>		
<p>TIPO DE SOLICITUD</p>	<input type="checkbox"/> Nueva Solicitud <input type="checkbox"/> Continuidad	
	<p>1.1. Mejora accesibilidad y gestión de la demanda <input type="checkbox"/></p>	
	<p>1.2. Programas específicos</p>	<p><input type="checkbox"/> 1.2.1. Gestión I.T. (de acuerdo con la priorización que se realice desde inspección)</p> <p><input type="checkbox"/> 1.2.2. Programas asistenciales: ecografías (mín 3/hora)</p> <p><input type="checkbox"/> 1.2.3. Programas asistenciales: retinografías (mín 12/hora)</p> <p><input type="checkbox"/> 1.2.4. Programas asistenciales: Cir. Men. (mín 2/hora)</p> <p><input type="checkbox"/> 1.2.5. Vacunación y otros que se autoricen (mín 15/hora)</p>
<p>CENTRO /UNIDAD</p>		
<p>DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD ORDINARIA</p>	<p><i>Descripción de la actividad durante la jornada laboral ordinaria de las categorías profesionales solicitadas. Incluye, como mínimo el tipo de actividad para la que se solicita el módulo:</i></p>	

	Dotación actual de las categorías profesionales de la plantilla del servicio/unidad para las que se solicita el programa:
	Datos de la demanda (Incluya datos de la demora y rendimiento mensual en el último año en la actividad para la que solicita el programa):
	Indice de carga de enfermedad del cupo (Alumbra_SIA*):

DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA	Título/Resumen: [NOTA. En el caso de la actividad realizada por personal facultativo, los requisitos mínimos para cursar una solicitud serán la inclusión en agenda de 5 a 6 consultas por hora. La actividad no deberá incluir avisos a domicilio ni atención a pacientes crónicos complejos]
	Fecha de inicio:
	Fecha de fin:
	Objetivos a cubrir durante la duración del programa e impacto esperado en términos cuantitativos:
	Agenda en la que se reflejará dicha actividad:

	Número de procedimiento, técnicas, visitas o informes a realizar por módulo:
	¿Existe desplazamiento de algún profesional? <input type="checkbox"/> Sí (<i>Adjuntar aceptación de la gerencia de origen</i>) <input type="checkbox"/> No

NECESIDADES	Tipo de actividad: <input type="checkbox"/> Módulos (4 horas) Cantidad total solicitada:									
	N.º y categoría de profesionales: <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: right;">Cantidad:</td> <td style="width: 50%;">Categoría:</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Cantidad:</td> <td>Categoría:</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Cantidad:</td> <td>Categoría:</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Cantidad:</td> <td>Categoría:</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Cantidad:</td> <td>Categoría:</td> </tr> </table>	Cantidad:	Categoría:	Cantidad:	Categoría:	Cantidad:	Categoría:	Cantidad:	Categoría:	Cantidad:
Cantidad:	Categoría:									
Cantidad:	Categoría:									
Cantidad:	Categoría:									
Cantidad:	Categoría:									
Cantidad:	Categoría:									

DECLARACIÓN	1) El personal que participe lo hará con carácter voluntario. 2) El personal que participe realizará los módulos o sesiones del presente programa fuera de jornada ordinaria de trabajo y de atención continuada. 3) El personal que participe habrá cumplido los objetivos asignados al mismo relacionados con la accesibilidad, rendimiento asistencial y uso adecuado de recursos.
--------------------	---

PROPONE LA AUTORIZACIÓN DEL PROGRAMA	SOLICITA LA AUTORIZACIÓN DEL PROGRAMA	APRUEBA LA SOLICITUD
Jefatura de servicio o responsable de la unidad asistencial Fecha:	Gerencia del Departamento Fecha:	Dirección General de At. Primaria Fecha:

AUTORIZA EL PROGRAMA
Director General de Información Sanitaria, Calidad y Evaluación Fecha:

