|  |
| --- |
| **Solicitud para la**  **Acreditación Nuevos Tutores de**  **Medicina 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 Familiar y Comunitaria de la Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de Llerena- Zafra, y me comprometo a mantener dicha condición durante cuatro años desde la fecha del nombramiento, excepto variaciones substanciales de mis condiciones laborales.  Que conozco el programa oficial de la especialidad en MFyC (BOE nº:105 - 3 de mayo de 2005), 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 de Medicina Familiar y Comunitaria para la formación de residentes de esta especialidad. | |
| Firmado, | |
| En , a de de 20 | |
|  | |

|  |
| --- |
| **MÉRITOS PARA LA ACREDITACIÓN DE NUEVOS TUTORES DE MEDICINA 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 y por más de un año en el Centro de Salud acreditado |
| Tengo la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria |

**ASPECTOS GENERALES**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS ACADÉMICOS** | | | | |
| **TITULACIÓN** | Licenciado en Medicina y Cirugía | | **AÑO:** | |
| **UNIVERSIDAD** |  | | | |
| **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**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ACTIVIDAD ASISTENCIAL** | | |
| Número de T.S.I. | | Nº (aproximado) Pacientes/Día |
| **ATENCIÓN CONTINUADA**: SI NO | | |
|  | | |
| **REALIZA CONSULTA PROGRAMADA EN EL CENTRO DE SALUD:** SI NO | | |
|  | | |
| **REALIZA CONSULTA PROGRAMADA EN DOMICILIO:** SI NO | | |
|  | | |
| **RESPONSABLE DE ALGÚN AREA EN EL EAP DE LA CARTERA DE SERVICIO:** SI NO | | |
|  | | |
| PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES COMUNITARIAS: | | |
| SI NO | Especificar: | |
|  | | |
| **¿PARTICIPAS REGULARMENTE EN LAS SESIONES DE EQUIPO EN SU CENTRO DE SALUD?** | | |
| SI NO | Especificar: | |
|  | | |
| OTROS MÉRITOS RESEÑABLES SOBRE ASPECTOS GENERALES (tesis, máster, experiencias universitarias, otras responsabilidades o puestos de trabajo desempeñados... etc): | | |
|  | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ÁREA CLÍNICA** | | | | | |
| **¿PARTICIPAS EN GRUPOS DE TRABAJO Y/O EN COMISIONES? (en los últimos 5 años):** | | | | | |
| SI NO | | Especificar: | | | |
| **¿PARTICIPAS EN PROYECTOS DE MEJORA DE LA CALIDAD?** | | | | | |
| SI NO | | Especificar: | | | |
| RECICLAJES REALIZADOS (en últimos 5 años estancias en otros centros/servicios) | | | | | |
| **Año** | **Institución o Servicio** | | | **Duración** | |
|  |  | | |  | |
|  |  | | |  | |
|  |  | | |  | |
|  |  | | |  | |
|  | | | | | |
| FORMACIÓN CONTINUADA EN EL ÁREA CLÍNICA (En los últimos 5 años):  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 |
|  | | |  |  |  |
|  | | |  |  |  |
|  | | |  |  |  |
|  | | |  |  |  |
|  | | |  |  |  |
|  | | |  |  |  |
|  | | |  |  |  |
| **OTROS MÉRITOS RESEÑABLES EN EL ÁREA CLÍNICA (Iniciativas innovadoras, proyectos desarrollados...):** | | | | | |
|  | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 | CONGRRESO O JORNADA | | AÑO |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  | | | | |
| PUBLICACIONES DE INTERÉS EN ATENCIÓN PRIMARIA EN LAS QUE HA PARTICIPADO: | | | | |
| AUTOR/ES | TÍTULO | CONGRRESO 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: | | | | |
|  | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ÁREA DOCENTE** | | | | | | |
| FORMACION CONTINUADA EN RELACION A LA CAPACITACION DOCENTE (En los últimos 5 años): Cursos debidamente acreditados por organismos competentes y dirigidos a aumentar la capacitación docente: cursos de formación de formadores, cursos de metodología docentes, entrevista clínica, razonamiento clínico, cursos de tutorización... | | | | | | |
| TÍTULO | ORGANIZADOR | | FECHA | | HORAS | CREDITOS |
|  |  | |  | |  |  |
|  |  | |  | |  |  |
|  |  | |  | |  |  |
|  | | | | | | |
| EXPERIENCIA DOCENTE ( cursos IMPARTIDOS): | | | | | | |
| TÍTULO | | ORGANIZADOR | | FECHA | | CRÉDITOS |
|  | |  | |  | |  |
|  | |  | |  | |  |
|  | |  | |  | |  |
|  | | | | | | |
| **EXPERIENCIA COMO COLABORADOR/TUTOR DE ALUMNOS DE MEDICINA** | | | | | | |
| SI NO | Especificar Periodos (años): | | | | | |
| **COLABORACIÓN EN LA FORMACIÓN DE RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA:** | | | | | | |
| SI NO | Especificar Periodos (años): | | | | | |
| OTROS MÉRITOS RESEÑABLES EN EL ÁREA DOCENTE: | | | | | | |
|  | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **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: |