

FORMULARIO SOLICITUD DE ACREDITACIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS *Servicios de Urgencias Hospitalarios. ANEXO 1*

INFORMACIÓN RELATIVA A LA ORGANIZACIÓN

Para poder iniciar el proceso de acreditación de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias, precisamos disponer de los datos que se solicitan en este impreso. TODA LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA en el presente documento SERÁ TRATADA CONFIDENCIALMENTE.

Origen de la información de esta solicitud:

Web e-mail Tlf. Reunión con cliente

1. DATOS DE LA ORGANIZACIÓN

Razón/es social/es incluidas en la Organización que se desea certificar:			
Domicilio social			
Localidad		Provincia	
Código Postal		C.I.F.	
¿Pertenece a algún grupo empresarial?		Nombre del grupo:	¿El grupo tiene entidad jurídica propia? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Funciones y relación dentro del grupo empresarial			

2. DATOS DE CONTACTO DEL HOSPITAL

GERENTE	NOMBRE	
	TELÉFONO	
	e-mail	
DIRECTOR/A MÉDICO/A	NOMBRE	
	TELÉFONO	
	e-mail	
DIRECTOR/A ECONÓMICO	NOMBRE	
	TELÉFONO	
	e-mail	
DIRECTOR/A DE ENFERMERÍA	NOMBRE	
	TELÉFONO	
	e-mail	

FORMULARIO SOLICITUD DE ACREDITACIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS *Servicios de Urgencias Hospitalarios. ANEXO 1*

3. DATOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS

Domicilio			
Localidad		Provincia	
Código Postal		FAX	
JEFE DE SERVICIO			
Nombre:	Teléfono:	e-MAIL:	
Año de apertura del Servicio			

4. DATOS GENERALES ORGANIZATIVOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS

PERSONAL	Número	
Médicos/as		
Enfermeros/as		
TCAEs		
Celadores		
PERSONA DE CONTACTO DE LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA		
Nombre:	Teléfono:	e-MAIL:
Año de apertura del Servicio		

5. DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD GENERAL DEL SERVICIO

Número de urgencias atendidas/año	
Porcentaje de pacientes clasificados/triados	
Porcentaje de ingresos	
Estancia media en Urgencias (min)	

Fecha de la solicitud:

Fdo.
Dirección del Centro

Fdo.
Responsable del Servicio de Urgencias