

	<p style="text-align: center;">AUTORIZACION DE PROGRAMA PARA ATENDER ACTIVIDAD ASISTENCIAL ADICIONAL 2025 <b>ATENCIÓN HOSPITALARIA</b></p>
<b>ANEXO PARA CASO DE DESPLAZAMIENTO DE PROFESIONALES</b>	
DEPARTAMENTO DE SALUD / HACLE DE ORIGEN	

**INFORME UDCA****SOLO para sesiones quirúrgicas:**

- Número medio, en los últimos doce meses, de intervenciones quirúrgicas, realizadas en jornada ordinaria, de la especialidad para la que se solicita el programa:

**[B]:**

- Número medio mensual, en los últimos doce meses, de entradas y salidas de la Lista de Espera Quirúrgica (LEQ) en la especialidad para la que se solicita el programa:
  - Salidas por Intervención:
  - Salidas por derivación a Plan de Choque:
  - Entradas:
  - **[C] Indicador calculado:**
- Índice Espera/Demora medio en los últimos doce meses en la especialidad para la que se solicita el programa **[D]:**
  - Prioridad 2:
  - Prioridad 3:

**SOLO para Módulos de Consultas Externas:**

- Número medio, en los últimos doce meses, de consultas externas, realizadas en jornada ordinaria, de la especialidad para la que se solicita el programa:

**[B]:**

- Número medio mensual, en los últimos doce meses, de entradas y salidas de la Lista de Espera de Consultas Externas (LECEX) en la especialidad para la que se solicita el programa:
  - Primeras Consultas Realizadas:
  - Entradas:
  - **[C] Indicador calculado:**

**Anexo IV**

- Índice Espera/Demora medio en los últimos doce meses en la especialidad para la que se solicita el programa:

**[D]:**

**SOLO para Módulos/Sesiones de Técnicas Diagnósticas:**

- Número medio, en los últimos doce meses, de Técnicas Diagnósticas realizadas en jornada ordinaria, en la modalidad o especialidad para la que se solicita el programa:

**[B]:**

- Número medio mensual, en los últimos doce meses, de entradas y salidas de la Lista de Espera de Técnicas (LETEC) en la modalidad o especialidad para la que se solicita el programa:

- Técnicas Realizadas:

- Entradas:

- **[C] Indicador calculado:**

- Índice Espera/Demora medio en los últimos doce meses para la Técnica en la modalidad o especialidad para la que se solicita el programa:

**[D]:**

**SOLO para Farmacia:**

- Dotación de plantilla de consulta externa en jornada ordinaria dedicada a UFPE:

Gr.Prof.:	Descripción:	Número:	Horas:
-----------	--------------	---------	--------

- Número total anual de pacientes diferentes atendidos en la consulta externa de farmacia hospitalaria anual:

- Número anual pacientes diferentes atendidos en la consulta externa por unidad de recurso ponderado disponible (PRPD):

**[B]:**

- Porcentaje de pacientes incluidos en seguimiento telemático o consulta no presencial y dispensación en proximidad respecto al total de pacientes atendidos adscritos al departamento de salud.

**[C]:**

*Fecha y firma UDCA*

#### INFORME GERENCIA

##### Confirmación de criterios de autorización de desplazamiento de profesionales

Tanto los profesionales como el servicio que los cede cumplen con los objetivos asignados en materia de desempeño y calidad asistencial.

El servicio que cede profesionales realiza un adecuado uso de recursos en el desempeño de su actividad ordinaria.

#### DECLARACIÓN

- 1) *El personal que participa lo hace con carácter voluntario.*
- 2) *El personal que participa realizará los módulos o sesiones del programa fuera de jornada ordinaria de trabajo y de atención continuada.*
- 3) *Se certifica la veracidad de la información contenida en la solicitud.*

#### AUTORIZACIÓN

**AUTORIZADA Y FAVORABLE.** Los profesionales desplazados cumplen los criterios para su autorización.

**AUTORIZADA Y FAVORABLE, CON CONDICIONES.** Aunque no se cumplen todos los criterios de autorización, se considera que el programa aporta mejoras a la consecución de los objetivos asignados a la A.S.I.

**NO AUTORIZADA Y DESFAVORABLE.** El programa no cumple, de forma general, los criterios de autorización.

*Fecha y firma de Gerencia del Departamento Origen*