

**SOLICITUD DE HOMOLOGACIÓN**

D./D.^a _____, responsable de los servicios de Fisioterapia del centro: _____ situado en la calle _____, Número _____, de la localidad _____, Provincia _____ Código Postal _____ Teléfono _____ e-mail _____

MANIFIESTA:

Que desea adscribirse como centro receptor en el desarrollo de la docencia de las asignaturas de Prácticas Tuteladas de Fisioterapia durante un periodo mínimo de dos años académicos consecutivos, y propone a los siguientes fisioterapeutas que desean adscribirse como tutores

- D./D.^a _____ Colegiado nº _____
- D./D.^a _____ Colegiado nº _____

SOLICITA:

Que el centro y los fisioterapeutas citados sean homologados, tal como establece la Normativa de Prácticas Tuteladas, para lo cual declara que el centro:

- a) Presta y lleva prestando servicios de Fisioterapia, al menos, en los dos años anteriores.
- b) Permanece abierto al público al menos **30** horas semanales.
- c) Posee registros clínicos que incluyen información clínica inicial y evolutiva de cada paciente atendido.
- d) Dispone de espacio que permite la privacidad del paciente durante su examen o tratamiento.
- e) Dispone de equipamiento terapéutico variado y en las condiciones de seguridad fijadas por fabricantes.
- f) Dispone de instrumentos de medición de resultados (clínicos y/o cuestionarios estandarizados) apropiados para evaluar la atención al paciente.
- g) Dispone alguna fuente de información (libros-revistas, bases de datos, internet) accesible al alumno.

Igualmente, en relación a los fisioterapeutas, declara que cada uno le ha manifestado que:

- a) Dispone de una experiencia profesional acreditada de al menos tres años
- b) Dispone de una formación continuada acreditada de al menos 100 horas.
- c) Se compromete a realizar al menos de 20 horas de formación continuada acreditada/curso académico mientras sea tutor, a estar presente en el centro en horario coincidente con el del alumno tutelado, y a cumplir el código deontológico del COFRM y las funciones asignadas al tutor en esta normativa.

Murcia, a _____ de _____ de _____

Firma del responsable de Fisioterapia y sello del centro



HOJA DESCRIPCIÓN DEL CENTRO

Nombre del Centro:	
Representante/director:	
Dirección postal (calle, municipio y código):	
Web/e-mail del centro:	
Teléfono de contacto:	
Cartera de servicios:	
Tutor/es de alumnos (incluir DNI y E-MAIL de cada uno)	
Horario para las prácticas (especificado por cada tutor; preferente mañana o tarde)	
Recursos destacables del centro para las prácticas	
Observaciones u otros	

La información solicitada se insertará en la web de la Facultad para conocimiento público y de los alumnos. Si tras el envío inicial de esta hoja se produjeran modificaciones en su centro, se ruega remitan de nuevo la hoja a la dirección (mjlh@um.es) del decanato de la Facultad de Medicina.

Murcia, a _____ de _____ de _____

Firma del responsable de Fisioterapia y sello del centro