|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SOLICITANTE** | **NOMBRE Y APELLIDOS** | **GONZALO ZEBALLOS SARRATO** |
| **TELÉFONO (móvil)** | **605569749** |
| **E-MAIL** | **gonzesa@hotmail.com** |
| **SERVICIO/UNIDAD** | **NEONATOLOGÍA HGU. GREGORIO MARAÑÓN-H.12 OCTUBRE** |

|  |  |
| --- | --- |
| **TÍTULO DEL CURSO** | **Curso de INSTRUCTOR en SIMULACIÓN CLÍNICA PERINATAL y CRM** |
| **FECHAS DE CELEBRACIÓN DEL CURSO** | **16, 17 Y 18 ABRIL 2020** |
| **NÚMERO DE SESIONES Y EDICIONES AL AÑO** | **1 AL AÑO, PREVISIBLE POSIBILIDAD DE 2 SEGÚN ACUERDO** |
| **NÚMERO DE ALUMNOS POR CURSO/TALLER** | **12-16** |
| **CURSO DE NUEVA CREACIÓN.** **CURSO YA REALIZADO ANTERIORMENTE** | Indique lo que corresponda: **NUEVA CREACIÓN**  |
| **CURSO DIRIGIDO A:** | *PERSONAL DEL HOSPITAL*  |  |
| *PERSONAL EXTERNO* |  |
| *AMBOS*  | **X** |
| **BREVE RESUMEN DEL CURSO****(*materias, contenidos)*** | El curso de Instructor en Simulación Clínica Perinatal y CRM pretende capacitar al profesorado, con la simulación clínica como herramienta metodológica, en la enseñanza y evaluación de competencias. Para ello se iniciará al profesorado en el diseño de casos y escenarios de simulación. Otro de los objetivos es instruir al profesorado en las dinámicas grupales y en el análisis crítico de situaciones clínicas con CRM, evaluación de capacitación asistencial y propuestas de mejoras. Esta acción formativa creemos que resulta indispensable para que los docentes que van a impartir simulación clínica adquieran conocimientos y habilidades acerca de esta metodología. |
| **MATERIAL REQUERIDO** | ***Equipos, simuladores, instrumental, material fungible*****Aulas y medios audiovisuales. Aportamos equipos, simuladores, instrumental y demás material fungible con el fin de ajustar al máximo el presupuesto.** |
| **PERSONAL DOCENTE PARA IMPARTIR EL CURSO. *(No presente en el Centro)*** | Gonzalo Zeballos SarratoMaría Teresa del MoralAlejandro Garrido SánchezEstrella TerradillosJuan Luis de LeónJuan LasoNacho CuetoMaría Arriaga RedondoDorotea Virginia Blanco BravoPosibilidad de Profesor colaborador del grupo de simulación de obstetricia del H. 12 Octubre |
| **ENTIDADES QUE FINANCIAN EL CURSO:****-Inscripciones de asistentes****-Entidades externas*****(Recursos económicos que se aportan para el desarrollo del curso)*** | \_\_\_\_SI *(especificar):* ***particular por los asistentes, 580 euros por alumno.****\_\_\_\_*NO |
| **RECURSOS EXTRAORDINARIOS NECESARIOS** | ***Personal externo, alquiler de equipos o simuladores, imprenta, adquisición de software, otros (especificar)*****No es preciso** |
| **INSTALACIONES DISPONIBLES**  | **Nº SALAS** | **DENOMINACION SALA** | MARCAR  |
| 3 | SALAS DE SIMULACIÓN/ DEBRIEFING | **X** |
| 6 | AULAS / TALLER |  |
| 1 | SALA DE CUIDADOS |  |
| 2 | SALA MULTIFUNCION *(una parte división)* | **X** |
| 1 | SALA MULTIFUNCION  |  |

**DETALLE DE LAS INSTALACIONES**

|  |
| --- |
| **SALA SIMULACIÓN** |
|  | **TURNOS** | **FECHAS** |
|  | Mañana | tarde | Día | Mes | Año |
| **Salas Nº 1** |  | **X** | **16** | **ABRIL** | **2020** |
| **Salas Nº 1** | **X** | **X** | **17** | **ABRIL** | **2020** |
| **Salas Nº 1** | **X** |  | **18** | **ABRIL** | **2020** |
| **Salas Nº 2** |  | **X** | **16** | **ABRIL** | **2020** |
| **Salas Nº 2** | **X** | **1 hora** | **17** | **ABRIL** | **2020** |

|  |
| --- |
| **SALA DEBRIEFING** |
|  | **TURNOS** | **FECHAS** |
|  | Mañana | tarde | Día | Mes | Año |
| **Salas Nº 1** |  | **X** | **16** | **ABRIL** | **2020** |
| **Salas Nº 1** | **X** | **X** | **17** | **ABRIL** | **2020** |
| **Salas Nº 1** | **X** |  | **18** | **ABRIL** | **2020** |
| **Salas Nº 2** |  | **X** | **16** | **ABRIL** | **2020** |
| **Salas Nº 2** | **X** | **1 hora** | **17** | **ABRIL** | **2020** |

|  |
| --- |
| **AULAS / TALLER** |
|  | **TURNOS** | **FECHAS** |
|  | Mañana | tarde | Día | Mes | Año |
| **Salas Nº 1** |  |  |  |  |  |
| **Salas Nº 2** |  |  |  |  |  |
| **Salas Nº 3** |  |  |  |  |  |
| **Salas Nº 4** |  |  |  |  |  |
| **Salas Nº 5** |  |  |  |  |  |
| **Salas Nº 6** |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **SALA DE CUIDADOS** |
|  | **TURNOS** | **FECHAS** |
|  | Mañana | tarde | Día | Mes | Año |
| **Salas Nº 1** |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **AULAS *(media sala multifunción)*** |
|  | **TURNOS** | **FECHAS** |
|  | Mañana | tarde | Día | Mes | Año |
| **Salas Nº 1** | **x** | **x** | **16 (tarde), 17 y** **18 (mañana)** | **ABRIL** | **2020** |
| **Salas Nº 2** |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **SALA MULTIFUNCIÓN** |
|  | **TURNOS** | **FECHAS** |
|  | Mañana | tarde | Día | Mes | Año |
| **Salón de Actos** |  |  |  |  |  |

**\**Consultar precios***