

ANEXO III

FORMULARIO PARA EL RECONOCIMIENTO DE NUEVAS ESPECIALIDADES

1. TIPO DE CALIFICACIÓN QUE SE SOLICITA RECONOCER

De acuerdo con lo enunciado con anterioridad, considera que a la calificación que se solicita reconocer se accede por medio de:

- Con formación de grado en la carrera de:
- Con certificación de una Especialidad previa en:
- Con formación de grado en las distintas carreras del equipo de salud
- Con certificación previa en las especialidades de

2. NOMBRE PROPUESTO PARA LA ESPECIALIDAD O CAPACITACIÓN ESPECIALIZADA

3. INSTITUCION/ES QUE PRESENTAN LA SOLICITUD Y AVALES JURISDICCIONALES

4. DEFINICIÓN *¿Qué se entiende por esa especialidad/especialidad dependiente/capacitación especializada? (el cuadro es extensible)*

5. FUNDAMENTACIÓN *¿Por qué es necesario que exista esa especialidad/especialidad dependiente/capacitación especializada?*

TRANSCRIBA AQUÍ LOS ASPECTOS MÁS RELEVANTES INCORPORADOS EN EL CAPÍTULO CORRESPONDIENTE DEL MARCO DE FORMACIÓN. (el cuadro es extensible)

6. AUTONOMÍA DE LA ESPECIALIDAD. *Identifique aquí las áreas de solapamiento, autonomía y complementariedad de la especialidad/especialidad dependiente/capacitación especializada solicitada con otras especialidades afines y/ o otras profesiones sanitarias que intervienen en el campo (el cuadro es extensible)*

7. OBJETIVO *¿Para qué deben existir profesionales con esta especialidad/especialidad dependiente/capacitación especializada? (el cuadro es extensible)*

--

8. ANTECEDENTES NACIONALES DE LA *especialidad/especialidad dependiente/capacitación especializada (el cuadro es extensible)*. Presentar aquí la información sobre el reconocimiento de la especialidad a nivel federal (adjuntar documentación respaldatoria).

--

9. ANTECEDENTES INTERNACIONALES DE RECONOCIMIENTO DE LA *especialidad/especialidad dependiente/capacitación especializada (el cuadro es extensible)*. Presentar aquí la información sobre el reconocimiento de la especialidad a nivel internacional.

--

10. PUBLICACIONES Y DOCUMENTOS. Indique publicaciones y documentos que evidencien la existencia de producción científica pertinente al campo de la especialidad/especialidad dependiente/capacitación especializada solicitada (Adjunte las referencias a las publicaciones a la solicitud)

--

11. PROYECCIÓN DE EL N° DE PROFESIONALES A FORMAR. Estimar la cantidad de profesionales a formar en los próximos 5 años y las instituciones donde se insertarían laboralmente.

--

12. OTROS ELEMENTOS DE DIAGNÓSTICO/ESTADO DE SITUACIÓN

(Otra Información que considere relevante del contexto que explique la necesidad de la especialidad/especialidad dependiente/capacitación especializada)

--

FORMACIÓN DE POSGRADO

Consignar las opciones de formación existentes y sus requisitos en términos generales.

13. INDIQUE LA/LAS FORMACIÓN/FORMACIONES AFINES QUE HOY SE DESARROLLAN EN EL MARCO DE LA *especialidad/especialidad dependiente/capacitación especializada*

TIPO DE FORMACIÓN	NO	SI	REQUISITOS DE INGRESO	CARGA HORARIA MÍNIMA	OBSERVACIONES ADICIONALES
RESIDENCIA					
CARRERA UNIVERSITARIA					Porcentaje de actividad práctica: Otras características:
OTRAS (por ejemplo: Concurrencia, Sociedad Científica, Otras) Detalle:					

14. INDIQUE SI EN LA ACTUALIDAD EXISTEN RESIDENCIAS PARA FORMAR ESTOS ESPECIALISTAS EN NUESTRO PAÍS

- SI
- NO
- Se desconoce

15. SI CONTESTÓ AFIRMATIVAMENTE: INDIQUE LOS SIGUIENTES DATOS RESPECTO DE LAS RESIDENCIAS

Debe identificar por lo menos un sitio de formación en nuestro país. Se pueden agregar otros a medida que se vayan creando.

Nº	NOMBRE DE LA RESIDENCIA	INSTITUCIÓN DONDE SE REALIZA	REQUISITOS DE INGRESO	DURACIÓN	Acreditación (SI/NO - Vigencia)	OBSERVACIONES
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						

Nota: Puede agregar a la tabla todas las filas que sean necesarias

16. ¿ALGUNA DE LAS RESIDENCIAS POSEE UNA ROTACIÓN POR OTRA ESPECIALIDAD EN EL PRIMER AÑO O DURANTE MÁS TIEMPO?

- SI
- NO
- Se desconoce

17. SI RESPONDIÓ AFIRMATIVAMENTE, INDIQUE QUÉ RESIDENCIA Y EN QUÉ ESPECIALIDAD SE REALIZA LA ROTACIÓN Y DURANTE CUÁNTO TIEMPO (EN MESES).

Nº	NOMBRE DE LA RESIDENCIA	INSTITUCIÓN DONDE SE REALIZA	ESPECIALIDAD EN LA QUE REALIZA LA ROTACIÓN	DURACIÓN DE LA ROTACIÓN (EN MESES)	OBSERVACIONES
1					
2					
3					
4					
5					

Nota: Puede agregar a la tabla todas las filas que sean necesarias

18. INDIQUE SI EN LA ACTUALIDAD EXISTEN CARRERAS UNIVERSITARIAS PARA FORMAR ESTOS ESPECIALISTAS EN NUESTRO PAÍS

- SI
- NO
- Se desconoce

19. SI CONTESTÓ AFIRMATIVAMENTE, INDIQUE LOS SIGUIENTES DATOS RESPECTO DE LAS CARRERAS UNIVERSITARIAS *Debe identificar por lo menos un sitio de formación en nuestro país. Se pueden agregar otros a medida que se vayan creando.*

Nº	NOMBRE DE LA CARRERA	UNIVERSIDAD	REQUISITOS DE INGRESO Consignar si se requiere formación previa en otra/s especialidad/es	DURACIÓN (Carga horaria) Consignar % de actividad teórica y % de actividad práctica	ASOCIADA A UNA RESIDENCIA/ CONCURRENCIA	ACREDITACIÓN (SI/NO) – Vigencia	OTROS
1							
2							

3							
---	--	--	--	--	--	--	--

Nota: Puede agregar a la tabla todas las filas que sean necesarias

20. INDIQUE SI OTRAS PROFESIONES DE GRADO UNIVERSITARIO EN SALUD PUEDEN TENER UNA ESPECIALIDAD QUE SE DENOMINE IGUAL

SI

NO

Se desconoce

21. SI CONTESTÓ AFIRMATIVAMENTE: INDIQUE CUÁL/ES

--

22. INDIQUE TODOS LOS ANTECEDENTES QUE NO FUERON PEDIDOS Y QUE CONSIDERE PERTINENTES PARA EVALUAR LA SOLICITUD

--



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
2021 - Año de Homenaje al Premio Nobel de Medicina Dr. César Milstein

Hoja Adicional de Firmas
Informe gráfico

Número:

Referencia: EX-2020-89793040- -APN-DD#MS - ANEXO III - Formulario para el reconocimiento de nuevas especialidades

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 7 pagina/s.