

Formato de manifestación de intención de inicio de proceso de certificación

Fecha de diligenciamiento:

DD	MM	AAAA
----	----	------

Nombre de quien diligencia: _____

Cargo: _____

País:		
Ciudad:		
Institución:		
Centro de excelencia al que aplica	Espondiloartropatías EspA	
	Enfermedad psoriásica EpsO	
Tipo de Centro al que aplica (EspA)	Estándar	
	Óptimo	
	Modelo	
Tipo de Centro al que aplica (EpsO)	Óptimo	
	Modelo	
Estimado de pacientes atendidos en un año	Espondiloartropatías EspA	
	Enfermedad psoriásica EpsO	

1. Talento Humano

	Cantidad	Especificaciones que desea agregar
Cuenta con Especialista en Reumatología		
Cuenta con Especialista en Dermatología		
Cuenta con Profesional de Enfermería		
Cuenta con Profesional de Psicología		
Cuenta con Especialista en Fisiatría		
Cuenta con Especialista en Gastroenterología		
Cuenta con Especialista en Oftalmología		
Cuenta con Especialista en Ortopedia		
Cuenta con Profesional de Fisioterapia		
Cuenta con Profesional de Terapia Ocupacional		
Cuenta con Profesional de Nutrición		
Cuenta con Profesional de Trabajo Social		
Cuenta con Profesional de Química Farmacéutica		
Otros		

2. Historia clínica y registros

	Manual	Digital	Mixta
Historia clínica			
Por favor indique el proceso de registro de variables clínicas y base de datos de pacientes			

3. Laboratorio clínico

	Dentro del centro	Red externa	Mixto
Cuenta con laboratorio clínico para realizar las pruebas de rutina para diagnóstico y seguimiento			
Observaciones			

4. Imágenes diagnósticas

	Dentro del centro	Red externa	Mixto
Cuenta con servicio de imágenes para realizar las pruebas de rutina para diagnóstico y seguimiento			
Observaciones			

5. Datos de contacto profesional líder del proceso

Nombre:	
Profesión:	
Teléfono:	
Correo electrónico:	