

IHAN-España

Formulario de solicitud del certificado de la Fase 1D

(Fase de Descubrimiento)

**Centro de Salud**

**2018**

Rellene este formulario y remítalo a [cs-ihan@ihan.es](about:blank). Además debe rellenar el cuestionario de autoevaluación [online](about:blank) a través de la página de la IHAN y enviar el acta de constitución de la Comisión de lactancia del centro.

Es necesario rellenar un formulario por centro aunque se desee la evaluación de varios centros de un mismo Departamento o región de salud. Escanee y envíe la hoja una vez firmada.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DATOS GENERALES DEL CENTRO DE SALUD** | | | |
| **Departamento/Área de Salud:** |  | | |
| **Nombre del Centro de Salud:** |  | | |
| **Dirección:** |  | **C.P.** |  |
| **Población/Provincia:** |  | | |
| **Comunidad Autónoma:** |  | | |
| **Teléfono:** |  | **Fax:** |  |
| **Fecha de solicitud:** | Haga clic aquí para escribir una fecha. | | |

Información sobre el número total de trabajadores del Centro de Salud que puedan estar involucrados en el desarrollo de la estrategia en su Centro de Salud:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Profesionales** | **Número** | **Profesionales** | **Número** |
| **Pediatras:** |  | **Auxiliares de enfermería:** |  |
| **Personal de enfermería de pediatría:** |  | **Auxiliares administrativos:** |  |
| **Matronas:** |  | **Celadores:** |  |
| **Facultativos de familia:** |  | **Trabajadores Sociales:** |  |
| **Personal de enfermería de medicina general:** |  | **Otros (**especificar): |  |

**Deseamos solicitar el registro en la Fase 1D para el Centro de Salud arriba mencionado y declaramos que es nuestra intención poner en funcionamiento la Iniciativa Centro de Salud – IHAN mediante la aplicación de los 7 Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural en la Comunidad**

**Estamos informados de que la acreditación IHAN se obtiene tras superar la evaluación de 4 Fases y de que los gastos derivados de las evaluaciones deben ser sufragados por el departamento de salud. .**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **VISTO BUENO DEL RESPONSABLE DEL ÁREA DE SALUD** | | **VISTO BUENO DEL COORDINADOR DE LA IHAN EN EL CENTRO DE SALUD** | |
| **Cargo:** |  | **Cargo:** |  |
| **Nombre y apellidos:** |  | **Nombre y apellidos:** |  |
| **Teléfono y extensión:** |  | **Teléfono y extensión:** |  |
| **E-mail:** |  | **E-mail:** |  |
| **Firma y sello Fecha:** | | **Firma Fecha:** | |