# **SOLICITUD DE ACREDITACIÓN DE CENTRO DE FORMACIÓN**

**INFORMACIÓN DE CONTACTO:**

Nombre y Apellidos: Fecha solicitud:

Título académico:

Dirección de e-Mail: Teléfono de contacto:

¿Es miembro de la Academia AEA? SI NO

(Usted debe ser miembro para poder solicitar la acreditación de centro de formación)

**INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL CENTRO DE FORMACIÓN:**

* Nombre del Centro:
* Dirección:
* Ciudad:
* Provincia:
* Código postal:
* País:
* Número de teléfono:
* Página web:
* Dirección e-mail del Centro:

**INFORMACIÓN SOBRE SU CENTRO DE FORMACIÓN**

Marcar el **número de cirugías realizadas** anual y semanalmente en su centro:

* Rodilla:
	+ Meniscectomias
	+ Sutura meniscal
	+ Injertos meniscales
	+ Ligamentoplastias del LCA técnica anatómica
	+ Ligamentoplastias del LCA técnica monotúnel
	+ Ligamentoplastias del LCA técnica doble túnel
	+ Tratamiento lesiones condrales con micro fracturas
	+ Tratamiento lesiones condrales con técnica AMIC, MACI…
	+ Osteotomías
	+ Otras:
* Hombro:
	+ Descompresión subacromial aislada
	+ Reparaciones del manguito simples
	+ Reparaciones del manguito doble fila
	+ Reconstrucción capsular superior.
	+ Inestabilidades
	+ Slaps
	+ Reparaciones subescapular
	+ Biotenodesis porción larga del bíceps.
	+ Otras:
* Codo:
	+ Epicondilitis
	+ Artrolisis
	+ Tratamiento lesiones ostecondrales
	+ Otras:
* Muñeca y mano:
	+ Reparaciones fibrocartilago triangular
	+ Pseudosrtrosis de escafoides
	+ Rizartrosis
	+ Otras:
* Cadera:
	+ Choque femoracetabular
	+ Tendinopatias del glúteo medio
	+ Resaltes interno y externo de cadera
	+ Síndrome del glúteo profundo
	+ Patología isquiotibiales proximales
	+ Otras:
* Tobillo y pie:
	+ Impingement anterior
	+ Impingement posterior
	+ Lesiones osteocondrales de astrágalo
* Otras cirugías:

**Publicaciones**: Al menos listar 5 publicaciones de su centro de formación en los últimos cinco años.

**Proyectos de investigación** actualmente en su centro.

**Formación en su centro:** Detalle la formación en su centro, con el número medio por año:

* Estudiantes de medicina
* Residentes de traumatología y cirugía ortopédica
* *Fellows*
* Otros

**OTROS CIRUJANOS INVOLUCRADOS EN LA DOCENCIA EN SU CENTRO**

* Cirujano 1
* Cirujano 2
* Cirujano 3

Todos los cirujanos involucrados en el centro deben ser miembros de la Academia AEA.

**OTRA INFORMACIÓN:**

* Referencias: por favor, enumere dos referencias para su centro de formación de dos miembros de AEA (Nombre, apellidos, institución, especialización y dirección de Email)
	+ Referencia 1
	+ Referencia 2
* Razones para la solicitud: ¿Por qué le gustaría realizar la solicitud para acreditación de su centro de formación?
* Información adicional: por favor, introduzca cualquier información adicional que quisiera aportar a su solicitud.

**DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD.**

Al realizar la solicitud de su centro como centro de formación acreditado por AEA, confirma que acepta el reglamento y los criterios de acreditación de la AEA para sus centros de formación.

Acepta:

* Sí
* No

**Siguiendo los principios de licitud, lealtad y transparencia, ponemos a su disposición la siguiente información básica sobre protección de datos, informándole del tratamiento de los datos personales que se dispone a proporcionarnos:**

**Responsable:**Asociación Española de Artroscopia -G59037671-

C/ JOSÉ ABASCAL 44, 1º DCHA., 28003, MADRID-  aea@aeartroscopia.com -914416040|**Finalidad principal:** Prestar el servicio contratado consistente en evaluar a la entidad como centro de formación en artroscopia y su posterior divulgación en la página web de la AEA | **Ejercicio de Derechos:** Los derechos de protección de datos de los que son titulares los interesados son: derecho a solicitar el acceso a los datos personales relativos al interesado, derecho de rectificación o supresión, derecho de oposición, derecho a solicitar la limitación de su tratamiento y derecho a la portabilidad de los datos. Los titulares de los datos personales obtenidos podrán ejercer sus derechos dirigiendo una comunicación a  aea@aeartroscopia.com, incluyendo en ambos casos fotocopia de su DNI u otro documento de identificación equivalente.