

**CONSULTA DE SEGUIMIENTO TRAS
ATENCIÓN EN URGENCIAS
RED CENTINELA SANITARIA - PROGRAMA 2026**

NOMBRE CIAS	Año: _____	Declaración:	<input type="checkbox"/> Con casos <input type="checkbox"/> Sin casos <input type="checkbox"/> Ausencia
	Semana: _____		Número de casos: PAC Hospitalarias Emergencias
	Finaliza el domingo: ___ / ___ / ___		

1 2 3

Datos de identificación

CIPA	_____	_____
Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____
Sexo	H: <input type="checkbox"/> M: <input type="checkbox"/>	H: <input type="checkbox"/> M: <input type="checkbox"/>

Características de la persona o padre o madre

Nivel educativo (respuesta única) Sin estudios Primaria o equivalentes Secundaria o equivalentes Universitarios/grado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Situación laboral (respuesta única) En activo Desempleado/a Jubilado/retirado/incapacidad Estudiante Tareas del hogar Otra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
País de nacimiento	_____	_____	_____

Datos de la urgencia

Fecha de atención en urgencias (DD/MM/AAAA)	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____	
Hora de la atención en urgencias (24h HH:MM)	____ : ____	____ : ____	
Lugar originario de atención de urgencia (respuesta única) PAC Hospitalaria (público) Hospitalaria (privado) Emergencias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motivo de la consulta en urgencias	_____	_____	_____
Se derivó a urg. hosp. desde PAC o emergencias	Sí: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>	Sí: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>	Sí: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>
Ingreso o unidad de corta estancia	Sí: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>	Sí: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>	Sí: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>
Pruebas realizadas (respuesta múltiple) Imagen Análisis Otra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Requirió interconsulta con otro especialista hospitalario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datos de la consulta en AP

Fecha de la consulta (DD/MM/AAAA)	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____	
Motivo de consulta (respuesta múltiple) Control y seguimiento Gestión Recetas Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Valoración del centinela

Diagnóstico de alta de la urgencia	_____	_____
Había pedido cita con su médico de familia/pediatra	Sí: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>	Sí: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>
Fue derivado a la urgencia desde AP	Sí: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>	Sí: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>
¿Cree que estaba motivada la urgencia?	Sí: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>	Sí: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>
¿Cree que se podría haber resuelto en AP?	Sí: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>	Sí: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>
¿Cree que fue motivada por la demora de la cita en AP?	Sí: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>	Sí: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>
¿Y por demora de una prueba diagnóstica?	Sí: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>	Sí: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>
Observaciones	_____	_____

Centros de coordinación periféricos

Servicio Territorial de Sanidad de Ávila Sección de Epidemiología Cl. San Juan de la Cruz, 28. 05001 Ávila Tel: 920355073;810492;810525 Email: redcentinela.avila@icyl.es	Servicio Territorial de Sanidad de Burgos Sección de Epidemiología Po. Sierra de Atapuerca, 4. 09002 - Burgos Tel: 947280137;820805/947280101;820802 Email: redcentinela.burgos@icyl.es	Servicio Territorial de Sanidad de León Sección de Epidemiología/Edif. Usos Múltiples 2ª planta Av. Peregrinos, s/n. 24008 - León Tel: 987296941;831370/831356 Email: redcentinela.leon@icyl.es
Servicio Territorial de Sanidad de Palencia Sección de Epidemiología Av. Casado Alisal, 32. 34001 Palencia Tel: 979715443;840643/979715441;840642 Email: redcentinela.palencia@icyl.es	Servicio Territorial de Sanidad de Salamanca Sección de Epidemiología Cl. Príncipe de Vergara, 53-71. 37003 - Salamanca Tel: 923296030;851813/923296022;851815 Email: redcentinela.salamanca@icyl.es	Servicio Territorial de Sanidad de Segovia Sección de Epidemiología Av. Juan Carlos I, 3. 40005 - Segovia Tel: 921417155;860423/921417175;860426 Email: redcentinela.segovia@icyl.es
Servicio Territorial de Sanidad de Soria Sección de Epidemiología Cl. Nicolás Rabal, 7. 42003 - Soria Tel: 975236600;871142;871141 Email: redcentinela.soria@icyl.es	Servicio Territorial de Sanidad de Valladolid Sección de Epidemiología Av. Ramón y Cajal, 6. 47005 - Valladolid Tel: 983413760;8833731/8833729 Email: redcentinela.valladolid@icyl.es	Servicio Territorial de Sanidad de Zamora Sección de Epidemiología Pl. de Alemania, 1. 49014 - Zamora Tel: 980547431;890385/980547439;890409 Email: redcentinela.zamora@icyl.es

Centro coordinador general

Dirección General de Salud Pública Servicio de Alertas y Respuesta Rápida Paseo de Zorrilla, 1. 47007 - Valladolid Tel: 983413600;806415/806366/806360 Email: redcentinela@icyl.es

Centro coordinador de enfermería

Servicio Territorial de Sanidad de Palencia Sección de Epidemiología Av. Casado Alisal, 32. 34001 Palencia Tel: 979715443;840643/979715441;840642 Email: redcentinela.palencia@icyl.es
--



RED CENTINELA SANITARIA
CASTILLA Y LEÓN