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

**INFORMACIÓN DE CONTACTO:**

Nombre y Apellidos: Fecha solicitud:

Título académico:

Dirección de e-Mail: Teléfono de contacto:

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

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

¿EN QUE ARTICULACIÓN QUIERE QUE SE ACREDITE EL CENTRO? (Puede marcar 1 o 2 opciones)

* Rodilla
* Hombro
* Cadera
* Tobillo-Pie
* Muñeca-Codo

**INFORMACIÓN SOBRE SU CENTRO DE FORMACIÓN (SOLO DE LAS ARTICULACIONES A ACREDITAR)**

Marcar las **cirugías que se realizan habitualmente** en su centro y poner el **número aproximado anual**:

* Rodilla:
  + Sutura meniscal
    - Transplantes meniscales
    - Ligamentoplastias del LCA
    - Lesiones multiligamentosas o LCP
    - Tratamiento lesiones condrales o Osteocondrales
    - Osteotomías
    - Otras:
* Hombro:
  + Descompresión subacromial aislada
  + Reparaciones del manguito
  + Reconstrucción capsular superior.
  + Inestabilidades
  + Slaps
  + Reparaciones subescapular
  + Otras:
* Codo:
  + Epicondilitis
  + Artrolisis
  + Tratamiento lesiones ostecondrales
  + Otras:
* Muñeca y mano:
  + Artroscopias muñeca u otras articulaciones carpo
  + 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:

**ACTIVIDAD CIENTÍFICA:**

**Publicaciones**: Referencia de las publicaciones realizadas por su grupo de trabajo en los últimos cinco años.

**Proyectos de investigación** actualmente en su grupo de trabajo

**OTROS CIRUJANOS DE SU GRUPO**

* Cirujano 1
* Cirujano 2
* Cirujano 3

Todos los cirujanos involucrados en el centro deben (pasaran a ser, si todavía no lo son) ser miembros de la Academia AEA.

**DESCRIPCIÓN CENTRO:**

Realizar una breve descripción del centro. Es importante destacar los puntos fuertes del centro para ser expuesto en la página web de la AEA si su centro es aceptado. (4-5 líneas)

**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](mailto: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](mailto:aea@aeartroscopia.com), incluyendo en ambos casos fotocopia de su DNI u otro documento de identificación equivalente.