



Declaración de conformidad de toda la información facilitada

Declaración de conformidad de toda la información facilitada anteriormente. Este documento deberá ir firmado por el/la Gerente del centro hospitalario o Director/a médico del mismo.

➤ **Descripción del centro hospitalario:**

Denominación:

Provincia:

➤ **Gerencia o Dirección Médica** del del centro hospitalario:

Nombre y apellidos:

Cargo que ocupa:

➤ **Declaración de conformidad** de toda la información detallada en los distintos formularios adjuntos, en la actual solicitud de acreditación:

Al documento descriptivo con la **composición de la Unidad de Disfagia Orofaríngea del centro hospitalario**.

Al documento descriptivo del **sistema y circuito de cribado para pacientes hospitalizados** con indicación específica de una **dieta adaptativa** por Disfagia Orofaríngea.

Al Informe descriptivo de **todas las dietas existentes** en el centro hospitalario, que se encuentran **adaptadas** a pacientes con disfagia orofaríngea.

Al documento gráfico donde se visualizan los tipos de dietas específicas para disfagia orofaríngea, que se detallan dentro del **sistema interno de petición de dietas** a cocina o al responsable de Dietética y Nutrición del propio centro hospitalario.



Sociedad Española de
Otorrinolaringología y
Cirugía de Cabeza y
Cuello

D./Dña. _____ con
número de DNI/NIE/Pasaporte _____ siguiendo los requisitos establecidos
por la Sociedad Española de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello, declara que la información
facilitada en este formulario “declaración de conformidad de toda la información detallada” es actualizada
y veraz.

Se firma en _____ a _____

Fdo. D./Dña.

Nº DNI/NIE/Pasaporte

Cargo que ocupa