1. DENOMINACIÓN DEL DISPOSITIVO

|  |  |
| --- | --- |
| **Denominación del dispositivo** |  |
| **Tipo de dispositivo** | |
|  | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Localidad** |  | | **Provincia** |  |
| **Adscrito a:** | |  | | |
| **Entidad titular del dispositivo** | |  | | |

2. CAPACIDAD DOCENTE DEL DISPOSITIVO

**Duración estancia formativa**

|  |  |
| --- | --- |
| **Geriatría Enfermería Geriátrica** | |
|  |  |
| **Geriatría Enfermería Geriátrica** | |
|  |  |

**Capacidad docente (turnos/año)**

3. RESPONSABLE / COLABORADOR DOCENTE DEL DISPOSITIVO

Campos obligatorios según proceda

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dº/Dª** |  | | **Especialidad** |  |
| **Dº/Dª** |  | | **Especialidad** |  |
| **Dº/Dª** |  | | **Especialidad** |  |
| **Dº/Dª** |  | | **Especialidad** |  |
| **Dº/Dª** |  | | **Especialidad** |  |
| **Otros cola boradores** | |  | | |

4. COBERTURA POBLACIONAL

0

**Cobertura poblacional**

5. RECURSOS HUMANOS

Indicar el número de profesionales

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Especialistas en Geriatría** | |  |
| **Especialistas en Enfermería Geriátrica** | |  |
| **Enfermeros/as de Cuidados Generales** | |  |
| **Fisioterapeutas** | |  |
| **Trabajadores/as Sociales** | |  |
| **Otros profesionales:** |  | |

6. ÁREA FÍSICA

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Número de camas (Residencias para mayores)** | | 0 |
| **Número de plazas (Centros de Día)** | | 0 |
| **Indicar otros recursos disponibles** |  | |

7. RECURSOS MATERIALES

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Archivo de Historias Clínicas** | | Si | No |
| **Registro informatizado de casos y actividad asistencial** | | Si | No |
| **Registro del proceso enfermero en la Historia Clínica** | | Si | No |
| **Disponibilidad de medios audiovisuales** | | Si | No |
| **Disponibilidad de aulas o salas de reuniones** | | Si | No |
| **Otros recursos materiales** |  | | |

8. INDICADORES DE ACTIVIDAD ASISTENCIAL

Durante los dos ultimo años, relativos a la población de referencia

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Número de ingresos/año** | | 0 | |
| **Desglosar la actividad asistencial, de acuerdo con los objetivos de la rotación en el dispositivo** |  | | |
| Se adjunta memoria de la actividad asistencial de los 2 últimos años, de acuerdo con los objetivos de la rotación en el dispositivo | | | |
| **Planes de Cuidados estandarizados de Enfermería** | | | Si  No |

9. ACTIVIDAD DOCENTE E INVESTIGADORA

De todos los profesionales en los 2 últimos años

|  |  |
| --- | --- |
| **Sesiones clínicas** | Si  No |
| **Formación continuada** | Si  No |
| He adjuntado a la solicitud el calendario de sesiones Clínicas | |
| He adjuntado a la solicitud actividades de formación continuada | |