1. DENOMINACIÓN DEL DISPOSITIVO

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

2. CAPACIDAD DOCENTE DEL DISPOSITIVO

**Duración estancia formativa**

|  |
| --- |
| **Medicina del Trabajo Enfermería del Trabajo** |
|  |  |
| **Medicina del Trabajo Enfermería del Trabajo** |
|  |  |

**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** |  |

4. RECURSOS HUMANOS

Indicar el número de profesionales

|  |  |
| --- | --- |
| **Especialistas en Medicina del Trabajo** |  |
| **Especialistas en Enfermería del Trabajo** |  |
| **Enfermeros de Cuidados Generales** |  |
| **Terapeutas Ocupacionales** |  |
| **Trabajadores Sociales** |  |
| **Otros profesionales** |  |

5. ÁREA FÍSICA

Indicar el número obligatoriamente según proceda

|  |  |
| --- | --- |
| **Nº Camas** | 0 |
| **Nº Consultas externas** | 0 |
| **Otros recursos del área física** |  |

6. RECURSOS MATERIALES

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Sistema de archivo de Historias Clínicas informatizado** |  Si |  No |
| **Registro diferenciado de proceso enfermero** |  Si |  No |
| **Registro diferenciado de actividades de promoción y prevención para la salud** |  Si |  No |
| **Disponibilidad de medios audiovisuales** |  Si |  No |
| **Otros recursos materiales** |  |

7. INDICADORES DE ACTIVIDAD ASISTENCIAL

|  |  |
| --- | --- |
| **Realizar una descripción de las distintas actividades asistenciales del dispositivo durante los 2 últimos años** |  |
|  Marcar en el caso de adjuntar a la solicitud una memoria asistencial de los 2 años previos |