1. DATOS DEL DISPOSITIVO

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

 2. CAPACIDAD DOCENTE DEL DISPOSITIVO

**Duración estancia formativa (nº meses)**

**Psiquiatría Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia Psicología Clínica Enfermería de Salud Mental**

**Capacidad docente (turnos/año)**

**Psiquiatría Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia Psicología Clínica Enfermería de Salud Mental**

 3. RESPONSABLE / COLABORADOR DOCENTE

Indicar los datos de todos los responsables/colaboradores docentes

**Colaboradores docentes del dispositivo**

|  |
| --- |
| **Nombre y apellidos Especialidad** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

 4. RECURSOS HUMANOS

|  |  |
| --- | --- |
| **Número de Psiquiatras** | 0 |
| **Número de Psicólogos Clínicos** | 0 |
| **Número de Enfermeras especialistas en Salud Mental** | 0 |
| **Número de Enfermeros/as de Cuidados Generales** | 0 |
| **Número de Trabajadores Sociales** | 0 |
| **Número de Terapeutas Ocupacionales** | 0 |

**Otros**

 5. ÁREA FÍSICA Y RECURSOS MATERIALES

|  |  |
| --- | --- |
| **Número de camas** | 0 |
| **Número de consultas** | 0 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Aulas** |  SI |  NO |
| **Salas de grupos** |  SI |  NO |
| **Salas de Reuniones** |  SI |  NO |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Fuentes documentales en soporte papel** |  SI |  NO |
| **Acceso a base de datos** |  SI |  NO |
| **Acceso a texto completo de revistas nacionales e internacionales de interés** |  SI |  NO |

|  |  |
| --- | --- |
| **Archivo de Historias Clínicas** |  SI  NO |
| **Registro informatizado de casos y actividad asistencial** |  SI  NO |
| **Otros recursos:** |  |

 6. INDICADORES DE ACTIVIDAD ASISTENCIAL

**Descripción de la actividad asistencial de los 2 últimos años**

|  |  |
| --- | --- |
| **Planes de Cuidados estandarizados de Enfermería** |  SI  NO |
| **Indicar los Planes de Cuidados estandarizados de Enfermería empleados** |  |