#  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. COBERTURA POBLACIONAL

|  |  |
| --- | --- |
| **Cobertura poblacional** | 0 |

 **5. 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** |  |

#  6. ÁREA FÍSICA Y RECURSOS MATERIALES

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Aulas** |  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:** |  |

 **7. INDICADORES DE ACTIVIDAD ASISTENCIAL**

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Año** | 0 | **Año** | 0 |
| **Nº de ingresos** | 0 | **Nº de ingresos** | 0 |
| **Índice de ocupación** | 0 | **Índice de ocupación** | 0 |

**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** |  |

#  8. SESIONES CLÍNICAS

En caso de señalarse afirmativamente, debe aportarse Calendario como documentación adjunta

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Sesiones clínicas conjuntas** |  SI |  NO |
| **Sesiones clínicas específicas Psiquiatría** |  SI |  NO |
| **Sesiones clínicas específicas Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia** |  SI |  NO |
| **Sesiones clínicas específicas Psicología Clínica** |  SI |  NO |
| **Sesiones clínicas específicas Enfermería de Salud Mental** |  SI |  NO |

#  9. ACTIVIDAD DOCENTE E INVESTIGADORA

En caso de señalarse afirmativamente, debe aportarse incluido como documentación adjunta y referido a los 2 últimos años

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Formación continuada** |  SI |  NO |
| **Ponencias y comunicaciones presentadas** |  SI |  NO |
| **Proyectos de investigación** |  SI |  NO |
| **Publicaciones** |  SI |  NO |
| **Otros (seminarios, conferencias, elaboración de Protocolos, etc.)** |  SI |  NO |