# 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 |