**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 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:** |  |

**7. INDICADORES DE ACTIVIDAD ASISTENCIAL**

Durante los dos últimos años incluyendo pacientes atendidos, terapias grupales, entrevistas a familiares, intervenciones no farmacológicas, etc.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Año** | 0 | **Año** | 0 |
| **Nº de pacientes atendidos** | 0 | **Nº de pacientes atendidos** | 0 |
| **Nº terapias grupales** | 0 | **Nº terapias grupales** | 0 |
| **Descripción de la actividad asistencial de los 2 últimos años** |
|  |

**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 |