

## 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 Psiquiatras Infantil y de la Adolescencia	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/as Sociales	0
Otros	

## 6. ÁREA FÍSICA Y RECURSOS MATERIALES

Nº Consultas de Psiquiatría	0			
Nº Consultas de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia	0			
Nº Consultas de Psicología Clínica	0			
Nº Consultas de Enfermería de Salud Mental	0			
Número de Despachos específicos para Residentes	Psiquiatría	Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia	Psicología Clínica	Enfermera de Salud Mental
Salas de grupo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO		
Nº Salas de grupo				0
Aulas	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO		
Nº Aulas				0
Sala Reuniones	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO		
Nº Salas de reuniones				0
Fuentes documentales en soporte papel	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO		
Acceso a base de datos	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO		
Acceso a texto completo de revistas nacionales e internacionales de interés	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO		
Archivo de Historias Clínicas	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO		
Registro informatizado de casos y actividad asistencial	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO		
Otros recursos:				

## 7. PROGRAMAS / ACTIVIDADES REGLADAS ASISTENCIALES

Indicar disponibilidad de los siguientes programas:

Programa de evaluación, diagnóstico y orientación terapéutica	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Programas terapéuticos de seguimiento	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Programas psicoterapéuticos (individuales, familiares y grupales)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Programa de asesoramiento	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Programa de apoyo y coordinación con Atención Primaria	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Programa de apoyo y coordinación con Servicios Sociales (generales y específicos) y otros servicios comunitarios	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Programa de apoyo y coordinación con hospitalización pediátrica y con la unidad específica de hospitalización psiquiátrica juvenil	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Programa de coordinación con los servicios de apoyo educativo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Programa de apoyo y coordinación con Hospital de Día de referencia	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Programa de coordinación con la Administración de Justicia	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Otros programas:		

## 8. INDICADORES DE ACTIVIDAD ASISTENCIAL

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

Año	0	Año	0
Nº pacientes en lista de espera	0	Nº pacientes en lista de espera	0
Nº primeras consultas/año	0	Nº primeras consultas/año	0
Nº consultas sucesivas/año	0	Nº consultas sucesivas/año	0

Actividad asistencial por grupos diagnósticos, según CIE-10, indicar número/año:

Año	0	Año	0
F00-09 Trastornos mentales orgánicos incluidos los sintomáticos	0	F00-09 Trastornos mentales orgánicos incluidos los sintomáticos	0
F10-19 Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicotrópicas	0	F10-19 Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicotrópicas	0
F20-29 Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes	0	F20-29 Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes	0
F30-39 Trastornos del humor (afectivos)	0	F30-39 Trastornos del humor (afectivos)	0
F40-49 Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos	0	F40-49 Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos	0
F50-59 Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos	0	F50-59 Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos	0
F60-69 Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto	0	F60-69 Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto	0
F70-79 Retraso mental	0	F70-79 Retraso mental	0
F80-89 Trastornos del desarrollo psicológico	0	F80-89 Trastornos del desarrollo psicológico	0
F90-98 Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia	0	F90-98 Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia	0
F99 Retraso mental sin especificación	0	F99 Retraso mental sin especificación	0
Planes de Cuidados estandarizados de Enfermería		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Indicar los Planes de Cuidados estandarizados de Enfermería empleados			

## 9. SESIONES CLÍNICAS

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

Sesiones clínicas conjuntas	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Sesiones clínicas específicas Psiquiatría	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Sesiones clínicas específicas Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Sesiones clínicas específicas Psicología Clínica	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Sesiones clínicas específicas Enfermería de Salud Mental	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

## 10. ACTIVIDAD DOCENTE E INVESTIGADORA

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

<b>Formación continuada</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>Ponencias y comunicaciones presentadas</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>Proyectos de investigación</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>Publicaciones</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>Otros (seminarios, conferencias, elaboración de Protocolos, etc.)</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO