#  1. DATOS DEL DISPOSITIVO

|  |  |
| --- | --- |
| **Denominación del dispositivo** |  |
| **Tipo de dispositivo** |  Neurología |  Medicina Interna |  Medicina Familiar y Comunitaria |  | Pediatría y Áreas Específicas |
| **El dispositivo pertenece a una Unidad Docente acreditada** |  | SI |  NO |
| **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

|  |  |
| --- | --- |
| **Nº de Especialistas que correspondan** | **Especialidad Número de especialistas** |
|  |  |
| **Nº enfermeros de cuidados generales** | 0 |
| **Otros** |  |

 **5. ÁREA FÍSICA Y RECURSOS MATERIALES**

|  |  |
| --- | --- |
| **Hospital en el que se ubica** |  |
| **Número de camas** | 0 |
| **Número de consultas** | 0 |
| **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. ACTIVIDADES ASISTENCIALES QUE SE REALIZAN EN EL DISPOSITIVO

**Describir las distintas actividades asistenciales del dispositivo durante los 2 últimos año**