

1. DATOS DEL DISPOSITIVO

Denominación del dispositivo				
Tipo de dispositivo	<input type="checkbox"/> Neurología	<input type="checkbox"/> Medicina Interna	<input type="checkbox"/> Medicina Familiar y Comunitaria	<input type="checkbox"/> Pediatría y Áreas Específicas
El dispositivo pertenece a una Unidad Docente acreditada				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 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	<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:		

6. ACTIVIDADES ASISTENCIALES QUE SE REALIZAN EN EL DISPOSITIVO

Describir las distintas actividades asistenciales del dispositivo durante los 2 últimos años	
--	--