**1. DATOS DEL DISPOSITIVO**

|  |  |
| --- | --- |
| **Denominación del dispositivo** |  |
| **Tipo de dispositivo** |  Psiquiatría  Interconsulta  Enlace Psicosomática |
| **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**

|  |  |
| --- | --- |
| **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** |  |

**5. ÁREA FÍSICA Y RECURSOS MATERIALES**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nº Consultas** | 0 |
| **Salas de grupo** |  SI  NO |
| **Aulas** |  SI  NO |
| **Sala 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:** |  |

**6. PROGRAMAS / ACTIVIDADES REGLADAS ASISTENCIALES**

Programas y actividades: Denominación del programa, pacientes asignados primeras consultas y consultas sucesivas del año anterior a la solicitud (Año 1) y de dos años anterior a la solicitud (Año 2)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Denominación** | **1º Consultas Año 1** | **Consultas sucesivas Año 1** | **1º Consultas Año 2** | **Consultas sucesivas Año 2** |
|  |  |  |  |  |
| **Otras actividades asistenciales del dispositivo** |  |