# 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** | |  | | | |