

1. DENOMINACIÓN DEL DISPOSITIVO

Denominación del dispositivo			
Localidad		Provincia	
Adscrito a:			
Entidad titular del dispositivo			

2. CAPACIDAD DOCENTE DEL DISPOSITIVO

Duración estancia formativa	Medicina Familiar y Comunitaria	Enfermería Familiar y Comunitaria
Capacidad docente (turnos/año)	Medicina Familiar y Comunitaria	Enfermería Familiar y Comunitaria

3. RESPONSABLE / COLABORADOR DOCENTE DEL DISPOSITIVO

Campos obligatorios según proceda

Dº/Dª		Especialidad	
Otros			

4. RECURSOS HUMANOS

Indicar el número de profesionales

Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria	
Especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria	
Enfermeros de Cuidados Generales	
Terapeutas Ocupacionales	
Trabajadores Sociales	

Otros profesionales

5. ÁREA FÍSICA

Indicar el número obligatoriamente según proceda

Nº Camas	0
Nº Consultas externas	0
Otros recursos del área física	

6. RECURSOS MATERIALES

Sistema de archivo de Historias Clínicas informatizado	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Registro diferenciado de proceso enfermero	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Registro diferenciado de actividades de promoción y prevención para la salud	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Disponibilidad de medios audiovisuales	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Otros recursos materiales		

7. INDICADORES DE ACTIVIDAD ASISTENCIAL

Describir actividades asistenciales del dispositivo durante los 2 últimos años

Marcar en el caso de adjuntar a la solicitud una memoria asistencial de los 2 años previos