1. DENOMINACIÓN DEL CENTRO DE SALUD

|  |  |
| --- | --- |
| **Denominación del Centro de Salud** |  |
| **Localidad** |  | **Provincia** |  |
| **Adscrito a:** |  |
| **Entidad titular del dispositivo** |  |

 2. CAPACIDAD DOCENTE DEL DISPOSITIVO

**Duración estancia formativa**

|  |
| --- |
| **Geriatría Enfermería Geriátrica** |
|  |  |
| **Geriatría Enfermería Geriátrica** |
|  |  |

**Capacidad docente (turnos/año)**

 3. RESPONSABLE / COLABORADOR DOCENTE DEL DISPOSITIVO

Campos obligatorios según proceda

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Dº/Dª** |  | **Especialidad** |  |
| **Dº/Dª** |  | **Especialidad** |  |
| **Dº/Dª** |  | **Especialidad** |  |
| **Dº/Dª** |  | **Especialidad** |  |
| **Dº/Dª** |  | **Especialidad** |  |
| **Otros cola boradores** |  |

 4. COBERTURA POBLACIONAL

|  |  |
| --- | --- |
| **Cobertura poblacional** | 0 |
| **Para los Centros de Salud, indicar el índice de envejecimiento demográfico del área básica de salud (mayor o igual al 12%)** | 0 |

 5. RECURSOS HUMANOS

Indicar el número de profesionales

|  |  |
| --- | --- |
| **Especialistas en Geriatría** |  |
| **Especialistas en Enfermería Geriatríca** |  |
| **Enfermeros/as de Cuidados Generales** |  |
| **Fisioterapeutas** |  |
| **Trabajadores/as Sociales** |  |
| **Otros (indica):** |  |

 6. ÁREA FÍSICA

|  |  |
| --- | --- |
| **Indicar los recursos del área física** |  |
| **Posibilidad de acceso a aulas/salas de reuniones** |  SI  NO |

 7. RECURSOS MATERIALES

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Archivo de Historias Clínicas** |  Si |  No |
| **Registro informatizado de casos y actividad asistencial** |  Si |  No |
| **Registro del proceso enfermero en la Historia Clínica** |  Si |  No |
| **Disponibilidad de medios audiovisuales** |  Si |  No |
| **Disponibilidad de aulas o salas de reuniones** |  Si |  No |
| **Otros recursos** |  |

 8. INDICADORES DE ACTIVIDAD ASISTENCIAL

Durante los dos ultimo años, relativos a la población de referencia

|  |  |
| --- | --- |
| **Desglosar la actividad asistencial que se realizan en el dispositivo** |  |
|  Se adjunta memoria de la actividad asistencial de los 2 últimos años, de acuerdo con los objetivos de la rotación en el dispositivo |
| **Planes de Cuidados estandarizados de Enfermería** |  Si  No |

 9. ACTIVIDAD DOCENTE E INVESTIGADORA

De todos los profesionales en los 2 últimos años

|  |  |
| --- | --- |
| **Sesiones clínicas** |  Si  No |
| **Formación continuada** |  Si  No |
|  He adjuntado a la solicitud el calendario de sesiones Clínicas |
|  He adjuntado a la solicitud actividades de formación continuada |