1. DENOMINACIÓN DEL DISPOSITIVO

|  |  |
| --- | --- |
| **Denominación del dispositivo** |  |
| **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** |  |

 4. RECURSOS HUMANOS

Indicar el número de profesionales

|  |  |
| --- | --- |
| **Especialistas en Geriatría** |  |
| **Especialistas en Enfermería Geriátrica** |  |
| **Enfermeros/as de Cuidados Generales** |  |
| **Terapeutas Ocupacionales** |  |
| **Trabajadores/as Sociales** |  |
| **Otros profesionales** |  |

 5. ÁREA FÍSICA

Indicar el número obligatoriamente según proceda

|  |  |
| --- | --- |
| **Camas** | 0 |
| **Consultas externas** | 0 |
| **Otros recursos del área física** |  |

 6. RECURSOS MATERIALES

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Sistema de archivo de Historias Clínicas informatizado** |  Si |  No |
| **Registro diferenciado de proceso enfermero** |  Si |  No |
| **Registro diferenciado de actividades de promoción y prevención para la salud** |  Si |  No |
| **Disponibilidad de medios audiovisuales** |  Si |  No |
| **Otros recursos materiales** |  |

 7. INDICADORES DE ACTIVIDAD ASISTENCIAL

|  |  |
| --- | --- |
| **Realizar una descripción de las distintas 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 |