1. DENOMINACIÓN DEL DISPOSITIVO

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

2. CAPACIDAD DOCENTE DEL DISPOSITIVO

**Duración estancia formativa**

|  |
| --- |
| **Pediatría y sus Áreas Específicas Enfermería Pediátrica** |
|  |  |
| **Pediatría y sus Áreas Específicas Enfermería Pediátrica** |
|  |  |

**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 Pediatría y sus Áreas Específicas** |  |
| **Especialistas en Enfermería Pediátrica** |  |
| **Enfermeros de Cuidados Generales** |  |
| **Otros profesionales** |  |

5. ÁREA FÍSICA:

Indicar el número según proceda

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

6. RECURSOS MATERIALES:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Archivo de Historias Clínicas** |  Si |  No |
| **Registro informatizado de casos y actividad asistencial** |  Si |  No |
| **Informatización de los Planes de Cuidados de Enfermería** |  Si |  No |
| **Registro del proceso enfermero en la Historia Clínica** |  Si |  No |
| **Disponibilidad de acceso a medios audiovisuales** |  Si |  No |
| **Otros recursos** |  |

7. INDICADORES DE ACTIVIDAD ASISTENCIAL

|  |  |
| --- | --- |
| **Describir actividades asistenciales que se realizan en el dispositivo** |  |
|  Marcar en el caso de adjuntar a la solicitud una memoria asistencial de los 2 años previos |