1. DENOMINACIÓN DEL DISPOSITIVO DE ATENCIÓN PRIMARIA:

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

2. CAPACIDAD DOCENTE DEL DISPOSITIVO:

**Duración estancia formativa**

|  |
| --- |
| **Medicina del Trabajo Enfermería del Trabajo** |
|  |  |
| **Medicina del Trabajo Enfermería del Trabajo** |
|  |  |

**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. COBERTURA POBLACIONAL:

0

**Cobertura poblacional del dispositivo**

5. RECURSOS HUMANOS:

Indicar el número de profesionales

|  |  |
| --- | --- |
| **Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria** |  |
| **Especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria** |  |
| **Enfermeros de Cuidados Generales** |  |
| **Otros profesionales** |  |

6. ÁREA FÍSICA:

|  |  |
| --- | --- |
| **Nº Consultas de Medicina de Familia** | 0 |
| **Nº Consultas de Enfermería** | 0 |
| **Dispone de Aulas** |  Si  No |
| **Dispone de sala de reuniones** |  Si  No |
| **Otros recursos del dispositivo** |  |

7. 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** |  |

8. PROGRAMAS / ACTIVIDADES REGLADAS ASISTENCIALES:

|  |  |
| --- | --- |
| **Programa de evaluación y orientación terapéutica** |  Si  No |
| **Especificar:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Programa de educación para la salud relacionados con Salud Laboral** |  Si  No |
| **Especificar:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Programas asistenciales de atención a los trabajadores** |  Si  No |
| **Especificar:** |  |

**Otros Programas:**