

### 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
Capacidad docente (turnos/año)	Medicina del Trabajo	Enfermería del Trabajo

### 3. RESPONSABLE / COLABORADOR DOCENTE DEL DISPOSITIVO:

Campos obligatorios según proceda

Dº/Dª		Especialidad	
Otros			

### 4. COBERTURA POBLACIONAL:

Cobertura poblacional del dispositivo	0
---------------------------------------	---

### 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	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Dispone de sala de reuniones	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Otros recursos del dispositivo	

## 7. RECURSOS MATERIALES:

Archivo de historias clínicas	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Registro informatizado de casos y actividad asistencial	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Informatización de los Planes de Cuidados de Enfermería	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Registro del proceso enfermero en la Historia Clínica	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Disponibilidad de acceso a medios audiovisuales	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Otros recursos	

## 8. PROGRAMAS / ACTIVIDADES REGLADAS ASISTENCIALES:

Programa de evaluación y orientación terapéutica	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Especificar:	

Programa de educación para la salud relacionados con Salud Laboral	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Especificar:	

Programas asistenciales de atención a los trabajadores	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Especificar:	

Otros Programas:	
------------------	--