

1. DATOS DEL DISPOSITIVO

Denominación del dispositivo			
Localidad		Provincia	
Adscrito a:			
Entidad Titular			

2. CAPACIDAD DOCENTE DEL DISPOSITIVO

Duración estancia formativa (nº meses)

Psiquiatría	Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia	Psicología Clínica	Enfermería de Salud Mental

Capacidad docente (turnos/año)

Psiquiatría	Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia	Psicología Clínica	Enfermería de Salud Mental

3. RESPONSABLE / COLABORADOR DOCENTE

Indicar los datos de todos los responsables/colaboradores docentes

Colaboradores docentes del dispositivo

Nombre y apellidos	Especialidad

4. COBERTURA POBLACIONAL

Cobertura poblacional	0
-----------------------	---

5. RECURSOS HUMANOS

Número de Psiquiatras	0
Número de Psiquiatras Infantil y de la Adolescencia	0
Número de Psicólogos Clínicos	0
Número de Enfermeras especialistas en Salud Mental	0
Número de Enfermeros/as de Cuidados Generales	0
Número de Trabajadores Sociales	0
Número de Terapeutas Ocupacionales	0
Otros	

6. ÁREA FÍSICA Y RECURSOS MATERIALES

Número de camas	0
Número de consultas	0
Aulas	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Sala de grupos	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Sala de venopunción segura	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Área de dispensación de metadona y otras medicaciones	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Fuentes documentales en soporte papel	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Acceso a base de datos	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Acceso a texto completo de revistas nacionales e internacionales de interés	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

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
Otros recursos:	

7. INDICADORES DE ACTIVIDAD ASISTENCIAL

Describir actividad durante los dos últimos años, incluyendo 1º visitas, visitas sucesivas, ingresos, sesiones de terapia grupal, biometrías, dispensaciones de medicación etc.

Descripción de la actividad de los 2 últimos años

Planes de Cuidados estandarizados de Enfermería	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Indicar los Planes de Cuidados estandarizados de Enfermería empleados		

8. SESIONES CLÍNICAS

En caso de señalarse afirmativamente, debe aportarse Calendario como documentación adjunta

Sesiones clínicas conjuntas	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Sesiones clínicas específicas Psiquiatría	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Sesiones clínicas específicas Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Sesiones clínicas específicas Psicología Clínica	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Sesiones clínicas específicas Enfermería de Salud Mental	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

9. ACTIVIDAD DOCENTE E INVESTIGADORA

En caso de señalarse afirmativamente, debe aportarse incluido como documentación adjunta y referido a los 2 últimos años

Formación continuada	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Ponencias y comunicaciones presentadas	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Proyectos de investigación	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Publicaciones	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Otros (seminarios, conferencias, elaboración de Protocolos, etc.)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO