1. DENOMINACIÓN DEL DISPOSITIVO

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

2. CAPACIDAD DOCENTE DEL DISPOSITIVO

**Duración estancia formativa (en meses)**

|  |
| --- |
| **Medicina Familiar y Comunitaria Enfermería Familiar y Comunitaria** |
|  |  |

**Capacidad docente (turnos/año)**

|  |
| --- |
| **Medicina Familiar y Comunitaria Enfermería Familiar y Comunitaria** |
|  |  |

3. RESPONSABLE / COLABORADOR DOCENTE DEL DISPOSITIVO

|  |
| --- |
| **Dº/Dª Especialidad** |
|  |  |
| **Otros** |
|  |

4. RECURSOS HUMANOS

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

5. ÁREA FÍSICA

|  |  |
| --- | --- |
| **Número de Camas** |  |
| **Número de Consultas Externas** |  |
| **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

Marcar en el caso de adjuntar a la solicitud una memoria asistencial de los 2 años previos

**Describir actividades asistenciales del dispositivo durante los 2 últimos años**