1. DENOMINACIÓN DEL DISPOSITIVO

|  |  |
| --- | --- |
| **Denominación del dispositivo** |  |
| **Tipo de dispositivo** | |
|  | |

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

2. CAPACIDAD DOCENTE DEL DISPOSITIVO

**Duración estancia formativa (meses)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Geriatría Enfermería Geriátrica** | |
|  |  |

**Capacidad docente (turnos/año)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Geriatría Enfermería Geriátrica** | |
|  |  |

3. RESPONSABLE / COLABORADOR DOCENTE DEL DISPOSITIVO

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

4. COBERTURA POBLACIONAL

|  |  |
| --- | --- |
| **Población a la que da servicio** |  |

5. RECURSOS HUMANOS

|  |  |
| --- | --- |
| **Especialistas en Geriatría** |  |
| **Especialistas en Enfermería Geriátrica** |  |
| **Enfermeros/as de Cuidados Generales** |  |
| **Fisioterapeutas** |  |
| **Trabajadores/as Sociales** |  |
| **Otros profesionales:** | |
|  | |

6. ÁREA FÍSICA

|  |  |
| --- | --- |
| **Número de camas (Residencias para mayores)** |  |
| **Número de plazas (Centros de Día)** |  |
| **Indicar otros recursos disponibles** | |
|  | |

7. RECURSOS MATERIALES

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Archivo de Historias Clínicas** | SI | NO |
| **Registro informatizado de casos y actividad asistencial** | SI | NO |
| **Registro del proceso enfermero en la Historia Clínica** | SI | NO |
| **Disponibilidad de medios audiovisuales** | SI | NO |
| **Disponibilidad de aulas o salas de reuniones** | SI | NO |
| **Otros recursos materiales** | | |
|  | | |

8. INDICADORES DE ACTIVIDAD ASISTENCIAL

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Número de ingresos/año** |  | |
| **Desglosar la actividad asistencial, de acuerdo con los objetivos de la rotación en el dispositivo** | | |
|  | | |
| Se adjunta memoria de la actividad asistencial de los 2 últimos años, de acuerdo con los objetivos de la rotación en el dispositivo | | |
| **Se emplean Planes de Cuidados estandarizados de Enfermería** | | SI  NO |

9. ACTIVIDAD DOCENTE E INVESTIGADORA

|  |  |
| --- | --- |
| **Sesiones Clínicas** | SI  NO |
| **Formación continuada** | SI  NO |
| Se adjunta a la solicitud el calendario de Sesiones Clínicas | |
| Se adjunta a la solicitud actividades de formación continuada | |