1. DENOMINACIÓN DEL DISPOSITIVO

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

2. CAPACIDAD DOCENTE DEL DISPOSITIVO

**Duración estancia formativa (meses)**

|  |
| --- |
| **Pediatría y sus Áreas Específicas Enfermería Pediátrica** |
|  |  |

**Capacidad docente solicitada (turnos/año)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Pediatría y sus Áreas Específicas** | **Enfermería Pediátrica** |
|  |  |
| **¿Este dispositivo docente se comparte con otra UD/UDM?** |  |

**Otras UD/UDM del dispositivo**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre UD/UDM** | **N.º MIR/año** | **Duración (meses)** | **N.º EIR/año** | **Duración (meses)** |
|  |  |  |  |  |

3. RESPONSABLE / COLABORADOR DOCENTE DEL DISPOSITIVO

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

4. RECURSOS HUMANOS

|  |  |
| --- | --- |
| **Especialistas en Pediatría y sus Áreas Específicas** |  |
| **Especialistas en Enfermería Pediátrica** |  |
| **Enfermeros de Cuidados Generales** |  |
| **Otros profesionales** |
|  |

5. ÁREA FÍSICA

|  |  |
| --- | --- |
| **N.º Camas** |  |
| **N.º Consultas** |  |
| **Otros recursos del área física** |
|  |

6. 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** |
|  |

7. INDICADORES DE ACTIVIDAD ASISTENCIAL

**Describir actividades asistenciales que se realizan en el dispositivo**

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