1. DATOS DEL DISPOSITIVO

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

2. CAPACIDAD DOCENTE DEL DISPOSITIVO

**Duración estancia formativa (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

**Colaboradores docentes del dispositivo**

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

4. COBERTURA POBLACIONAL

|  |  |
| --- | --- |
| **Cobertura poblacional** |  |

5. RECURSOS HUMANOS

|  |  |
| --- | --- |
| **Número de Psiquiatras** |  |
| **Número de Psicólogos Clínicos** |  |
| **Número de Enfermeras especialistas en Salud Mental** |  |
| **Número de Enfermeros/as de Cuidados Generales** |  |
| **Número de Trabajadores Sociales** |  |
| **Número de Terapeutas Ocupacionales** |  |
| **Otros** |
|  |

6. ÁREA FÍSICA Y RECURSOS MATERIALES

|  |  |
| --- | --- |
| **Número de camas** |  |
| **Número de consultas** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Aulas** |  SI  NO |
| **Salas de grupos** |  SI  NO |
| **Salas de Reuniones** |  SI  NO |

|  |  |
| --- | --- |
| **Fuentes documentales en soporte papel** |  SI  NO |
| **Acceso a base de datos** |  SI  NO |
| **Acceso a texto completo de revistas nacionales e internacionales de interés** |  SI  NO |

|  |  |
| --- | --- |
| **Archivo de Historias Clínicas** |  SI  NO |
| **Registro informatizado de casos y actividad asistencial** |  SI  NO |
| **Otros recursos:** |
|  |

7. INDICADORES DE ACTIVIDAD ASISTENCIAL

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Año** |  | **Año** |  |
| **N.º de ingresos** |  | **N.º de ingresos** |  |
| **Índice de ocupación** |  | **Índice de ocupación** |  |
| **Descripción de la actividad asistencial de los 2 últimos años** |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Planes de Cuidados estandarizados de Enfermería** |  SI  NO |
| **Indicar los Planes de Cuidados estandarizados de Enfermería empleados** |
|  |

8. SESIONES CLÍNICAS

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Sesiones clínicas conjuntas** |  SI |  NO |
| **Sesiones clínicas específicas Psiquiatría** |  SI |  NO |
| **Sesiones clínicas específicas Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia** |  SI |  NO |
| **Sesiones clínicas específicas Psicología Clínica** |  SI |  NO |

|  |  |
| --- | --- |
| **Sesiones clínicas específicas Enfermería de Salud Mental** |  SI  NO |

9. ACTIVIDAD DOCENTE E INVESTIGADORA

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Formación continuada** |  SI |  NO |
| **Ponencias y comunicaciones presentadas** |  SI |  NO |
| **Proyectos de investigación** |  SI |  NO |
| **Publicaciones** |  SI |  NO |
| **Otros (seminarios, conferencias, elaboración de Protocolos, etc.)** |  SI |  NO |