

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	Geriatría	Enfermería Geriátrica
Capacidad docente (turnos/año)	Geriatría	Enfermería Geriátrica

3. RESPONSABLE / COLABORADOR DOCENTE DEL DISPOSITIVO

Campos obligatorios según proceda

Dº/Dª		Especialidad	
Otros colaboradores			

4. COBERTURA POBLACIONAL

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

5. RECURSOS HUMANOS

Indicar el número de profesionales

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)	0
Número de plazas (Centros de Día)	0
Indicar otros recursos disponibles	

7. RECURSOS MATERIALES

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
Registro del proceso enfermero en la Historia Clínica	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Disponibilidad de medios audiovisuales	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Disponibilidad de aulas o salas de reuniones	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Otros recursos materiales		

8. INDICADORES DE ACTIVIDAD ASISTENCIAL

Durante los dos últimos años, relativos a la población de referencia

Número de ingresos/año	0
Desglosar la actividad asistencial, de acuerdo con los objetivos de la rotación en el dispositivo	
<input type="checkbox"/> Se adjunta memoria de la actividad asistencial de los 2 últimos años, de acuerdo con los objetivos de la rotación en el dispositivo	
Planes de Cuidados estandarizados de Enfermería	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

9. ACTIVIDAD DOCENTE E INVESTIGADORA

De todos los profesionales en los 2 últimos años

Sesiones clínicas	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Formación continuada	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> He adjuntado a la solicitud el calendario de sesiones Clínicas	
<input type="checkbox"/> He adjuntado a la solicitud actividades de formación continuada	