

1. DENOMINACIÓN DEL CENTRO DE SALUD

Denominación del Centro de Salud			
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
Para los Centros de Salud, indicar el índice de envejecimiento demográfico del área básica de salud (mayor o igual al 12%)	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 (indica):	

6. ÁREA FÍSICA

Indicar los recursos del área física	
Posibilidad de acceso a aulas/salas de reuniones	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

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	

8. INDICADORES DE ACTIVIDAD ASISTENCIAL

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

Desglosar la actividad asistencial que se realizan 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"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Formación continuada	<input type="checkbox"/> Sí	<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		