

1. DENOMINACIÓN DEL DISPOSITIVO

Denominación del 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			

4. RECURSOS HUMANOS

Indicar el número de profesionales

Especialistas en Geriatría	
Especialistas en Enfermería Geriátrica	
Enfermeros/as de Cuidados Generales	
Terapeutas Ocupacionales	
Trabajadores/as Sociales	
Otros profesionales	

5. ÁREA FÍSICA

Indicar el número obligatoriamente según proceda

Camas		0
Consultas externas		0
Otros recursos del área física		

6. RECURSOS MATERIALES

Sistema de archivo de Historias Clínicas informatizado	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Registro diferenciado de proceso enfermero	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Registro diferenciado de actividades de promoción y prevención para la salud	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Disponibilidad de medios audiovisuales	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Otros recursos materiales		

7. INDICADORES DE ACTIVIDAD ASISTENCIAL

Realizar una descripción de las distintas actividades asistenciales del dispositivo durante los 2 últimos años	
<input type="checkbox"/> Marcar en el caso de adjuntar a la solicitud una memoria asistencial de los 2 años previos	