

1. DENOMINACIÓN DEL DISPOSITIVO

Denominación del dispositivo			
Localidad		Provincia	
Adscrito a:			
Entidad titular del dispositivo			

2. CAPACIDAD DOCENTE DEL DISPOSITIVO

Duración estancia formativa	Obstetricia y Ginecología	Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrón/a)
Capacidad docente (turnos/año)	Obstetricia y Ginecología	Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrón/a)

3. RESPONSABLE / COLABORADOR DOCENTE DEL DISPOSITIVO

Campos obligatorios según proceda

Dº/Dª		Especialidad	
Otros			

4. RECURSOS HUMANOS

Indicar el número de profesionales

Especialistas en Obstetricia y Ginecología	
Especialistas en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrón/a)	
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

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