

1. DENOMINACIÓN DEL DISPOSITIVO

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

2. CAPACIDAD DOCENTE DEL DISPOSITIVO

Duración estancia formativa	Medicina del Trabajo	Enfermería del Trabajo
Capacidad docente (turnos/año)	Medicina del Trabajo	Enfermería del Trabajo

3. RESPONSABLE / COLABORADOR DOCENTE DEL DISPOSITIVO

Campos obligatorios según proceda

Dº/Dª		Especialidad	
Otros			

4. RECURSOS HUMANOS

Indicar el número de profesionales

Especialistas en Medicina del Trabajo	
Especialistas en Enfermería del Trabajo	
Enfermeros de Cuidados Generales	
Terapeutas Ocupacionales	
Trabajadores Sociales	
Otros profesionales	

5. ÁREA FÍSICA

Indicar el número obligatoriamente según proceda

Nº Camas		0
Nº 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	