

## 1. DATOS DEL DISPOSITIVO

Denominación del dispositivo			
Localidad		Provincia	
Adscrito a:			
Entidad Titular			

## 2. CAPACIDAD DOCENTE DEL DISPOSITIVO

Duración estancia formativa (nº meses)

Psiquiatría	Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia	Psicología Clínica	Enfermería de Salud Mental

Capacidad docente (turnos/año)

Psiquiatría	Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia	Psicología Clínica	Enfermería de Salud Mental

## 3. RESPONSABLE / COLABORADOR DOCENTE

Indicar los datos de todos los responsables/colaboradores docentes

Colaboradores docentes del dispositivo

Nombre y apellidos	Especialidad

#### 4. COBERTURA POBLACIONAL

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

#### 5. RECURSOS HUMANOS

Número de Psiquiatras	0
Número de Psicólogos Clínicos	0
Número de Enfermeras especialistas en Salud Mental	0
Número de Enfermeros/as de Cuidados Generales	0
Número de Trabajadores Sociales	0
Número de Terapeutas Ocupacionales	0
Otros	

#### 6. ÁREA FÍSICA Y RECURSOS MATERIALES

Número de consultas	0
---------------------	---

Aulas	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Salas de grupos	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Salas de Reuniones	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Fuentes documentales en soporte papel	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Acceso a base de datos	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Acceso a texto completo de revistas nacionales e internacionales de interés	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

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
Otros recursos:		

## 7. INDICADORES DE ACTIVIDAD ASISTENCIAL

Durante los dos últimos años incluyendo pacientes atendidos, terapias grupales, entrevistas a familiares, intervenciones no farmacológicas, etc.

<b>Año</b>	0	<b>Año</b>	0
<b>Nº de pacientes atendidos</b>	0	<b>Nº de pacientes atendidos</b>	0
<b>Nº terapias grupales</b>	0	<b>Nº terapias grupales</b>	0
<b>Descripción de la actividad asistencial de los 2 últimos años</b>			

## 8. SESIONES CLÍNICAS

En caso de señalarse afirmativamente, debe aportarse Calendario como documentación adjunta

<b>Sesiones clínicas conjuntas</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>Sesiones clínicas específicas Psiquiatría</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>Sesiones clínicas específicas Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>Sesiones clínicas específicas Psicología Clínica</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>Sesiones clínicas específicas Enfermería de Salud Mental</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

## 9. ACTIVIDAD DOCENTE E INVESTIGADORA

En caso de señalarse afirmativamente, debe aportarse incluido como documentación adjunta y referido a los 2 últimos años

<b>Formación continuada</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>Ponencias y comunicaciones presentadas</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>Proyectos de investigación</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>Publicaciones</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>Otros (seminarios, conferencias, elaboración de Protocolos, etc.)</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO