

1. DENOMINACIÓN DEL DISPOSITIVO

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

2. CAPACIDAD DOCENTE DEL DISPOSITIVO

Duración estancia formativa	Pediatría y sus Áreas Específicas	Enfermería Pediátrica
Capacidad docente (turnos/año)	Pediatría y sus Áreas Específicas	Enfermería Pediátrica

3. RESPONSABLE / COLABORADOR DOCENTE DEL DISPOSITIVO:

Campos obligatorios según proceda

Dº/Dª		Especialidad	
Dº/Dª		Especialidad	
Dº/Dª		Especialidad	
Dº/Dª		Especialidad	
Dº/Dª		Especialidad	
Otros			

4. RECURSOS HUMANOS:

Indicar el número de profesionales

Especialistas en Pediatría y sus Áreas Específicas	
Especialistas en Enfermería Pediátrica	
Enfermeros de Cuidados Generales	
Otros profesionales	

5. ÁREA FÍSICA:

Indicar el número según proceda

Camas	
Consultas	
Otros recursos del área física	

6. 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
Informatización de los Planes de Cuidados de Enfermería	<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 acceso a medios audiovisuales	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Otros recursos		

7. INDICADORES DE ACTIVIDAD ASISTENCIAL

Describir actividades asistenciales que se realizan en el dispositivo	
<input type="checkbox"/> Marcar en el caso de adjuntar a la solicitud una memoria asistencial de los 2 años previos	