



FORMULARIO ESPECÍFICO DE ACREDITACIÓN Y RE-ACREDITACIÓN DE OTROS DISPOSITIVOS DE LA UDM DE

1. DENOMINACIÓN DEL DISPOSITIVO:

Localidad:

Provincia:

Adscrito a: *(Indicar denominación de la Unidad Docente)*

Entidad titular del dispositivo:

2. CAPACIDAD DOCENTE DEL DISPOSITIVO:

Especialidad	Duración estancia formativa	Capacidad docente (turnos/año)

3. RESPONSABLE / COLABORADOR DOCENTE en este dispositivo: *(Nombre, Apellidos y Especialidad)*

Don/Doña:

Especialidad:

Don/Doña:

Especialidad:

Don/Doña:

Especialidad:

4. RECURSOS HUMANOS:

Indicar número de profesionales

Especialistas en

Especialistas en

Especialistas en

Otros Profesionales:

Enfermeros/as de Cuidados Generales

Terapeutas Ocupacionales

Trabajadores/as Sociales

Otros *(indicar)*:

5. ÁREA FÍSICA: *(completar lo que corresponda)*

N.º de camas:

N.º de consultas externas

Otros recursos del área física *(indicar)*:



6. RECURSOS MATERIALES:

Sistema de archivo de Historias Clínicas informatizado	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Registro diferenciado de proceso enfermero	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Registro diferenciado de actividades de promoción y prevención para la salud	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Disponibilidad de medios audiovisuales	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Otros recursos materiales (*indicar*):

7. ACTIVIDADES ASISTENCIALES QUE SE REALIZAN EN EL DISPOSITIVO: (*realizar una descripción de las distintas actividades asistenciales del dispositivo durante los 2 últimos años*)

Los datos de este formulario han sido recogidos en fecha _____ de _____ de 20____

(Entidad titular del dispositivo)

Fdo: