|  |
| --- |
| 1. DENOMINACIÓN DE LA UNIDAD DE REHABILITACIÓN COMUNITARIA:       |
| 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) |
| Enfermería de Salud Mental |       |       |
| Psicología Clínica |       |       |
| Psiquiatría |       |       |
| Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia |       |       |

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

 |
| 4. COBERTURA POBLACIONAL: (*Indicar población adulta, mayores de 16 ó 18 años, según CCAA)* |       |
|

|  |  |
| --- | --- |
| 5. RECURSOS HUMANOS: | Indicar número de profesionales |
| Especialistas en Enfermería de Salud Mental |       |
| Especialistas en Psicología Clínica |       |
| Especialistas en Psiquiatría |       |
| Especialistas en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia |       |
| Otros Profesionales: |       |
|  Enfermeros/as de Cuidados Generales |       |
|  Terapeutas Ocupacionales  |       |
|  Trabajadores/as Sociales |       |
|  Otros *(indicar)*:       |       |

6. PROGRAMAS DE COORDINACIÓN / ACTIVIDADES REGLADAS ASISTENCIALES: *Indicar disponibilidad de los siguientes programas:* |
| Coordinación con servicios sanitarios y de salud mental comunitarios.  | SÍ [ ]  NO [ ]  |
| Coordinación con servicios sociales y organizaciones comunitarias. | SÍ [ ]  NO [ ]  |
| Con dispositivos residenciales normalizados o protegidos: |
| * Pisos
 | SÍ [ ]  NO [ ]  |
| * Mini-residencias
 | SÍ [ ]  NO [ ]  |
| * Estructuras residenciales asistidas
 | SÍ [ ]  NO [ ]  |
| Con programas y/o centros de rehabilitación o reinserción laboral.  | SÍ [ ]  NO [ ]  |
| Programas de atención y técnicas de rehabilitación de pacientes con trastornos mentales graves.  | SÍ [ ]  NO [ ]  |
| Programas de psicoterapia y procedimientos de intervención y tratamientos psicológicos.  | SÍ [ ]  NO [ ]  |
| Otros Programas*:*       |
| 7. INDICADORES DE ACTIVIDAD ASISTENCIAL durante los dos últimos años, relativos a la población de referencia (*Indicar población adulta, mayores de 16 ó 18 años, según CCAA).* |
|  | Año      | Año      |
| Número de plazas adscritas |       |       |
| Número de casos atendidos por año |       |       |
| Planes de Cuidados estandarizados de Enfermería  | SÍ [ ]  NO [ ]  |

Los datos de este formulario han sido recogidos en fecha       de            de 20      .

(Entidad titular del dispositivo)

Fdo: