|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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: