



FORMULARIO ESPECÍFICO DE ACREDITACIÓN Y RE-ACREDITACIÓN DE CENTROS DE DÍA / UNIDADES DE REHABILITACIÓN COMUNITARIA

1. DENOMINACIÓN DE LA UNIDAD DE REHABILITACIÓN COMUNITARIA:		
Localidad:	Provincia:	
Adscrito a: <i>(Indicar denominación de la Unidad Docente)</i>		
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: <i>(Nombre, Apellidos y Especialidad)</i>		
Don/Doña:	Especialidad:	
4. COBERTURA POBLACIONAL: <i>(Indicar población adulta, mayores de 16 ó 18 años, según CCAA)</i>		
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 <i>(indicar)</i> :		
6. PROGRAMAS DE COORDINACIÓN / ACTIVIDADES REGLADAS ASISTENCIALES: <i>Indicar disponibilidad de los siguientes programas:</i>		
Coordinación con servicios sanitarios y de salud mental comunitarios.	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Coordinación con servicios sociales y organizaciones comunitarias.	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Con dispositivos residenciales normalizados o protegidos:		
• Pisos	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
• Mini-residencias	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
• Estructuras residenciales asistidas	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Con programas y/o centros de rehabilitación o reinserción laboral.	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>



FORMULARIO ESPECÍFICO DE ACREDITACIÓN Y RE-ACREDITACIÓN DE CENTROS DE DÍA / UNIDADES DE REHABILITACIÓN COMUNITARIA

Programas de atención y técnicas de rehabilitación de pacientes con trastornos mentales graves.	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Programas de psicoterapia y procedimientos de intervención y tratamientos psicológicos.	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Otros Programas:		
7. INDICADORES DE ACTIVIDAD ASISTENCIAL durante los dos últimos años, relativos a la población de referencia <i>(Indicar población adulta, mayores de 16 ó 18 años, según CCAA).</i>		
	Año	Año
Número de plazas adscritas		
Número de casos atendidos por año		
Planes de Cuidados estandarizados de Enfermería	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

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

(Entidad titular del dispositivo)

Fdo: