**CENTRO RECEPTOR DE ROTANTES EN REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre del centro** |  |
| **Dirección** |  |
| **Persona de contacto** |  |
| **Mail de contacto** |  |
| **Teléfono** |  |

**Características del centro:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Número de adjuntos del servicio** |  |
| **Número de visitas/año** |  |
| **Número de hospitalizaciones/año** |  |
| **Otros servicios ofrecidos:** *(ej: inmunología, investigación clínica básica, imagen…)* |
| **Técnicas realizadas:** |
| **Breve descripción:** |

**Requerimientos del centro para realizar una rotación:**

|  |
| --- |
| **Formación mínima** (sí/no; especificar cuál) |
| **Otros** |

**Nivel de participación permitido para el rotante (especificar sí/no):**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **SI** | **NO** |
| **Observador** |  |  |
| **Realización de estudios de investigación/publicaciones** |  |  |
| **Exploración de pacientes** |  |  |
| **Pasar consulta bajo supervisión** |  |  |
| **Realización de técnicas no invasivas**  |  |  |
| **Realización de técnicas invasivas** |  |  |

**Competencias específicas del centro:**

|  |
| --- |
|  *(ejemplo: patologías vistas, grupos de investigación activos, técnicas realizadas, etc)* |