

FICHA DE EVALUACION

RESIDENCIA / CONCURRENCIA
ESPECIALIDAD
ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL
NOMBRE Y APELLIDO
DOMICILIO
FECHA DE INGRESO A LA CONCURRENCIA/RESIDENCIA
AÑO QUE CURSA
PERIODO DE EVALUACION
ESCALA CALIFICATIVA:

MAT. N°

(A) APROBADO (I) INSUFICIENTE
(N/E) NO EVALUA

1) Conocimientos generales de su especialidad. Evaluación escrita.	
2) Criterio Clínico y evaluación de actitudes en prácticas clínicas y diagnósticas.	
3) Evaluación de actitudes y aptitudes en Quirófano.	
4) Participación en actividades teórico - docentes.	
5) Confección de Historias Clínicas.	
6) Trabajo en equipo.	
7) Relación Médico Paciente	
8) Desempeño en el trabajo de guardia.	
9) Actitud hacia el aprendizaje.	
10) Compromiso con el paciente.	
11) Capacidad para efectuar procedimientos.	
12) Asistencia.	

OBSERVACIONES:

A juicio de los evaluadores merece darse por aprobada la promoción a año de Residencia/Concurrencia.

.....
Responsable docente
del Servicio

.....
Jefe de Servicio

.....
Firma del Interesado