

FICHA DE EVALUACION

RESIDENCIA / CONCURRENCIA
 ESPECIALIDAD
 ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL
 NOMBRE Y APELLIDO
 DOMICILIO

MAT. N°

FECHA DE INGRESO A LA CONCURRENCIA/RESIDENCIA
 AÑO QUE CURSA
 PERIODO DE EVALUACION
 ESCALA CALIFICATIVA:

(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