

## 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

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