

EVALUACION DEL RESIDENTE HACIA EL SERVICIO DE ROTACION

APELLIDOS Y NOMBRE: _____

SERVICIO DE ROTACION: _____

LUGAR DE ROTACION: _____

NOMBRE DEL TUTOR DE LA ROTACION: _____

NOMBRE DEL JEFE DE SERVICIO: _____

Apoyo del tutor

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0

Apoyo de otros profesionales del servicio

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0

Calidad docente recibida

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0

Supervisión en la tarea asistencial del residente

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0

Experiencia adquirida

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0

Responsabilidad en la actividad asistencial

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0

Cumplimiento de los objetivos docentes

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0

Satisfacción general de la rotación

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0

UNIDADES DOCENTES

MEDICINA DE FAMILIA

ZARAGOZA

Marca con una X en el recuadro que mejor representa tu opinión. Con ella y la de tus compañeros se corrigen defectos detectados

Fdo: _____

FECHA: ___/___/___

DURACION DE LA ROTACION

EXCESIVA SUFICIENTE INSUFICIENTE

PERMANENCIA DE LA ROTACION EN PROGRAMA ESPECIALIDAD

SI NO

OBSERVACIONES: (Si es necesario seguir detrás)

EVALUACION DEL RESIDENTE HACIA EL SERVICIO DE ROTACION