

FORMULARIO DE EVALUACION DE ROTACION

ROTACION EN:

APELLIDO Y NOMBRE:

D.N.I:

TITULO: Medico ESPECIALIDAD en Formación:

Servicio de Origen:

AÑO DE RESIDENCIA:

TUTOR:

FECHA DE EVALUACION:

EVALUACION CONTINUADA	
A.- CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES	
NIVEL DE CONOCIMIENTOS TEORICOS ADQUIRIDOS	
NIVEL DE HABILIDADES ADQUIRIDAS	
HABILIDAD EN EL ENFOQUE DIAGNOSTICO	
CAPACIDAD PARA TOMAR DECISIONES	
B.- ACTITUDES	
MOTIVACION	
DEDICACION	
INICIATIVA	
PUNTUALIDAD / ASISTENCIA	
NIVEL DE RESPONSABILIDAD	

INSATISFACTORIO	1-2-3
SATISFACTORIO	4-5-6
MUY BUENO	7-8
SOBRESALIENTE	9

VISTO BUENO DEL JEFE DE LA UNIDAD:

VISTO BUENO DEL TUTOR:

VISTO BUENO DEL CDI: