

INFORME DE EVALUACION DE ROTACIÓN

Apellidos y Nombre				
DNI		AÑO RESIDENTE		
Centro Docente				
Tutor				
Titulación		Especialidad		

ROTACION

Unidad		Centro	
Fecha de inicio		Fecha final	DURACION ###-##-##
No escribir en las zonas en azul oscuro			
Colaborador docente			
Objetivos de la rotación	Grado de cumplimiento Total/Parcial/No conseguido		

EVALUACION

A. CONOCIMIENTOS y HABILIDADES (Valorar de 1 a 10)	Calificación
Conocimientos adquiridos	
Razonamiento/Valoración del problema	
Capacidad para tomar decisiones	
Habilidades	
Uso racional de Recursos	
Seguridad del paciente	
Media de Conocimientos y Habilidades	0
No escribir en las zonas en azul oscuro	
B. ACTITUDES (Valorar de 1 a 10)	Calificación
Motivación	
Puntualidad / Asistencia	
Comunicación paciente / Familia	
Trabajo en equipo	
Valores éticos y profesionales	
Media de Actitudes	0
No escribir en las celdas en azul oscuro	

CALIFICACION GLOBAL DE LA ROTACION (70% A + 30% B) **0**

No escribir en las celdas en azul oscuro

Observaciones/Áreas de mejora:

EL COLABORADOR DOCENTE DE LA ROTACION

Vº Bº EL RESPONSABLE DE LA UNIDAD DE ROTACION

Fdo.:
Lugar y Fecha:

Fdo.:
Lugar y Fecha: