

INFORME DE EVALUACIÓN DE ROTACIÓN

| | | | |
|----------------------------|--|-----------------------|------------------------|
| NOMBRE Y APELLIDOS: | | DNI/PASAPORTE: | |
| CENTRO DOCENTE: | | | |
| TITULACIÓN: | | ESPECIALIDAD: | AÑO RESIDENCIA: |
| TUTOR: | | | |

ROTACIÓN

| | |
|-----------------------------------|--|
| UNIDAD: | CENTRO: |
| COLABORADOR DOCENTE/TUTOR: | DURACIÓN: |
| Fecha Inicio Rotación | Fecha Fin Rotación: |
| OBJETIVOS DE LA ROTACIÓN | GRADO DE CUMPLIMIENTO Total/Parcial/No conseguido |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

| A.- CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES | CALIFICACIÓN |
|--|---------------------|
| CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS | |
| RAZONAMIENTO/VALORACIÓN DEL PROBLEMA | |
| CAPACIDAD PARA TOMAR DECISIONES | |
| HABILIDADES | |
| USO RACIONAL DE RECURSOS | |
| SEGURIDAD DEL PACIENTE | |
| MEDIA (A) | |

| B.- ACTITUDES | CALIFICACIÓN |
|---|---------------------|
| MOTIVACIÓN | |
| PUNTUALIDAD/ASISTENCIA | |
| COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE Y LA FAMILIA | |
| TRABAJO EN EQUIPO | |
| VALORES ÉTICOS Y PROFESIONALES | |
| MEDIA (B) | |

| | |
|---|--|
| CALIFICACIÓN GLOBAL DE LA ROTACIÓN (70% A+30B) | |
|---|--|

| |
|---------------------------------------|
| Observaciones/Áreas de mejora: |
|---------------------------------------|

En _____ fecha:

EL COLABORADOR DOCENTE DE LA ROTACIÓN/TUTOR

**Vº Bº. EL RESPONSABLE
DE LA UNIDAD DE ROTACIÓN**

Fdo.: _____

Fdo.: _____