

**SOLICITUD DE CAMBIO DE GUARDIA PARA RESIDENTES  
ATENCIÓN CONTINUADA EN CENTRO DE SALUD**

**DATOS DEL RESIDENTE QUE SOLICITA EL CAMBIO**

NOMBRE	APELLIDO
<input type="text"/>	<input type="text"/>
TELÉFONO MÓVIL	Correo electrónico
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Especialidad</b>	<b>Curso</b>
<input type="checkbox"/> MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA <input type="checkbox"/> ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA	<input type="radio"/> 1º <input type="radio"/> 2º <input type="radio"/> 3º <input type="radio"/> 4º
Centro donde cursa la especialidad	<input type="text"/>
Nombre del TUTOR/A	<input type="text"/>

**CAMBIO DE TURNO DE ATENCIÓN CONTINUADA**

RESIDENTE CON EL QUE CAMBIA	<b>Curso</b>
<input type="text"/>	<input type="radio"/> 1º <input type="radio"/> 2º <input type="radio"/> 3º <input type="radio"/> 4º
<input type="checkbox"/> SOLICITUD DE CAMBIO DE DÍA SIN QUE AFECTE A OTRO RESIDENTE	
FECHA DÍA ASIGNADO	NUEVA FECHA DÍA CAMBIO
<input type="text"/>	<input type="text"/>
RESIDENTE QUE SOLICITA EL CAMBIO	

**Propone:**

Que el residente que solicita el cambio asume la guardia propuesta en nueva fecha, al igual que el residente propuesto para este cambio asume la fecha asignada en un inicio a éste. En caso de solicitud de cambio sin que otro residente se vea afectado, el solicitante asume la guardia de la nueva fecha propuesta.

**Fecha de Solicitud**

Firmado, el/la residente que solicita el cambio

Firmado, el/la residente que asume el cambio  
(en caso de proceder)

Vº. Bº. de Coordinador de Centro (o responsable en su defecto)