

**LIBRO DEL
ESPECIALISTA EN
FORMACIÓN
2024-2028**

*Medicina
Familiar y
Comunitaria*

Libro del Especialista en Formación

2024-2028

MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA



UNIDAD DOCENTE MULTIDISCIPLINAR DE ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA DE BADAJOZ
SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD

UNIDAD DOCENTE MULTIPROFESIONAL DE ATENCIÓN FAMILIA Y COMUNITARIA DE BADAJOZ

JEFE DE ESTUDIOS

MARÍA ÁNGELES MAYNAR MARIÑO

PRESIDENTE SUBCOMISIÓN

SAMUEL BOBADILLA GÓMEZ

TÉCNICO DE SALUD

MARIA JESÚS SEGURA MASA

ADMINISTRATIVA

FRANCISCA GONZÁLEZ MORERA

UNIDAD DOCENTE MULTIPROFESIONAL DE ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA

HOSPITAL 'PERPETUO SOCORRO' 7ª PTA

AV. DAMIÁN TÉLLEZ LAFUENTE S/N

06010 - BADAJOZ

TFNO. (+34) 924 215 225. FAX: (+34) 924 215 259

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. OBJETIVOS GENERALES DEL LIBRO DEL RESIDENTE
3. DATOS PERSONALES
4. EVALUACIÓN
 - 4.1. Registro actividades. Ayuda para la autoformación.
 - 4.1.1 Aprendizaje de campo:
 - A. Rotaciones
 - B. Atención Continuada/Guardias.
 - 4.1.2. Cursos.
 - 4.1.3 Asistencia a sesiones clínica
 - 4.1.4 Asistencia a jornadas/congresos
 - 4.1.5 Sesiones clínicas impartidas
 - 4.1.6 Intervenciones comunitarias
 - 4.1.7 Actividades científicas e investigadoras
 - 4.2 Documentos de evaluación
 - 4.2.1. Entrevista Tutorización
 - 4.2.2. Otras actividades de interés
 - 4.2.3. Incidentes críticos

El libro del especialista en formación fue creado por la Orden Ministerial de 22 de junio de 1995, por la que se regulan las Comisiones de Docencia y los sistemas de evaluación de Médicos y Farmacéuticos Especialistas, estableciendo que en el mencionado libro deberá quedar reflejada la participación de cada especialista en formación en actividades asistenciales, docentes y de investigación, así como cualesquiera otros datos de interés curricular.

El libro del residente se configura como un registro individual de actividades que evidencia el proceso formativo del residente, siendo un instrumento fundamental de autoaprendizaje que favorece la reflexión individual y conjunta con el tutor, a fin de asegurar la adecuación de las actividades llevadas a cabo por el residente y posibilitar la corrección de déficits formativos para que el proceso individual de adquisición de competencias se adecue a las que prevé el programa formativo de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria en cada una de las áreas competenciales que figuran en el mismo.

El libro del residente es también un punto de referencia obligado para que el tutor realice los informes de evaluación formativa/continuada que, junto con otros informes, como los de rotación y los de los responsables de las distintas unidades asistenciales, constituyen la base de las evaluaciones anuales y final reguladas por la legislación vigente:

La Orden Ministerial de 22 de junio de 1995 por la que se regulan las Comisiones de Docencia, otros órganos unipersonales y colegiados, y los sistemas de evaluación de la formación especializada, crea el libro del residente.

Octavo. Evaluación continuada.

.La participación de cada especialista en formación en actividades asistenciales, docentes y de investigación, así como cualesquiera otros datos de interés curricular, deberá quedar reflejada en el denominado Libro del Especialista en Formación.

REAL DECRETO 1146/2006, de 6 de octubre, por el que se regula la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud.

Artículo 4. Derechos y deberes.

1. Derechos:

h) Al registro de sus actividades en el libro del residente.

Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.

Artículo 20. Sistema de formación de especialistas.

3.e. Las actividades de los residentes, que deberá figurar en el Libro de residente, serán objeto de las evaluaciones que reglamentariamente se determinen. En todo caso existirán evaluaciones anuales y una evaluación final al término del período de formación.

REAL DECRETO 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada.

CAPÍTULO VI. Evaluación

Artículo 18. El libro del residente. Concepto, características y diseño.

1. El libro del residente es el instrumento en el que se registran las actividades que realiza cada residente durante su período formativo.

2. Son características del libro del residente:

a) Su carácter obligatorio.

b) Ser el registro individual de actividades que evidencian el proceso de aprendizaje del residente, por lo que en dicho libro se incorporarán los datos cuantitativos y cualitativos que serán tenidos en cuenta en la evaluación del proceso formativo.

c) Registrar las rotaciones realizadas, tanto las previstas en el programa formativo como las externas autorizadas, según lo previsto en el artículo 21 de este real decreto.

d) Ser un instrumento de autoaprendizaje que favorezca la reflexión individual y conjunta con el tutor a fin de mejorar las actividades llevadas a cabo por el residente durante cada año formativo.

e) Ser un recurso de referencia en las evaluaciones junto con otros instrumentos de valoración del progreso competencial del residente.

3. El libro es propiedad del residente, que lo cumplimentará con ayuda y supervisión de su tutor. Los datos que contenga estarán sujetos a la legislación aplicable sobre protección de datos de carácter personal y secreto profesional.

4. La comisión nacional de la correspondiente especialidad diseñará la estructura básica del libro del residente, que será aprobado por el Ministerio de Sanidad y Consumo, correspondiendo a la comisión de docencia garantizar la adaptación individual de su contenido (plan individual de formación) a la guía o itinerario formativo aprobado por ella a propuesta de los tutores de cada especialidad.

1. **Guiar la formación del residente hacia la competencia profesional**, estructurada en las competencias (específicas y transversales) necesarias para el correcto ejercicio de la especialidad. Buscar la capacitación para una práctica reflexiva y consciente en los ámbitos clínico, docente e investigador.
2. **Reforzar la experiencia de “evaluación para el aprendizaje” (formativa) a lo largo de todo el proceso formativo.** Promover la visión del error y los puntos débiles como el punto de partida para la planificación de la mejora. Estimular la auto-evaluación como elementos claves para promover el cambio.
3. **Iniciar al residente en el aprendizaje autodirigido basado en la reflexión**, clave para el desarrollo profesional a lo largo de toda la vida.
4. **Orientar la relación de tutorización** hacia una relación de confianza y respeto mutuos en la que el tutor ejerza un acompañamiento facilitador y estimulador del aprendizaje
5. **Su cumplimiento depende del residente**, él es el protagonista
6. **Promover hábitos de planificación de la propia formación** en base al planteamiento de objetivos concretos de aprendizaje, ligados a las necesidades de formación específicas del residente. Los objetivos deben ser medibles y evaluables durante el período de residencia.
7. **Identificar, reconocer y mejorar los procesos de aprendizaje**, ligados a la propia práctica profesional, utilizados por el residente como principal fuente de oportunidades para la consolidación de habilidades y competencias.
8. **Estimular la creatividad** de tutores y residentes en la resolución de problemas de aprendizaje, promoviendo la utilización de los recursos docentes más adaptados a las necesidades y características del residente

Nota aclaratoria: el libro del especialista en formación debe sintetizar las actividades que se realizan durante el periodo de residencia. En los distintos epígrafes deberá por tanto aparecer la información que se solicita, de manera estructurada, y que será la consensuada como criterios de evaluación. El resto de información que el residente considere oportuna que deba tenerse en cuenta para su evaluación o que deba aparecer como complemento a ciertos epígrafes, se realizará en anexos que se adjuntarán con el libro del especialista.

NOMBRE				
PRIMER APELLIDO				
SEGUNDO APELLIDO				
DNI				
FECHA NACIMIENTO	echa nacimiento.			
LUGAR NACIMIENTO				
DIRECCIÓN				
LOCALIDAD		CODIGO POSTAL		
TELÉFONO		OTRO CONTACTO		
E-MAIL				
DATOS ACADÉMICOS				
TITULACIÓN		AÑO		
UNIVERSIDAD				
OTRAS TITULACIONES	Otras titulaciones de interés.			
CONVOCATORIA MIR EN LA QUE HA OBTENIDO PLAZA		FECHA TOMA POSESIÓN DE PLAZA		
CENTRO DOCENTE				
TUTOR				
Escriba aquí otros datos académicos de interés.				

DOCUMENTOS DE AYUDA A LA EVALUACIÓN

4.1 REGISTRO DE ACTIVIDADES. AYUDA PARA LA AUTOFORMACIÓN

4.1.1. Aprendizaje de campo:

A. Rotaciones

B. Atención Continuada/Guardias

4.1.2. Cursos

4.1.3. Asistencia a sesiones clínicas

4.1.4. Asistencia a jornadas/congresos

4.1.5. Sesiones clínicas impartidas

4.1.6. Intervenciones comunitarias

4.1.7. Actividades científicas e investigadoras

4.2 DOCUMENTOS DE EVALUACIÓN

4.2.1. Entrevista Tutorización

4.2.2. Otras actividades de interés

4.3.3. Incidentes críticos

PRIMER AÑO DE RESIDENCIA

4.1 REGISTRO DE ACTIVIDADES. AYUDA PARA LA AUTOFORMACIÓN

4.1.1. APRENDIZAJE DE CAMPO

A. ROTACIONES PRIMER AÑO

En www.areasaludbadajoz.es está disponible el Documento de Evaluación de Periodo de Rotación y criterios de evaluación.

El residente deberá tener realizada la evaluación por la unidad colaboradora una vez termine su periodo de rotación. Esta evaluación es obligatoria en todos los dispositivos por donde rote el residente: unidades de rotación, periodo que está con el tutor, rotaciones dentro de su centro de salud y guardias de Atención Continuada en Centro de Salud y en urgencias del Hospital (se evalúa en cómputo como un mes).

El total de periodo de evaluación de rotaciones anual = 11 meses (+1 mes de Atención Continuada)

ROTACIÓN CON TUTOR EN PRIMER AÑO DE RESIDENCIA

ROTACIÓN		Ubicación
CONSULTA CON TUTOR		
Fecha de inicio	Fecha de fin	Periodo total de la rotación
Nombre Tutor		Institución
Competencias Trabajadas Breve descripción de las competencias trabajadas.		
Calificación		VºBº Tutor

ROTACIÓN		Ubicación
Fecha de inicio	Fecha de fin	Periodo total de la rotación
Colaborador Docente		Institución
Competencias Trabajadas Breve descripción de las competencias trabajadas.		
Calificación		VºBº Tutor

ROTACIÓN		Ubicación
Fecha de inicio	Fecha de fin	Periodo total de la rotación
Colaborador Docente		Institución
Competencias Trabajadas Breve descripción de las competencias trabajadas.		
Calificación		VºBº Tutor

ROTACIÓN		Ubicación
Fecha de inicio	Fecha de fin	Periodo total de la rotación

Colaborador Docente		Institución
Competencias Trabajadas Breve descripción de las competencias trabajadas.		
Calificación	VºBº Tutor	

ROTACIÓN		Ubicación
Fecha de inicio	Fecha de fin	Periodo total de la rotación
Colaborador Docente		Institución
Competencias Trabajadas Breve descripción de las competencias trabajadas.		
Calificación	VºBº Tutor	

ROTACIÓN		Ubicación
Fecha de inicio	Fecha de fin	Periodo total de la rotación
Colaborador Docente		Institución

Competencias Trabajadas Breve descripción de las competencias trabajadas.	
Calificación	VºBº Tutor

ROTACIÓN		Ubicación
Fecha de inicio	Fecha de fin	Periodo total de la rotación
Colaborador Docente		Institución
Competencias Trabajadas Breve descripción de las competencias trabajadas.		
Calificación		VºBº Tutor

ROTACIÓN		Ubicación
Fecha de inicio	Fecha de fin	Periodo total de la rotación
Colaborador Docente		Institución

Competencias Trabajadas Breve descripción de las competencias trabajadas.	
Calificación	VºBº Tutor

ROTACIÓN		Ubicación
Fecha de inicio	Fecha de fin	Periodo total de la rotación
Colaborador Docente		Institución
Competencias Trabajadas Breve descripción de las competencias trabajadas.		
Calificación	VºBº Tutor	

B. ATENCIÓN CONTINUADA Y GUARDIAS PRIMER AÑO

MES	DÍA	INSTITUCIÓN	LUGAR	TUTOR COLABORADOR	HORAS MES
Mayo					
Junio					

Julio					
Agosto					
Septiembre					
Octubre					
Noviembre					
Diciembre					
Enero					
Febrero					

Marzo					
Abril					
Mayo					

Firma del tutor:

Nombre del tutor

4.1.2 CURSOS PRIMER AÑO DE RESIDENCIA

En la evaluación final se requieren un mínimo de **200 horas** durante los cuatro años de formación, acumulable el exceso de horas del primer año a los otros años. En el primer año se establece un **mínimo de 50 horas** para evaluar positivamente.

CURSO O TALLER	UNIDAD DOCENTE		INSTITUCIÓN ORGANIZADORA	FECHA	HORAS
	SI	NO			
Título de curso o taller (en mayúsculas).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Título de curso o taller (en mayúsculas).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Título de curso o taller (en mayúsculas).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Título de curso o taller (en mayúsculas).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Título de curso o taller (en mayúsculas).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Título de curso o taller (en mayúsculas).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Título de curso o taller (en mayúsculas).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Título de curso o taller (en mayúsculas).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Título de curso o taller (en mayúsculas).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Título de curso o taller (en mayúsculas).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Título de curso o taller (en mayúsculas).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
TOTAL DE HORAS EN PRIMER AÑO					
En la evaluación anual solamente computan los cursos organizados por la Unidad Docente e instituciones acreditadas, aunque el residente pudiera registrar aquellos cursos organizados por otras entidades como complemento a su formación.					

4.1.3 ASISTENCIA A SESIONES CLÍNICAS

En este epígrafe registrar solamente aquellas sesiones clínicas organizadas por la Unidad Docente, y que sean de carácter obligatorio su asistencia.

PRIMER AÑO DE RESIDENCIA			
TÍTULO	LUGAR	FECHA	DOCENTE

Firma del tutor

Observaciones.

4.1.4 ASISTENCIA A JORNADAS Y CONGRESOS PRIMER AÑO

A desarrollar durante los cuatro años de residencia. Estas actividades no son evaluables en la evaluación cuantitativa, pero complementan la evaluación sumativa.

NOMBRE DE LA JORNADA O CONGRESO INSTITUCIÓN ORGANIZADORA	TRABAJO PRESENTADO PARTICIPACIÓN	LUGAR	FECHA
Haga clic aquí para escribir texto.			
Haga clic aquí para escribir texto.			
Haga clic aquí para escribir texto.			
Haga clic aquí para escribir texto.			
Haga clic aquí para escribir texto.			

Firma del tutor:

4.1.5 SESIONES CLÍNICAS IMPARTIDAS PRIMER AÑO

El residente hará el registro de las sesiones clínicas impartidas según lo planificado en la Unidad Docente. La evaluación de las mismas corresponde a la Unidad Docente según las hojas de evaluación.

TITULO	
Fecha:	Sesión Organizada por
Servicio o unidad	Actividad evaluada
Centro	
Observaciones: Haga clic aquí para escribir texto.	Responsable docente

TITULO	
Fecha:	Sesión Organizada por
Servicio o unidad	Actividad evaluada
Centro	
Observaciones: Haga clic aquí para escribir texto.	Responsable docente

TITULO	
Fecha:	Sesión Organizada por
Servicio o unidad	

Centro	Actividad evaluada
Observaciones: Haga clic aquí para escribir texto.	Responsable docente

TITULO	
Fecha:	Sesión Organizada por
Servicio o unidad	Actividad evaluada
Centro	
Observaciones: Haga clic aquí para escribir texto.	Responsable docente

TITULO	
Fecha:	Sesión Organizada por
Servicio o unidad	Actividad evaluada
Centro	
Observaciones: Haga clic aquí para escribir texto.	Responsable docente

Firma del tutor:

Nombre del tutor

4.1.6 ACTIVIDADES COMUNITARIAS PRIMER AÑO

TIPO DE ACTIVIDAD			
<input type="checkbox"/>	GRUPO EDUCACIÓN PARA SALUD	<input type="checkbox"/>	INTERVENCIÓN GRUPAL
<input type="checkbox"/>	RECURSOS COMUNITARIOS EDUCAIVOS, SOCIALES, ETC	<input type="checkbox"/>	Otras:
TÍTULO ESCRIBA AQUÍ EL TÍTULO EN MAYÚSCULA Y EN NEGRITA.			
Lugar de realización:			
Fecha:	Breve descripción: Haga clic aquí para escribir texto.		

TIPO DE ACTIVIDAD			
<input type="checkbox"/>	GRUPO EDUCACIÓN PARA SALUD	<input type="checkbox"/>	INTERVENCIÓN GRUPAL
<input type="checkbox"/>	RECURSOS COMUNITARIOS EDUCAIVOS, SOCIALES, ETC	<input type="checkbox"/>	Otras:
TÍTULO ESCRIBA AQUÍ EL TÍTULO EN MAYÚSCULA Y EN NEGRITA.			
Lugar de realización:			
Fecha:	Breve descripción: Haga clic aquí para escribir texto.		

TIPO DE ACTIVIDAD			
<input type="checkbox"/>	GRUPO EDUCACIÓN PARA SALUD	<input type="checkbox"/>	INTERVENCIÓN GRUPAL
<input type="checkbox"/>	RECURSOS COMUNITARIOS EDUCAIVOS, SOCIALES, ETC	<input type="checkbox"/>	Otras:

TÍTULO ESCRIBA AQUÍ EL TÍTULO EN MAYÚSCULA Y EN NEGRITA.	
Lugar de realización:	
Fecha:	Breve descripción: Haga clic aquí para escribir texto.

TIPO DE ACTIVIDAD			
<input type="checkbox"/>	GRUPO EDUCACIÓN PARA SALUD	<input type="checkbox"/>	INTERVENCIÓN GRUPAL
<input type="checkbox"/>	RECURSOS COMUNITARIOS EDUCAIVOS, SOCIALES, ETC	<input type="checkbox"/>	Otras:

TÍTULO ESCRIBA AQUÍ EL TÍTULO EN MAYÚSCULA Y EN NEGRITA.	
Lugar de realización:	
Fecha:	Breve descripción: Haga clic aquí para escribir texto.

TIPO DE ACTIVIDAD			
<input type="checkbox"/>	GRUPO EDUCACIÓN PARA SALUD	<input type="checkbox"/>	INTERVENCIÓN GRUPAL
<input type="checkbox"/>	RECURSOS COMUNITARIOS EDUCAIVOS, SOCIALES, ETC	<input type="checkbox"/>	Otras:

TÍTULO ESCRIBA AQUÍ EL TÍTULO EN MAYÚSCULA Y EN NEGRITA.	
Lugar de realización:	

Fecha:	Breve descripción: Haga clic aquí para escribir texto.
--------	---

TIPO DE ACTIVIDAD			
<input type="checkbox"/>	GRUPO EDUCACIÓN PARA SALUD	<input type="checkbox"/>	INTERVENCIÓN GRUPAL
<input type="checkbox"/>	RECURSOS COMUNITARIOS EDUCAIVOS, SOCIALES, ETC	<input type="checkbox"/>	Otras:
TÍTULO ESCRIBA AQUÍ EL TÍTULO EN MAYÚSCULA Y EN NEGRITA.			
Lugar de realización:			
Fecha:	Breve descripción: Haga clic aquí para escribir texto.		

Firma del tutor:

Nombre del tutor

4.1.7 ACTIVIDADES CIENTÍFICAS Y DE INVESTIGACIÓN PRIMER AÑO

Se deberá aportar fotocopia de los diplomas acreditativos de los trabajos presentados para su evaluación y comprobación.

TRABAJO PRESENTADO			
<input type="checkbox"/>	Publicación	<input type="checkbox"/>	Comunicación Oral
<input type="checkbox"/>	Póster	<input type="checkbox"/>	
Categoría		Autoría	
TÍTULO DEL TRABAJO TÍTULO DEL TRABAJO PRESENTADO.			Evento

Fecha:	NOMBRE DEL EVENTO/ORGANIZADOR Escriba aquí lo referente a datos del evento y en su caso referencia del trabajo presentado.
--------	--

TRABAJO PRESENTADO			
<input type="checkbox"/>	Publicación	<input type="checkbox"/>	Comunicación Oral
<input type="checkbox"/>	Póster	<input type="checkbox"/>	
Categoría		Autoría	
TÍTULO DEL TRABAJO			Evento
TÍTULO DEL TRABAJO PRESENTADO.			
Fecha:	NOMBRE DEL EVENTO/ORGANIZADOR Escriba aquí lo referente a datos del evento y en su caso referencia del trabajo presentado.		

TRABAJO PRESENTADO			
<input type="checkbox"/>	Publicación	<input type="checkbox"/>	Comunicación Oral
<input type="checkbox"/>	Póster	<input type="checkbox"/>	
Categoría		Autoría	
TÍTULO DEL TRABAJO			Evento
TÍTULO DEL TRABAJO PRESENTADO.			
Fecha:	NOMBRE DEL EVENTO/ORGANIZADOR Escriba aquí lo referente a datos del evento y en su caso referencia del trabajo presentado.		

TRABAJO PRESENTADO			
<input type="checkbox"/>	Publicación	<input type="checkbox"/>	Comunicación Oral
<input type="checkbox"/>	Póster	<input type="checkbox"/>	
Categoría		Autoría	
TÍTULO DEL TRABAJO			Evento
TÍTULO DEL TRABAJO PRESENTADO.			

Fecha:	NOMBRE DEL EVENTO/ORGANIZADOR Escriba aquí lo referente a datos del evento y en su caso referencia del trabajo presentado.
--------	--

TRABAJO PRESENTADO	
<input type="checkbox"/> Publicación	<input type="checkbox"/> Comunicación Oral
<input type="checkbox"/> Póster	<input type="checkbox"/>
Categoría	Autoría
TÍTULO DEL TRABAJO TÍTULO DEL TRABAJO PRESENTADO.	
Evento	
Fecha:	NOMBRE DEL EVENTO/ORGANIZADOR Escriba aquí lo referente a datos del evento y en su caso referencia del trabajo presentado.

TRABAJO PRESENTADO	
<input type="checkbox"/> Publicación	<input type="checkbox"/> Comunicación Oral
<input type="checkbox"/> Póster	<input type="checkbox"/>
Categoría	Autoría
TÍTULO DEL TRABAJO TÍTULO DEL TRABAJO PRESENTADO.	
Evento	
Fecha:	NOMBRE DEL EVENTO/ORGANIZADOR Escriba aquí lo referente a datos del evento y en su caso referencia del trabajo presentado.

TRABAJO PRESENTADO	
<input type="checkbox"/> Publicación	<input type="checkbox"/> Comunicación Oral
<input type="checkbox"/> Póster	<input type="checkbox"/>
Categoría	Autoría
TÍTULO DEL TRABAJO TÍTULO DEL TRABAJO PRESENTADO.	
Evento	

Fecha:	NOMBRE DEL EVENTO/ORGANIZADOR Escriba aquí lo referente a datos del evento y en su caso referencia del trabajo presentado.
--------	--

TRABAJO PRESENTADO			
<input type="checkbox"/>	Publicación	<input type="checkbox"/>	Comunicación Oral
<input type="checkbox"/>	Póster	<input type="checkbox"/>	
Categoría		Autoría	
TÍTULO DEL TRABAJO			Evento
TÍTULO DEL TRABAJO PRESENTADO.			
Fecha:	NOMBRE DEL EVENTO/ORGANIZADOR Escriba aquí lo referente a datos del evento y en su caso referencia del trabajo presentado.		

Firma del tutor:

Nombre del tutor

SEGUNDO AÑO DE RESIDENCIA

4.1 REGISTRO DE ACTIVIDADES. AYUDA PARA LA AUTOFORMACIÓN

4.1.1 APRENDIZAJE DE CAMPO

A. ROTACIONES SEGUNDO AÑO

En www.areasaludbadajoz.es está disponible el Documento de Evaluación de Periodo de Rotación y criterios de evaluación.

El residente deberá tener realizada la evaluación por la unidad colaboradora una vez termine su periodo de rotación. Esta evaluación es obligatoria en todos los dispositivos por donde rote el residente: unidades de rotación, periodo que está con el tutor, rotaciones dentro de su centro de salud y guardias de Atención Continuada en Centro de Salud y urgencias de Hospital (se evalúa en cómputo como un mes).

El total de periodo de evaluación de rotaciones anual = 11 meses (+1 mes de Atención Continuada)

ROTACIÓN CON TUTOR EN SEGUNDO AÑO DE RESIDENCIA

ROTACIÓN CONSULTA CON TUTOR		Ubicación
Fecha de inicio	Fecha de fin	Periodo total de la rotación
Nombre Tutor		Institución
Competencias Trabajadas Breve descripción de las competencias trabajadas.		
Calificación		VºBº Tutor

ROTACIÓN		Ubicación
Fecha de inicio	Fecha de fin	Periodo total de la rotación

Colaborador Docente		Institución
Competencias Trabajadas Breve descripción de las competencias trabajadas.		
Calificación	VºBº Tutor	

ROTACIÓN		Ubicación
Fecha de inicio	Fecha de fin	Periodo total de la rotación
Colaborador Docente		Institución
Competencias Trabajadas Breve descripción de las competencias trabajadas.		
Calificación	VºBº Tutor	

ROTACIÓN		Ubicación
Fecha de inicio	Fecha de fin	Periodo total de la rotación
Colaborador Docente		Institución

Competencias Trabajadas Breve descripción de las competencias trabajadas.	
Calificación	VºBº Tutor

ROTACIÓN		Ubicación
Fecha de inicio	Fecha de fin	Periodo total de la rotación
Colaborador Docente		Institución
Competencias Trabajadas Breve descripción de las competencias trabajadas.		
Calificación	VºBº Tutor	

ROTACIÓN		Ubicación
Fecha de inicio	Fecha de fin	Periodo total de la rotación
Colaborador Docente		Institución

Competencias Trabajadas Breve descripción de las competencias trabajadas.	
Calificación	VºBº Tutor

ROTACIÓN		Ubicación
Fecha de inicio	Fecha de fin	Periodo total de la rotación
Colaborador Docente		Institución
Competencias Trabajadas Breve descripción de las competencias trabajadas.		
Calificación	VºBº Tutor	

ROTACIÓN		Ubicación
Fecha de inicio	Fecha de fin	Periodo total de la rotación
Colaborador Docente		Institución

Competencias Trabajadas Breve descripción de las competencias trabajadas.	
Calificación	VºBº Tutor

ROTACIÓN		Ubicación
Fecha de inicio	Fecha de fin	Periodo total de la rotación
Colaborador Docente		Institución
Competencias Trabajadas Breve descripción de las competencias trabajadas.		
Calificación	VºBº Tutor	

B. ATENCIÓN CONTINUADA Y GUARDIAS SEGUNDO AÑO

MES	DÍA	INSTITUCIÓN	LUGAR	TUTOR COLABORADOR	HORAS MES
Mayo					
Junio					

Julio					
Agosto					
Septiembre					
Octubre					
Noviembre					
Diciembre					
Enero					
Febrero					

Marzo					
Abril					
Mayo					

Firma del tutor:

Nombre del tutor

4.1.2 CURSOS SEGUNDO AÑO DE RESIDENCIA

En la evaluación final se requieren un mínimo de **200 horas** durante los cuatro años de formación, acumulable el exceso de horas del primer año a los otros años. En el primer año se establece un **mínimo de 50 horas** para evaluar positivamente.

CURSO O TALLER	UNIDAD DOCENTE		INSTITUCIÓN ORGANIZADORA	FECHA	HORAS
	SI	NO			
Título de curso o taller (en mayúsculas).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Título de curso o taller (en mayúsculas).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Título de curso o taller (en mayúsculas).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Título de curso o taller (en mayúsculas).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Título de curso o taller (en mayúsculas).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Título de curso o taller (en mayúsculas).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Título de curso o taller (en mayúsculas).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Título de curso o taller (en mayúsculas).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Título de curso o taller (en mayúsculas).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Título de curso o taller (en mayúsculas).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Título de curso o taller (en mayúsculas).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
TOTAL DE HORAS EN SEGUNDO AÑO					
En la evaluación anual solamente computan los cursos organizados por la Unidad Docente e instituciones acreditadas, aunque el residente pudiera registrar aquellos cursos organizados por otras entidades como complemento a su formación.					

Firma del tutor:

Nombre del tutor

Firma del tutor: Nombre del tutor			

Observaciones.

4.1.4 ASISTENCIA A JORNADAS Y CONGRESOS SEGUNDO AÑO

A desarrollar durante los cuatro años de residencia. Estas actividades no son evaluables en la evaluación cuantitativa, pero complementan la evaluación sumativa.

NOMBRE DE LA JORNADA O CONGRESO INSTITUCIÓN ORGANIZADORA	TRABAJO PRESENTADO PARTICIPACIÓN	LUGAR	FECHA
Haga clic aquí para escribir texto.			
Haga clic aquí para escribir texto.			
Haga clic aquí para escribir texto.			
Haga clic aquí para escribir texto.			

Haga clic aquí para escribir texto.			
-------------------------------------	--	--	--

Firma del tutor:

Nombre del tutor

4.1.5 SESIONES CLÍNICAS IMPARTIDAS SEGUNDO AÑO

El residente hará el registro de las sesiones clínicas impartidas según lo planificado en la Unidad Docente. La evaluación de las mismas corresponde a la Unidad Docente según las hojas de evaluación.

TITULO		
Fecha:	Sesión Organizada por	
Servicio o unidad	Actividad evaluada	
Centro		
Observaciones: Haga clic aquí para escribir texto.	Responsable docente	

TITULO		
Fecha:	Sesión Organizada por	
Servicio o unidad	Actividad evaluada	
Centro		

Observaciones: Haga clic aquí para escribir texto.	Responsable docente
--	----------------------------

TITULO	
Fecha: Servicio o unidad Centro	Sesión Organizada por Actividad evaluada
Observaciones: Haga clic aquí para escribir texto.	Responsable docente

TITULO	
Fecha: Servicio o unidad Centro	Sesión Organizada por Actividad evaluada
Observaciones: Haga clic aquí para escribir texto.	Responsable docente

TITULO	
Fecha: Servicio o unidad Centro	Sesión Organizada por Actividad evaluada

Observaciones:

Haga clic aquí para escribir texto.

Responsable docente

Firma del tutor:

Nombre del tutor

4.1.6 ACTIVIDADES COMUNITARIAS PRIMER AÑO

TIPO DE ACTIVIDAD			
<input type="checkbox"/>	GRUPO EDUCACIÓN PARA SALUD	<input type="checkbox"/>	INTERVENCIÓN GRUPAL
<input type="checkbox"/>	RECURSOS COMUNITARIOS EDUCAIVOS, SOCIALES, ETC	<input type="checkbox"/>	Otras:
TÍTULO ESCRIBA AQUÍ EL TÍTULO EN MAYÚSCULA Y EN NEGRITA.			
Lugar de realización:			
Fecha:	Breve descripción: Haga clic aquí para escribir texto.		

TIPO DE ACTIVIDAD			
<input type="checkbox"/>	GRUPO EDUCACIÓN PARA SALUD	<input type="checkbox"/>	INTERVENCIÓN GRUPAL
<input type="checkbox"/>	RECURSOS COMUNITARIOS EDUCAIVOS, SOCIALES, ETC	<input type="checkbox"/>	Otras:
TÍTULO ESCRIBA AQUÍ EL TÍTULO EN MAYÚSCULA Y EN NEGRITA.			
Lugar de realización:			
Fecha:	Breve descripción: Haga clic aquí para escribir texto.		

TIPO DE ACTIVIDAD			
<input type="checkbox"/>	GRUPO EDUCACIÓN PARA SALUD	<input type="checkbox"/>	INTERVENCIÓN GRUPAL
<input type="checkbox"/>	RECURSOS COMUNITARIOS EDUCAIVOS, SOCIALES, ETC	<input type="checkbox"/>	Otras:
TÍTULO ESCRIBA AQUÍ EL TÍTULO EN MAYÚSCULA Y EN NEGRITA.			

Lugar de realización:	
Fecha:	Breve descripción: Haga clic aquí para escribir texto.

TIPO DE ACTIVIDAD			
<input type="checkbox"/>	GRUPO EDUCACIÓN PARA SALUD	<input type="checkbox"/>	INTERVENCIÓN GRUPAL
<input type="checkbox"/>	RECURSOS COMUNITARIOS EDUCAIVOS, SOCIALES, ETC	<input type="checkbox"/>	Otras:
TÍTULO ESCRIBA AQUÍ EL TÍTULO EN MAYÚSCULA Y EN NEGRITA.			
Lugar de realización:			
Fecha:	Breve descripción: Haga clic aquí para escribir texto.		

TIPO DE ACTIVIDAD			
<input type="checkbox"/>	GRUPO EDUCACIÓN PARA SALUD	<input type="checkbox"/>	INTERVENCIÓN GRUPAL
<input type="checkbox"/>	RECURSOS COMUNITARIOS EDUCAIVOS, SOCIALES, ETC	<input type="checkbox"/>	Otras:
TÍTULO ESCRIBA AQUÍ EL TÍTULO EN MAYÚSCULA Y EN NEGRITA.			
Lugar de realización:			

Fecha:	Breve descripción: Haga clic aquí para escribir texto.
--------	---

TIPO DE ACTIVIDAD			
<input type="checkbox"/>	GRUPO EDUCACIÓN PARA SALUD	<input type="checkbox"/>	INTERVENCIÓN GRUPAL
<input type="checkbox"/>	RECURSOS COMUNITARIOS EDUCAIVOS, SOCIALES, ETC	<input type="checkbox"/>	Otras:
TÍTULO ESCRIBA AQUÍ EL TÍTULO EN MAYÚSCULA Y EN NEGRITA.			
Lugar de realización:			
Fecha:	Breve descripción: Haga clic aquí para escribir texto.		

Firma del tutor:

Nombre del tutor

4.1.7 ACTIVIDADES CIENTÍFICAS Y DE INVESTIGACIÓN SEGUNDO AÑO

Se deberá aportar fotocopia de los diplomas acreditativos de los trabajos presentados para su evaluación y comprobación.

TRABAJO PRESENTADO			
<input type="checkbox"/>	Publicación	<input type="checkbox"/>	Comunicación Oral
<input type="checkbox"/>	Póster	<input type="checkbox"/>	
Categoría		Autoría	

TÍTULO DEL TRABAJO TÍTULO DEL TRABAJO PRESENTADO.		Evento
Fecha:	NOMBRE DEL EVENTO/ORGANIZADOR Escriba aquí lo referente a datos del evento y en su caso referencia del trabajo presentado.	

TRABAJO PRESENTADO			
<input type="checkbox"/>	Publicación	<input type="checkbox"/>	Comunicación Oral
<input type="checkbox"/>	Póster	<input type="checkbox"/>	
Categoría		Autoría	
TÍTULO DEL TRABAJO TÍTULO DEL TRABAJO PRESENTADO.		Evento	
Fecha:	NOMBRE DEL EVENTO/ORGANIZADOR Escriba aquí lo referente a datos del evento y en su caso referencia del trabajo presentado.		

TRABAJO PRESENTADO			
<input type="checkbox"/>	Publicación	<input type="checkbox"/>	Comunicación Oral
<input type="checkbox"/>	Póster	<input type="checkbox"/>	
Categoría		Autoría	
TÍTULO DEL TRABAJO TÍTULO DEL TRABAJO PRESENTADO.		Evento	
Fecha:	NOMBRE DEL EVENTO/ORGANIZADOR Escriba aquí lo referente a datos del evento y en su caso referencia del trabajo presentado.		

TRABAJO PRESENTADO			
<input type="checkbox"/>	Publicación	<input type="checkbox"/>	Comunicación Oral
<input type="checkbox"/>	Póster	<input type="checkbox"/>	
Categoría		Autoría	

TÍTULO DEL TRABAJO TÍTULO DEL TRABAJO PRESENTADO.		Evento
Fecha:	NOMBRE DEL EVENTO/ORGANIZADOR Escriba aquí lo referente a datos del evento y en su caso referencia del trabajo presentado.	

TRABAJO PRESENTADO			
<input type="checkbox"/>	Publicación	<input type="checkbox"/>	Comunicación Oral
<input type="checkbox"/>	Póster	<input type="checkbox"/>	
Categoría		Autoría	
TÍTULO DEL TRABAJO TÍTULO DEL TRABAJO PRESENTADO.		Evento	
Fecha:	NOMBRE DEL EVENTO/ORGANIZADOR Escriba aquí lo referente a datos del evento y en su caso referencia del trabajo presentado.		

TRABAJO PRESENTADO			
<input type="checkbox"/>	Publicación	<input type="checkbox"/>	Comunicación Oral
<input type="checkbox"/>	Póster	<input type="checkbox"/>	
Categoría		Autoría	
TÍTULO DEL TRABAJO TÍTULO DEL TRABAJO PRESENTADO.		Evento	
Fecha:	NOMBRE DEL EVENTO/ORGANIZADOR Escriba aquí lo referente a datos del evento y en su caso referencia del trabajo presentado.		

TRABAJO PRESENTADO			
<input type="checkbox"/>	Publicación	<input type="checkbox"/>	Comunicación Oral
<input type="checkbox"/>	Póster	<input type="checkbox"/>	
Categoría		Autoría	
TÍTULO DEL TRABAJO TÍTULO DEL TRABAJO PRESENTADO.		Evento	

Fecha:	NOMBRE DEL EVENTO/ORGANIZADOR Escriba aquí lo referente a datos del evento y en su caso referencia del trabajo presentado.
---------------	--

TRABAJO PRESENTADO			
<input type="checkbox"/>	Publicación	<input type="checkbox"/>	Comunicación Oral
<input type="checkbox"/>	Póster	<input type="checkbox"/>	
Categoría		Autoría	
TÍTULO DEL TRABAJO			Evento
TÍTULO DEL TRABAJO PRESENTADO.			
Fecha:	NOMBRE DEL EVENTO/ORGANIZADOR Escriba aquí lo referente a datos del evento y en su caso referencia del trabajo presentado.		

Firma del tutor:

Nombre del tutor

TERCER AÑO DE RESIDENCIA

4.1 REGISTRO DE ACTIVIDADES. AYUDA PARA LA AUTOFORMACIÓN

4.1.1 APRENDIZAJE DE CAMPO

A. ROTACIONES TERCER AÑO

En www.areasaludbadajoz.es está disponible el Documento de Evaluación de Periodo de Rotación y criterios de evaluación.

El residente deberá tener realizada la evaluación por la unidad colaboradora una vez termine su periodo de rotación. Esta evaluación es obligatoria en todos los dispositivos por donde rote el residente: unidades de rotación, periodo que está con el tutor, rotaciones dentro de su centro de salud y guardias de Atención Continuada en Centro de Salud y en urgencias del Hospital (se evalúa en cómputo como un mes).

El total de periodo de evaluación de rotaciones anual = 11 meses (+1 mes de Atención Continuada)

ROTACIÓN CON TUTOR EN TERCER AÑO DE RESIDENCIA

ROTACIÓN CONSULTA CON TUTOR		Ubicación
Fecha de inicio	Fecha de fin	Periodo total de la rotación
Nombre Tutor		Institución
Competencias Trabajadas Breve descripción de las competencias trabajadas.		
Calificación		VºBº Tutor

ROTACIÓN		Ubicación
Fecha de inicio	Fecha de fin	Periodo total de la rotación

Colaborador Docente		Institución
Competencias Trabajadas Breve descripción de las competencias trabajadas.		
Calificación	VºBº Tutor	

ROTACIÓN		Ubicación
Fecha de inicio	Fecha de fin	Periodo total de la rotación
Colaborador Docente		Institución
Competencias Trabajadas Breve descripción de las competencias trabajadas.		
Calificación	VºBº Tutor	

ROTACIÓN		Ubicación
Fecha de inicio	Fecha de fin	Periodo total de la rotación
Colaborador Docente		Institución

Competencias Trabajadas Breve descripción de las competencias trabajadas.	
Calificación	VºBº Tutor

ROTACIÓN		Ubicación
Fecha de inicio	Fecha de fin	Periodo total de la rotación
Colaborador Docente		Institución
Competencias Trabajadas Breve descripción de las competencias trabajadas.		
Calificación	VºBº Tutor	

ROTACIÓN		Ubicación
Fecha de inicio	Fecha de fin	Periodo total de la rotación
Colaborador Docente		Institución

Competencias Trabajadas Breve descripción de las competencias trabajadas.	
Calificación	VºBº Tutor

ROTACIÓN		Ubicación
Fecha de inicio	Fecha de fin	Periodo total de la rotación
Colaborador Docente		Institución
Competencias Trabajadas Breve descripción de las competencias trabajadas.		
Calificación		VºBº Tutor

ROTACIÓN		Ubicación
Fecha de inicio	Fecha de fin	Periodo total de la rotación
Colaborador Docente		Institución

Competencias Trabajadas Breve descripción de las competencias trabajadas.	
Calificación	VºBº Tutor

ROTACIÓN		Ubicación
Fecha de inicio	Fecha de fin	Periodo total de la rotación
Colaborador Docente		Institución
Competencias Trabajadas Breve descripción de las competencias trabajadas.		
Calificación		VºBº Tutor

B ATENCIÓN CONTINUADA Y GUARDIAS TERCER AÑO

MES	DÍA	INSTITUCIÓN	LUGAR	TUTOR COLABORADOR	HORAS MES
Mayo					
Junio					
Julio					
Agosto					
Septiembre					
Octubre					
Noviembre					
Diciembre					

e					
Enero					
Febrero					
Marzo					
Abril					
Mayo					

Firma del tutor:

Nombre del tutor

4.1.2 CURSOS TERCER AÑO DE RESIDENCIA

En la evaluación final se requieren un mínimo de **200 horas** durante los cuatro años de formación, acumulable el exceso de horas del primer año a los otros años. En el primer año se establece un **mínimo de 50 horas** para evaluar positivamente.

CURSO O TALLER	UNIDAD DOCENTE		INSTITUCIÓN ORGANIZADORA	FECHA	HORAS
	SI	NO			
Título de curso o taller (en mayúsculas).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Título de curso o taller (en mayúsculas).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Título de curso o taller (en mayúsculas).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Título de curso o taller (en mayúsculas).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Título de curso o taller (en mayúsculas).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Título de curso o taller (en mayúsculas).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Título de curso o taller (en mayúsculas).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Título de curso o taller (en mayúsculas).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Título de curso o taller (en mayúsculas).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Título de curso o taller (en mayúsculas).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Título de curso o taller (en mayúsculas).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
TOTAL DE HORAS EN TERCER AÑO					
En la evaluación anual solamente computan los cursos organizados por la Unidad Docente e instituciones acreditadas, aunque el residente pudiera registrar aquellos cursos organizados por otras entidades como complemento a su formación.					

Firma del tutor:

Nombre tutor.

Observaciones.

Firma del tutor:

Nombre del tutor

4.1.4 ASISTENCIA A JORNADAS Y CONGRESOS TERCER AÑO

A desarrollar durante los cuatro años de residencia. Estas actividades no son evaluables en la evaluación cuantitativa, pero complementan la evaluación sumativa.

NOMBRE DE LA JORNADA O CONGRESO INSTITUCIÓN ORGANIZADORA	TRABAJO PRESENTADO PARTICIPACIÓN	LUGAR	FECHA
Haga clic aquí para escribir texto.			
Haga clic aquí para escribir texto.			
Haga clic aquí para escribir texto.			

Haga clic aquí para escribir texto.			
Haga clic aquí para escribir texto.			

Firma del tutor:

Nombre del tutor

4.1.5 SESIONES CLÍNICAS IMPARTIDAS TERCER AÑO

El residente hará el registro de las sesiones clínicas impartidas según lo planificado en la Unidad Docente. La evaluación de las mismas corresponde a la Unidad Docente según las hojas de evaluación.

TITULO			
Fecha:	Sesión Organizada por		
Servicio o unidad	Actividad evaluada		
Centro			
Observaciones: Haga clic aquí para escribir texto.	Responsable docente		

TITULO			
Fecha:	Sesión Organizada por		
Servicio o unidad	Actividad evaluada		
Centro			

Observaciones: Haga clic aquí para escribir texto.	Responsable docente
--	----------------------------

TITULO	
Fecha: Servicio o unidad Centro	Sesión Organizada por Actividad evaluada
Observaciones: Haga clic aquí para escribir texto.	Responsable docente

TITULO	
Fecha: Servicio o unidad Centro	Sesión Organizada por Actividad evaluada
Observaciones: Haga clic aquí para escribir texto.	Responsable docente

TITULO	
Fecha: Servicio o unidad Centro	Sesión Organizada por Actividad evaluada

Observaciones: Haga clic aquí para escribir texto.	Responsable docente

Firma del tutor:

Nombre del tutor

4.1.6 ACTIVIDADES COMUNITARIAS TERCER AÑO

TIPO DE ACTIVIDAD			
<input type="checkbox"/>	GRUPO EDUCACIÓN PARA SALUD	<input type="checkbox"/>	INTERVENCIÓN GRUPAL
<input type="checkbox"/>	RECURSOS COMUNITARIOS EDUCAIVOS, SOCIALES, ETC	<input type="checkbox"/>	Otras:
TÍTULO ESCRIBA AQUÍ EL TÍTULO EN MAYÚSCULA Y EN NEGRITA.			
Lugar de realización:			
Fecha:	Breve descripción: Haga clic aquí para escribir texto.		

TIPO DE ACTIVIDAD			
<input type="checkbox"/>	GRUPO EDUCACIÓN PARA SALUD	<input type="checkbox"/>	INTERVENCIÓN GRUPAL
<input type="checkbox"/>	RECURSOS COMUNITARIOS EDUCAIVOS, SOCIALES, ETC	<input type="checkbox"/>	Otras:
TÍTULO ESCRIBA AQUÍ EL TÍTULO EN MAYÚSCULA Y EN NEGRITA.			
Lugar de realización:			
Fecha:	Breve descripción: Haga clic aquí para escribir texto.		

TIPO DE ACTIVIDAD			
<input type="checkbox"/>	GRUPO EDUCACIÓN PARA SALUD	<input type="checkbox"/>	INTERVENCIÓN GRUPAL
<input type="checkbox"/>	RECURSOS COMUNITARIOS EDUCAIVOS, SOCIALES, ETC	<input type="checkbox"/>	Otras:

TÍTULO ESCRIBA AQUÍ EL TÍTULO EN MAYÚSCULA Y EN NEGRITA.	
Lugar de realización:	
Fecha:	Breve descripción: Haga clic aquí para escribir texto.

TIPO DE ACTIVIDAD			
<input type="checkbox"/>	GRUPO EDUCACIÓN PARA SALUD	<input type="checkbox"/>	INTERVENCIÓN GRUPAL
<input type="checkbox"/>	RECURSOS COMUNITARIOS EDUCAIVOS, SOCIALES, ETC	<input type="checkbox"/>	Otras:
TÍTULO ESCRIBA AQUÍ EL TÍTULO EN MAYÚSCULA Y EN NEGRITA.			
Lugar de realización:			
Fecha:	Breve descripción: Haga clic aquí para escribir texto.		

TIPO DE ACTIVIDAD			
<input type="checkbox"/>	GRUPO EDUCACIÓN PARA SALUD	<input type="checkbox"/>	INTERVENCIÓN GRUPAL
<input type="checkbox"/>	RECURSOS COMUNITARIOS EDUCAIVOS, SOCIALES, ETC	<input type="checkbox"/>	Otras:
TÍTULO ESCRIBA AQUÍ EL TÍTULO EN MAYÚSCULA Y EN NEGRITA.			
Lugar de realización:			

Fecha:	Breve descripción: Haga clic aquí para escribir texto.
--------	---

TIPO DE ACTIVIDAD			
<input type="checkbox"/>	GRUPO EDUCACIÓN PARA SALUD	<input type="checkbox"/>	INTERVENCIÓN GRUPAL
<input type="checkbox"/>	RECURSOS COMUNITARIOS EDUCAIVOS, SOCIALES, ETC	<input type="checkbox"/>	Otras:
TÍTULO ESCRIBA AQUÍ EL TÍTULO EN MAYÚSCULA Y EN NEGRITA.			
Lugar de realización:			
Fecha:	Breve descripción: Haga clic aquí para escribir texto.		

Firma del tutor:

Nombre del tutor

ACTIVIDADES CIENTÍFICAS Y DE INVESTIGACIÓN TERCER AÑO

Se deberá aportar fotocopia de los diplomas acreditativos de los trabajos presentados para su evaluación y comprobación.

TRABAJO PRESENTADO			
<input type="checkbox"/>	Publicación	<input type="checkbox"/>	Comunicación Oral
<input type="checkbox"/>	Póster	<input type="checkbox"/>	
Categoría		Autoría	
TÍTULO DEL TRABAJO TÍTULO DEL TRABAJO PRESENTADO.			Evento

Fecha:	NOMBRE DEL EVENTO/ORGANIZADOR Escriba aquí lo referente a datos del evento y en su caso referencia del trabajo presentado.
--------	--

TRABAJO PRESENTADO			
<input type="checkbox"/>	Publicación	<input type="checkbox"/>	Comunicación Oral
<input type="checkbox"/>	Póster	<input type="checkbox"/>	
Categoría		Autoría	
TÍTULO DEL TRABAJO			Evento
TÍTULO DEL TRABAJO PRESENTADO.			
Fecha:	NOMBRE DEL EVENTO/ORGANIZADOR Escriba aquí lo referente a datos del evento y en su caso referencia del trabajo presentado.		

TRABAJO PRESENTADO			
<input type="checkbox"/>	Publicación	<input type="checkbox"/>	Comunicación Oral
<input type="checkbox"/>	Póster	<input type="checkbox"/>	
Categoría		Autoría	
TÍTULO DEL TRABAJO			Evento
TÍTULO DEL TRABAJO PRESENTADO.			
Fecha:	NOMBRE DEL EVENTO/ORGANIZADOR Escriba aquí lo referente a datos del evento y en su caso referencia del trabajo presentado.		

TRABAJO PRESENTADO			
<input type="checkbox"/>	Publicación	<input type="checkbox"/>	Comunicación Oral
<input type="checkbox"/>	Póster	<input type="checkbox"/>	
Categoría		Autoría	
TÍTULO DEL TRABAJO			Evento
TÍTULO DEL TRABAJO PRESENTADO.			

Fecha:	NOMBRE DEL EVENTO/ORGANIZADOR Escriba aquí lo referente a datos del evento y en su caso referencia del trabajo presentado.
--------	--

TRABAJO PRESENTADO			
<input type="checkbox"/>	Publicación	<input type="checkbox"/>	Comunicación Oral
<input type="checkbox"/>	Póster	<input type="checkbox"/>	
Categoría		Autoría	
TÍTULO DEL TRABAJO TÍTULO DEL TRABAJO PRESENTADO.			Evento
Fecha:	NOMBRE DEL EVENTO/ORGANIZADOR Escriba aquí lo referente a datos del evento y en su caso referencia del trabajo presentado.		

TRABAJO PRESENTADO			
<input type="checkbox"/>	Publicación	<input type="checkbox"/>	Comunicación Oral
<input type="checkbox"/>	Póster	<input type="checkbox"/>	
Categoría		Autoría	
TÍTULO DEL TRABAJO TÍTULO DEL TRABAJO PRESENTADO.			Evento
Fecha:	NOMBRE DEL EVENTO/ORGANIZADOR Escriba aquí lo referente a datos del evento y en su caso referencia del trabajo presentado.		

TRABAJO PRESENTADO			
<input type="checkbox"/>	Publicación	<input type="checkbox"/>	Comunicación Oral
<input type="checkbox"/>	Póster	<input type="checkbox"/>	
Categoría		Autoría	
TÍTULO DEL TRABAJO TÍTULO DEL TRABAJO PRESENTADO.			Evento

Fecha:	NOMBRE DEL EVENTO/ORGANIZADOR Escriba aquí lo referente a datos del evento y en su caso referencia del trabajo presentado.
---------------	--

TRABAJO PRESENTADO			
<input type="checkbox"/>	Publicación	<input type="checkbox"/>	Comunicación Oral
<input type="checkbox"/>	Póster	<input type="checkbox"/>	
<i>Categoría</i>		<i>Autoría</i>	
TÍTULO DEL TRABAJO			Evento
TÍTULO DEL TRABAJO PRESENTADO.			
Fecha:	NOMBRE DEL EVENTO/ORGANIZADOR Escriba aquí lo referente a datos del evento y en su caso referencia del trabajo presentado.		

Firma del tutor:

Nombre del tutor

CUARTO AÑO DE RESIDENCIA

4.1 REGISTRO DE ACTIVIDADES. AYUDA PARA LA AUTOFORMACIÓN

4.1.1 APRENDIZAJE DE CAMPO

A. ROTACIONES CUARTO AÑO

En www.areasaludbadajoz.es está disponible el Documento de Evaluación de Periodo de Rotación y criterios de evaluación.

El residente deberá tener realizada la evaluación por la unidad colaboradora una vez termine su periodo de rotación. Esta evaluación es obligatoria en todos los dispositivos por donde rote el residente: unidades de rotación, periodo que está con el tutor, rotaciones dentro de su centro de salud y guardias de Atención Continuada en Centro de Salud y en urgencias del Hospital (se evalúa en cómputo como un mes).

El total de periodo de evaluación de rotaciones anual = 11 meses (+1 mes de Atención Continuada)

ROTACIÓN CONSULTA CON TUTOR		Ubicación
Fecha de inicio	Fecha de fin	Periodo total de la rotación
Nombre Tutor		Institución
Competencias Trabajadas Breve descripción de las competencias trabajadas.		
Calificación		VºBº Tutor

ROTACIÓN		Ubicación
Fecha de inicio	Fecha de fin	Periodo total de la rotación
Colaborador Docente		Institución

Competencias Trabajadas Breve descripción de las competencias trabajadas.	
Calificación	VºBº Tutor

ROTACIÓN		Ubicación
Fecha de inicio	Fecha de fin	Periodo total de la rotación
Colaborador Docente		Institución
Competencias Trabajadas Breve descripción de las competencias trabajadas.		
Calificación		VºBº Tutor

ROTACIÓN		Ubicación
Fecha de inicio	Fecha de fin	Periodo total de la rotación
Colaborador Docente		Institución

Competencias Trabajadas Breve descripción de las competencias trabajadas.	
Calificación	VºBº Tutor

ROTACIÓN		Ubicación
Fecha de inicio	Fecha de fin	Periodo total de la rotación
Colaborador Docente		Institución
Competencias Trabajadas Breve descripción de las competencias trabajadas.		
Calificación	VºBº Tutor	

ROTACIÓN		Ubicación
Fecha de inicio	Fecha de fin	Periodo total de la rotación
Colaborador Docente		Institución

Competencias Trabajadas Breve descripción de las competencias trabajadas.	
Calificación	VºBº Tutor

ROTACIÓN		Ubicación
Fecha de inicio	Fecha de fin	Periodo total de la rotación
Colaborador Docente		Institución
Competencias Trabajadas Breve descripción de las competencias trabajadas.		
Calificación		VºBº Tutor

ROTACIÓN		Ubicación
Fecha de inicio	Fecha de fin	Periodo total de la rotación
Colaborador Docente		Institución

Competencias Trabajadas Breve descripción de las competencias trabajadas.	
Calificación	VºBº Tutor

ROTACIÓN		Ubicación
Fecha de inicio	Fecha de fin	Periodo total de la rotación
Colaborador Docente		Institución
Competencias Trabajadas Breve descripción de las competencias trabajadas.		
Calificación	VºBº Tutor	

B. ATENCIÓN CONTINUADA Y GUARDIAS CUARTO AÑO

MES	DÍA	INSTITUCIÓN	LUGAR	TUTOR COLABORADOR	HORAS MES
Mayo					
Junio					

Julio					
Agosto					
Septiembre					
Octubre					
Noviembre					
Diciembre					
Enero					

Febrero					
Marzo					
Abril					
Mayo					

Firma del tutor:

Nombre del tutor

4.1.2 CURSOS CUARTO AÑO DE RESIDENCIA

En la evaluación final se requieren un mínimo de **200 horas** durante los cuatro años de formación, acumulable el exceso de horas del primer año a los otros años. En el primer año se establece un **mínimo de 50 horas** para evaluar positivamente.

CURSO O TALLER	UNIDAD DOCENTE		INSTITUCIÓN ORGANIZADORA	FECHA	HORAS
	SI	NO			
Título de curso o taller (en mayúsculas).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Título de curso o taller (en mayúsculas).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Título de curso o taller (en mayúsculas).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Título de curso o taller (en mayúsculas).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Título de curso o taller (en mayúsculas).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Título de curso o taller (en mayúsculas).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Título de curso o taller (en mayúsculas).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Título de curso o taller (en mayúsculas).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Título de curso o taller (en mayúsculas).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Título de curso o taller (en mayúsculas).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Título de curso o taller (en mayúsculas).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
TOTAL DE HORAS EN CUARTO AÑO					
En la evaluación anual solamente computan los cursos organizados por la Unidad Docente e instituciones acreditadas, aunque el residente pudiera registrar aquellos cursos organizados por otras entidades como complemento a su formación.					

Firma del tutor:

Nombre del tutor

4.1.3 ASISTENCIA A SESIONES CLÍNICAS

En este epígrafe registrar solamente aquellas sesiones clínicas organizadas por la Unidad Docente, y que sean de carácter obligatorio su asistencia.

PRIMER AÑO DE RESIDENCIA			
TITULO	LUGAR	FECHA	DOCENTE

Observaciones.

4.1.4 ASISTENCIA A JORNADAS Y CONGRESOS CUARTO AÑO

A desarrollar durante los cuatro años de residencia. Estas actividades no son evaluables en la evaluación cuantitativa, pero complementan la evaluación sumativa.

NOMBRE DE LA JORNADA O CONGRESO INSTITUCIÓN ORGANIZADORA	TRABAJO PRESENTADO PARTICIPACIÓN	LUGAR	FECHA
Haga clic aquí para escribir texto.			
Haga clic aquí para escribir texto.			
Haga clic aquí para escribir texto.			
Haga clic aquí para escribir texto.			
Haga clic aquí para escribir texto.			

Firma del tutor:

Nombre del tutor

4.1.5 SESIONES CLÍNICAS IMPARTIDAS CUARTO AÑO

El residente hará el registro de las sesiones clínicas impartidas según lo planificado en la Unidad Docente. La evaluación de las mismas corresponde a la Unidad Docente según las hojas de evaluación.

TITULO	
Fecha:	Sesión Organizada por
Servicio o unidad	Actividad evaluada
Centro	
Observaciones: Haga clic aquí para escribir texto.	Responsable docente

TITULO	
Fecha:	Sesión Organizada por
Servicio o unidad	Actividad evaluada
Centro	
Observaciones: Haga clic aquí para escribir texto.	Responsable docente

TITULO	
Fecha:	Sesión Organizada por
Servicio o unidad	Actividad evaluada
Centro	

Observaciones: Haga clic aquí para escribir texto.	Responsable docente
--	----------------------------

TITULO		
Fecha:	Sesión Organizada por	
Servicio o unidad	Actividad evaluada	
Centro		
Observaciones: Haga clic aquí para escribir texto.	Responsable docente	

TITULO		
Fecha:	Sesión Organizada por	
Servicio o unidad	Actividad evaluada	
Centro		
Observaciones: Haga clic aquí para escribir texto.	Responsable docente	

Firma del tutor:

Nombre del tutor

4.1.6 ACTIVIDADES COMUNITARIAS CUARTO AÑO

TIPO DE ACTIVIDAD			
<input type="checkbox"/>	GRUPO EDUCACIÓN PARA SALUD	<input type="checkbox"/>	INTERVENCIÓN GRUPAL
<input type="checkbox"/>	RECURSOS COMUNITARIOS EDUCAIVOS, SOCIALES, ETC	<input type="checkbox"/>	Otras:
TÍTULO ESCRIBA AQUÍ EL TÍTULO EN MAYÚSCULA Y EN NEGRITA.			
Lugar de realización:			
Fecha:	Breve descripción: Haga clic aquí para escribir texto.		

TIPO DE ACTIVIDAD			
<input type="checkbox"/>	GRUPO EDUCACIÓN PARA SALUD	<input type="checkbox"/>	INTERVENCIÓN GRUPAL
<input type="checkbox"/>	RECURSOS COMUNITARIOS EDUCAIVOS, SOCIALES, ETC	<input type="checkbox"/>	Otras:
TÍTULO ESCRIBA AQUÍ EL TÍTULO EN MAYÚSCULA Y EN NEGRITA.			
Lugar de realización:			
Fecha:	Breve descripción: Haga clic aquí para escribir texto.		

TIPO DE ACTIVIDAD			
<input type="checkbox"/>	GRUPO EDUCACIÓN PARA SALUD	<input type="checkbox"/>	INTERVENCIÓN GRUPAL
<input type="checkbox"/>	RECURSOS COMUNITARIOS EDUCAIVOS, SOCIALES, ETC	<input type="checkbox"/>	Otras:

TÍTULO ESCRIBA AQUÍ EL TÍTULO EN MAYÚSCULA Y EN NEGRITA.	
Lugar de realización:	
Fecha:	Breve descripción: Haga clic aquí para escribir texto.

TIPO DE ACTIVIDAD			
<input type="checkbox"/>	GRUPO EDUCACIÓN PARA SALUD	<input type="checkbox"/>	INTERVENCIÓN GRUPAL
<input type="checkbox"/>	RECURSOS COMUNITARIOS EDUCAIVOS, SOCIALES, ETC	<input type="checkbox"/>	Otras:

TÍTULO ESCRIBA AQUÍ EL TÍTULO EN MAYÚSCULA Y EN NEGRITA.	
Lugar de realización:	
Fecha:	Breve descripción: Haga clic aquí para escribir texto.

TIPO DE ACTIVIDAD			
<input type="checkbox"/>	GRUPO EDUCACIÓN PARA SALUD	<input type="checkbox"/>	INTERVENCIÓN GRUPAL
<input type="checkbox"/>	RECURSOS COMUNITARIOS EDUCAIVOS, SOCIALES, ETC	<input type="checkbox"/>	Otras:

TÍTULO ESCRIBA AQUÍ EL TÍTULO EN MAYÚSCULA Y EN NEGRITA.	
Lugar de realización:	

Fecha:	Breve descripción: Haga clic aquí para escribir texto.
--------	---

TIPO DE ACTIVIDAD			
<input type="checkbox"/>	GRUPO EDUCACIÓN PARA SALUD	<input type="checkbox"/>	INTERVENCIÓN GRUPAL
<input type="checkbox"/>	RECURSOS COMUNITARIOS EDUCAIVOS, SOCIALES, ETC	<input type="checkbox"/>	Otras:
TÍTULO ESCRIBA AQUÍ EL TÍTULO EN MAYÚSCULA Y EN NEGRITA.			
Lugar de realización:			
Fecha:	Breve descripción: Haga clic aquí para escribir texto.		

Firma del tutor:

Nombre del tutor

4.1.7 ACTIVIDADES CIENTÍFICAS Y DE INVESTIGACIÓN CUARTO AÑO

Se deberá aportar fotocopia de los diplomas acreditativos de los trabajos presentados para su evaluación y comprobación.

TRABAJO PRESENTADO			
<input type="checkbox"/>	Publicación	<input type="checkbox"/>	Comunicación Oral
<input type="checkbox"/>	Póster	<input type="checkbox"/>	
Categoría		Autoría	
TÍTULO DEL TRABAJO TÍTULO DEL TRABAJO PRESENTADO.			Evento
Fecha:	NOMBRE DEL EVENTO/ORGANIZADOR Escriba aquí lo referente a datos del evento y en su caso referencia del trabajo presentado.		

TRABAJO PRESENTADO			
<input type="checkbox"/>	Publicación	<input type="checkbox"/>	Comunicación Oral
<input type="checkbox"/>	Póster	<input type="checkbox"/>	
Categoría		Autoría	
TÍTULO DEL TRABAJO TÍTULO DEL TRABAJO PRESENTADO.			Evento
Fecha:	NOMBRE DEL EVENTO/ORGANIZADOR Escriba aquí lo referente a datos del evento y en su caso referencia del trabajo presentado.		

TRABAJO PRESENTADO			
<input type="checkbox"/>	Publicación	<input type="checkbox"/>	Comunicación Oral
<input type="checkbox"/>	Póster	<input type="checkbox"/>	
Categoría		Autoría	
TÍTULO DEL TRABAJO TÍTULO DEL TRABAJO PRESENTADO.			Evento

Fecha:	NOMBRE DEL EVENTO/ORGANIZADOR Escriba aquí lo referente a datos del evento y en su caso referencia del trabajo presentado.
--------	--

TRABAJO PRESENTADO	
<input type="checkbox"/> Publicación	<input type="checkbox"/> Comunicación Oral
<input type="checkbox"/> Póster	<input type="checkbox"/>
Categoría	Autoría
TÍTULO DEL TRABAJO TÍTULO DEL TRABAJO PRESENTADO.	
Evento	
Fecha:	NOMBRE DEL EVENTO/ORGANIZADOR Escriba aquí lo referente a datos del evento y en su caso referencia del trabajo presentado.

TRABAJO PRESENTADO	
<input type="checkbox"/> Publicación	<input type="checkbox"/> Comunicación Oral
<input type="checkbox"/> Póster	<input type="checkbox"/>
Categoría	Autoría
TÍTULO DEL TRABAJO TÍTULO DEL TRABAJO PRESENTADO.	
Evento	
Fecha:	NOMBRE DEL EVENTO/ORGANIZADOR Escriba aquí lo referente a datos del evento y en su caso referencia del trabajo presentado.

TRABAJO PRESENTADO	
<input type="checkbox"/> Publicación	<input type="checkbox"/> Comunicación Oral
<input type="checkbox"/> Póster	<input type="checkbox"/>
Categoría	Autoría
TÍTULO DEL TRABAJO TÍTULO DEL TRABAJO PRESENTADO.	
Evento	

Fecha:	NOMBRE DEL EVENTO/ORGANIZADOR Escriba aquí lo referente a datos del evento y en su caso referencia del trabajo presentado.
--------	--

TRABAJO PRESENTADO			
<input type="checkbox"/>	Publicación	<input type="checkbox"/>	Comunicación Oral
<input type="checkbox"/>	Póster	<input type="checkbox"/>	
Categoría		Autoría	
TÍTULO DEL TRABAJO			Evento
TÍTULO DEL TRABAJO PRESENTADO.			
Fecha:	NOMBRE DEL EVENTO/ORGANIZADOR Escriba aquí lo referente a datos del evento y en su caso referencia del trabajo presentado.		

TRABAJO PRESENTADO			
<input type="checkbox"/>	Publicación	<input type="checkbox"/>	Comunicación Oral
<input type="checkbox"/>	Póster	<input type="checkbox"/>	
Categoría		Autoría	
TÍTULO DEL TRABAJO			Evento
TÍTULO DEL TRABAJO PRESENTADO.			
Fecha:	NOMBRE DEL EVENTO/ORGANIZADOR Escriba aquí lo referente a datos del evento y en su caso referencia del trabajo presentado.		

Firma del tutor:

Nombre del tutor

4.2. DOCUMENTOS DE EVALUACIÓN

4.2.1 Entrevistas de Tutorización

Se realizarán al menos 4 entrevistas anuales donde se analizarán las últimas rotaciones, el nivel de adquisición de competencias, puntos fuertes y débiles de la formación, y la actividad formativa. Asimismo, se planificarán las próximas rotaciones y otros acontecimientos docentes (sesiones, cursos, trabajos de investigación...

RESIDENTES PRIMER AÑO

R1	Fecha	Lugar	Duración
1º			
2º			
3º			
4º			

Firma del tutor

INFORME DE ENTREVISTA DE TUTORIZACIÓN CONTINUADA (R1)				
Centro de Salud				
Tutor/a				
Residente				
Fecha	echa.	Entrevista nº	1	
CONTENIDO DE LA TUTORIZACIÓN			SI	NO
Se comentan la/s rotación/es pasadas			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se orientan las rotaciones próximas			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se revisa el libro del residente			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se plantean actividades de recuperación de objetivos no alcanzados (en su caso)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se comenta bibliografía de estudio-orientación			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se realiza sesión docente			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se asesora sobre posibles líneas de investigación			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se asesora sobre posibles publicaciones/presentaciones a congresos			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras actividades: Haga clic aquí para escribir texto.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FECHA PRÓXIMA REVISIÓN		MES		
ASPECTOS POSITIVOS DEL TRABAJO DESARROLLADO				
Haga clic aquí para escribir texto.				

ASPECTOS A MEJORAR, COMPROMISOS

Haga clic aquí para escribir texto.

Firma Tutor

Firma Residente

INFORME DE ENTREVISTA DE TUTORIZACIÓN CONTINUADA (R1)

Centro de Salud			
Tutor/a			
Residente			
Fecha		Entrevista nº	2
CONTENIDO DE LA TUTORIZACIÓN			
			SI
			NO
Se comentan la/s rotación/es pasadas			<input type="checkbox"/>
Se orientan las rotaciones próximas			<input type="checkbox"/>
Se revisa el libro del residente			<input type="checkbox"/>
Se plantean actividades de recuperación de objetivos no alcanzados (en su caso)			<input type="checkbox"/>
Se comenta bibliografía de estudio-orientación			<input type="checkbox"/>
Se realiza sesión docente			<input type="checkbox"/>
Se asesora sobre posibles líneas de investigación			<input type="checkbox"/>
Se asesora sobre posibles publicaciones/presentaciones a congresos			<input type="checkbox"/>
Otras actividades: Haga clic aquí para escribir texto.			<input type="checkbox"/>
FECHA PRÓXIMA REVISIÓN			MES
ASPECTOS POSITIVOS DEL TRABAJO DESARROLLADO			
Haga clic aquí para escribir texto.			
ASPECTOS A MEJORAR, COMPROMISOS			
Haga clic aquí para escribir texto.			

Firma Tutor

Firma Residente

INFORME DE ENTREVISTA DE TUTORIZACIÓN CONTINUADA (R1)			
Centro de Salud			
Tutor/a			
Residente			
Fecha		Entrevista nº	3
CONTENIDO DE LA TUTORIZACIÓN		SI	NO
Se comentan la/s rotación/es pasadas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se orientan las rotaciones próximas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se revisa el libro del residente		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se plantean actividades de recuperación de objetivos no alcanzados (en su caso)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se comenta bibliografía de estudio-orientación		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se realiza sesión docente		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se asesora sobre posibles líneas de investigación		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se asesora sobre posibles publicaciones/presentaciones a congresos		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras actividades: Haga clic aquí para escribir texto.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FECHA PRÓXIMA REVISIÓN		MES	
ASPECTOS POSITIVOS DEL TRABAJO DESARROLLADO Haga clic aquí para escribir texto.			
ASPECTOS A MEJORAR, COMPROMISOS Haga clic aquí para escribir texto.			

Firma Tutor

Firma Residente

INFORME DE ENTREVISTA DE TUTORIZACIÓN CONTINUADA (R1)	
Centro de Salud	
Tutor/a	

Residente			
Fecha		Entrevista n°	4
CONTENIDO DE LA TUTORIZACIÓN			
		SI	NO
Se comentan la/s rotación/es pasadas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se orientan las rotaciones próximas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se revisa el libro del residente		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se plantean actividades de recuperación de objetivos no alcanzados (en su caso)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se comenta bibliografía de estudio-orientación		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se realiza sesión docente		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se asesora sobre posibles líneas de investigación		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se asesora sobre posibles publicaciones/presentaciones a congresos		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras actividades: Haga clic aquí para escribir texto.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FECHA PRÓXIMA REVISIÓN		MES	
ASPECTOS POSITIVOS DEL TRABAJO DESARROLLADO Haga clic aquí para escribir texto.			
ASPECTOS A MEJORAR, COMPROMISOS Haga clic aquí para escribir texto.			

Firma Tutor

Firma Residente

RESIDENTES SEGUNDO AÑO

R2	Fecha	Lugar	Duración
1°			
2°			
3°			
4°			

Firma del tutor

INFORME DE ENTREVISTA DE TUTORIZACIÓN CONTINUADA (R2)			
Centro de Salud			
Tutor/a			
Residente			
Fecha		Entrevista nº	1
CONTENIDO DE LA TUTORIZACIÓN			
			SI NO
Se comentan la/s rotación/es pasadas			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Se orientan las rotaciones próximas			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Se revisa el libro del residente			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Se plantean actividades de recuperación de objetivos no alcanzados (en su caso)			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Se comenta bibliografía de estudio-orientación			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Se realiza sesión docente			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Se asesora sobre posibles líneas de investigación			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Se asesora sobre posibles publicaciones/presentaciones a congresos			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Otras actividades: Haga clic aquí para escribir texto.			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
FECHA PRÓXIMA REVISIÓN		MES	
ASPECTOS POSITIVOS DEL TRABAJO DESARROLLADO Haga clic aquí para escribir texto.			
ASPECTOS A MEJORAR, COMPROMISOS Haga clic aquí para escribir texto.			

Firma Tutor

Firma Residente

INFORME DE ENTREVISTA DE TUTORIZACIÓN CONTINUADA (R2)			
Centro de Salud			
Tutor/a			
Residente			
Fecha		Entrevista nº	2
CONTENIDO DE LA TUTORIZACIÓN			
			SI NO

Se comentan la/s rotación/es pasadas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se orientan las rotaciones próximas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se revisa el libro del residente		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se plantean actividades de recuperación de objetivos no alcanzados (en su caso)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se comenta bibliografía de estudio-orientación		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se realiza sesión docente		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se asesora sobre posibles líneas de investigación		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se asesora sobre posibles publicaciones/presentaciones a congresos		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras actividades: Haga clic aquí para escribir texto.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FECHA PRÓXIMA REVISIÓN		MES	
ASPECTOS POSITIVOS DEL TRABAJO DESARROLLADO Haga clic aquí para escribir texto.			
ASPECTOS A MEJORAR, COMPROMISOS Haga clic aquí para escribir texto.			

Firma Tutor

Firma Residente

INFORME DE ENTREVISTA DE TUTORIZACIÓN CONTINUADA (R2)			
Centro de Salud			
Tutor/a			
Residente			
Fecha		Entrevista nº	3
CONTENIDO DE LA TUTORIZACIÓN		SI	NO
Se comentan la/s rotación/es pasadas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se orientan las rotaciones próximas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se revisa el libro del residente		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se plantean actividades de recuperación de objetivos no alcanzados (en su caso)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se comenta bibliografía de estudio-orientación		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se realiza sesión docente		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se asesora sobre posibles líneas de investigación		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se asesora sobre posibles publicaciones/presentaciones a congresos		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Otras actividades: Haga clic aquí para escribir texto.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FECHA PRÓXIMA REVISIÓN		MES	
ASPECTOS POSITIVOS DEL TRABAJO DESARROLLADO Haga clic aquí para escribir texto.			
ASPECTOS A MEJORAR, COMPROMISOS Haga clic aquí para escribir texto.			

Firma Tutor

Firma Residente

INFORME DE ENTREVISTA DE TUTORIZACIÓN CONTINUADA (R2)			
Centro de Salud			
Tutor/a			
Residente			
Fecha		Entrevista n ^o	4
CONTENIDO DE LA TUTORIZACIÓN		SI	NO
Se comentan la/s rotación/es pasadas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se orientan las rotaciones próximas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se revisa el libro del residente		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se plantean actividades de recuperación de objetivos no alcanzados (en su caso)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se comenta bibliografía de estudio-orientación		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se realiza sesión docente		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se asesora sobre posibles líneas de investigación		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se asesora sobre posibles publicaciones/presentaciones a congresos		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras actividades: Haga clic aquí para escribir texto.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FECHA PRÓXIMA REVISIÓN		MES	

ASPECTOS POSITIVOS DEL TRABAJO DESARROLLADO Haga clic aquí para escribir texto.
ASPECTOS A MEJORAR, COMPROMISOS Haga clic aquí para escribir texto.

Firma Tutor

Firma Residente

RESIDENTES DE TERCER AÑO

R3	Fecha	Lugar	Duración
1°			
2°			
3°			
4°			

Firma del tutor

INFORME DE ENTREVISTA DE TUTORIZACIÓN CONTINUADA (R3)			
Centro de Salud			
Tutor/a			
Residente			
Fecha		Entrevista n°	1
CONTENIDO DE LA TUTORIZACIÓN			
		SI	NO
Se comentan la/s rotación/es pasadas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se orientan las rotaciones próximas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se revisa el libro del residente		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se plantean actividades de recuperación de objetivos no alcanzados (en su caso)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se comenta bibliografía de estudio-orientación		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se realiza sesión docente		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se asesora sobre posibles líneas de investigación		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se asesora sobre posibles publicaciones/presentaciones a congresos		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Otras actividades: Haga clic aquí para escribir texto.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FECHA PRÓXIMA REVISIÓN		MES	
ASPECTOS POSITIVOS DEL TRABAJO DESARROLLADO Haga clic aquí para escribir texto.			
ASPECTOS A MEJORAR, COMPROMISOS Haga clic aquí para escribir texto.			

Firma Tutor

Firma Residente

INFORME DE ENTREVISTA DE TUTORIZACIÓN CONTINUADA (R3)			
Centro de Salud			
Tutor/a			
Residente			
Fecha		Entrevista n ^o	2
CONTENIDO DE LA TUTORIZACIÓN		SI	NO
Se comentan la/s rotación/es pasadas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se orientan las rotaciones próximas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se revisa el libro del residente		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se plantean actividades de recuperación de objetivos no alcanzados (en su caso)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se comenta bibliografía de estudio-orientación		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se realiza sesión docente		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se asesora sobre posibles líneas de investigación		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se asesora sobre posibles publicaciones/presentaciones a congresos		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras actividades: Haga clic aquí para escribir texto.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FECHA PRÓXIMA REVISIÓN		MES	

<p>ASPECTOS POSITIVOS DEL TRABAJO DESARROLLADO Haga clic aquí para escribir texto.</p>
<p>ASPECTOS A MEJORAR, COMPROMISOS Haga clic aquí para escribir texto.</p>

Firma Tutor

Firma Residente

INFORME DE ENTREVISTA DE TUTORIZACIÓN CONTINUADA (R3)			
Centro de Salud			
Tutor/a			
Residente			
Fecha		Entrevista n ^o	3
CONTENIDO DE LA TUTORIZACIÓN			
		SI	NO
Se comentan la/s rotación/es pasadas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se orientan las rotaciones próximas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se revisa el libro del residente		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se plantean actividades de recuperación de objetivos no alcanzados (en su caso)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se comenta bibliografía de estudio-orientación		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se realiza sesión docente		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se asesora sobre posibles líneas de investigación		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se asesora sobre posibles publicaciones/presentaciones a congresos		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras actividades: Haga clic aquí para escribir texto.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FECHA PRÓXIMA REVISIÓN		MES	
<p>ASPECTOS POSITIVOS DEL TRABAJO DESARROLLADO Haga clic aquí para escribir texto.</p>			

ASPECTOS A MEJORAR, COMPROMISOS

Haga clic aquí para escribir texto.

Firma Tutor

Firma Residente

INFORME DE ENTREVISTA DE TUTORIZACIÓN CONTINUADA (R3)

Centro de Salud			
Tutor/a			
Residente			
Fecha		Entrevista nº	4
CONTENIDO DE LA TUTORIZACIÓN			
		SI	NO
Se comentan la/s rotación/es pasadas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se orientan las rotaciones próximas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se revisa el libro del residente		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se plantean actividades de recuperación de objetivos no alcanzados (en su caso)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se comenta bibliografía de estudio-orientación		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se realiza sesión docente		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se asesora sobre posibles líneas de investigación		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se asesora sobre posibles publicaciones/presentaciones a congresos		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras actividades: Haga clic aquí para escribir texto.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FECHA PRÓXIMA REVISIÓN		MES	
ASPECTOS POSITIVOS DEL TRABAJO DESARROLLADO Haga clic aquí para escribir texto.			
ASPECTOS A MEJORAR, COMPROMISOS Haga clic aquí para escribir texto.			

Firma Tutor

Firma Residente

RESIDENTES DE CUARTO AÑO

R4	Fecha	Lugar	Duración
1°			
2°			
3°			
4°			

Firma del tutor

INFORME DE ENTREVISTA DE TUTORIZACIÓN CONTINUADA (R4)

Centro de Salud			
Tutor/a			
Residente			
Fecha		Entrevista n°	1
CONTENIDO DE LA TUTORIZACIÓN			
		SI	NO
Se comentan la/s rotación/es pasadas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se orientan las rotaciones próximas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se revisa el libro del residente		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se plantean actividades de recuperación de objetivos no alcanzados (en su caso)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se comenta bibliografía de estudio-orientación		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se realiza sesión docente		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se asesora sobre posibles líneas de investigación		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se asesora sobre posibles publicaciones/presentaciones a congresos		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras actividades: Haga clic aquí para escribir texto.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FECHA PRÓXIMA REVISIÓN		MES	
ASPECTOS POSITIVOS DEL TRABAJO DESARROLLADO Haga clic aquí para escribir texto.			

ASPECTOS A MEJORAR, COMPROMISOS

Haga clic aquí para escribir texto.

Firma Tutor

Firma Residente

INFORME DE ENTREVISTA DE TUTORIZACIÓN CONTINUADA (R4)

Centro de Salud			
Tutor/a			
Residente			
Fecha		Entrevista nº	2
CONTENIDO DE LA TUTORIZACIÓN			
		SI	NO
Se comentan la/s rotación/es pasadas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se orientan las rotaciones próximas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se revisa el libro del residente		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se plantean actividades de recuperación de objetivos no alcanzados (en su caso)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se comenta bibliografía de estudio-orientación		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se realiza sesión docente		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se asesora sobre posibles líneas de investigación		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se asesora sobre posibles publicaciones/presentaciones a congresos		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras actividades: Haga clic aquí para escribir texto.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FECHA PRÓXIMA REVISIÓN		MES	
ASPECTOS POSITIVOS DEL TRABAJO DESARROLLADO Haga clic aquí para escribir texto.			
ASPECTOS A MEJORAR, COMPROMISOS Haga clic aquí para escribir texto.			

Firma Tutor

Firma Residente

INFORME DE ENTREVISTA DE TUTORIZACIÓN CONTINUADA (R4)			
Centro de Salud			
Tutor/a			
Residente			
Fecha		Entrevista nº	3
CONTENIDO DE LA TUTORIZACIÓN		SI	NO
Se comentan la/s rotación/es pasadas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se orientan las rotaciones próximas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se revisa el libro del residente		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se plantean actividades de recuperación de objetivos no alcanzados (en su caso)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se comenta bibliografía de estudio-orientación		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se realiza sesión docente		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se asesora sobre posibles líneas de investigación		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se asesora sobre posibles publicaciones/presentaciones a congresos		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras actividades: Haga clic aquí para escribir texto.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FECHA PRÓXIMA REVISIÓN		MES	
ASPECTOS POSITIVOS DEL TRABAJO DESARROLLADO Haga clic aquí para escribir texto.			
ASPECTOS A MEJORAR, COMPROMISOS Haga clic aquí para escribir texto.			

Firma Tutor

Firma Residente

INFORME DE ENTREVISTA DE TUTORIZACIÓN CONTINUADA (R4)
--

Centro de Salud			
Tutor/a			
Residente			
Fecha		Entrevista nº	4
CONTENIDO DE LA TUTORIZACIÓN			
			SI
			NO
Se comentan la/s rotación/es pasadas			<input type="checkbox"/>
Se orientan las rotaciones próximas			<input type="checkbox"/>
Se revisa el libro del residente			<input type="checkbox"/>
Se plantean actividades de recuperación de objetivos no alcanzados (en su caso)			<input type="checkbox"/>
Se comenta bibliografía de estudio-orientación			<input type="checkbox"/>
Se realiza sesión docente			<input type="checkbox"/>
Se asesora sobre posibles líneas de investigación			<input type="checkbox"/>
Se asesora sobre posibles publicaciones/presentaciones a congresos			<input type="checkbox"/>
Otras actividades: Haga clic aquí para escribir texto.			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
FECHA PRÓXIMA REVISIÓN		MES	
ASPECTOS POSITIVOS DEL TRABAJO DESARROLLADO			
Haga clic aquí para escribir texto.			
ASPECTOS A MEJORAR, COMPROMISOS			
Haga clic aquí para escribir texto.			

Firma Tutor

Firma Residente

4.2.2 Otras actividades de interés para la evaluación anual: colaboración en comisiones de la Unidad Docente (planillero), trabajo en sociedades científicas o grupos de trabajo, premios, logros profesionales, sesiones clínicas para otros organismos, rotaciones y colaboraciones con ONG...

Primer año de residencia.

Segundo año de residencia.

Tercer año de residencia.

Cuarto año de residencia.

ANEXOS

(se adjuntarán aquellos documentos que no se contemplen en el Libro de Residente y que sean evaluables)

4.2.3 Incidentes críticos

Se define como una situación que nos crea dudas, nos causa sorpresa, nos ha trastornado la práctica clínica, nos ha molestado o inquietado por su falta de coherencia o por haber presentado resultados inesperados.

Tiene un formato preestablecido:

- 1) Descripción.
- 2) Elaboración de la pregunta que transforma el incidente crítico en una pregunta susceptible de ser contestada.
- 3) Objetivo/os de aprendizaje: explicitar lo que se pretende alcanzar (responder a la pregunta, adquirir habilidades...).
- 4) Método o métodos elegidos para conseguir el objetivo.
- 5) Adquisición del aprendizaje:
 - ¿Qué has aprendido? Respuesta a la pregunta.
 - ¿Cuál ha sido el mejor procedimiento para aprender? Tiempo invertido, fechas.
 - Registro del aprendizaje (de la/las evidencia/s).
 - ¿Cómo aplicas el aprendizaje en la práctica?
 - ¿Qué te falta por aprender? ¿Qué harás para incorporarlo?

INFORMES DE AUTORREFLEXIÓN

Es complementario del anterior. En este caso es el tutor el quien suele indicar el Área de conocimiento, caso clínico o competencia en la que el residente debe realizar su reflexión.

Tiene un formato preestablecido:

- Resumen del caso o de la competencia trabajada.
- Aspectos satisfactorios.
- Aspectos mejorables (y repercusiones).
- ¿Qué técnicas has usado? ¿Cuáles han sido más útiles? ¿Por qué?
- ¿Qué has aprendido del caso o de la competencia trabajada?
- ¿Qué me falta por aprender? (Objetivos de aprendizaje).
- ¿Cómo lo voy a aprender? (Planificación del aprendizaje).

EL LIBRO DEL ESPECIALISTA EN FORMACIÓN SE COMPLEMENTA CON EL **DOCUMENTO DE COMPETENCIAS** QUE SE PRESENTA COMO GUÍA PARA CONOCER LAS COMPETENCIAS A ADQUIRIR DURANTE EL PERIODO DE FORMACIÓN

RESUMEN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN FIN DE ESPECIALIZACIÓN¹

Título del proyecto

Haga clic aquí para escribir texto.

Investigadoras/es

Haga clic aquí para escribir texto.

Enfermera tutora del proyecto de investigación

Haga clic aquí para escribir texto.

Otros técnicos colaboradores en la tutorización del proyecto de investigación

Haga clic aquí para escribir texto.

Breve descripción del proyecto

Haga clic aquí para escribir texto.

¹ Se adjuntará informe del Proyecto de Investigación en la Unidad Docente