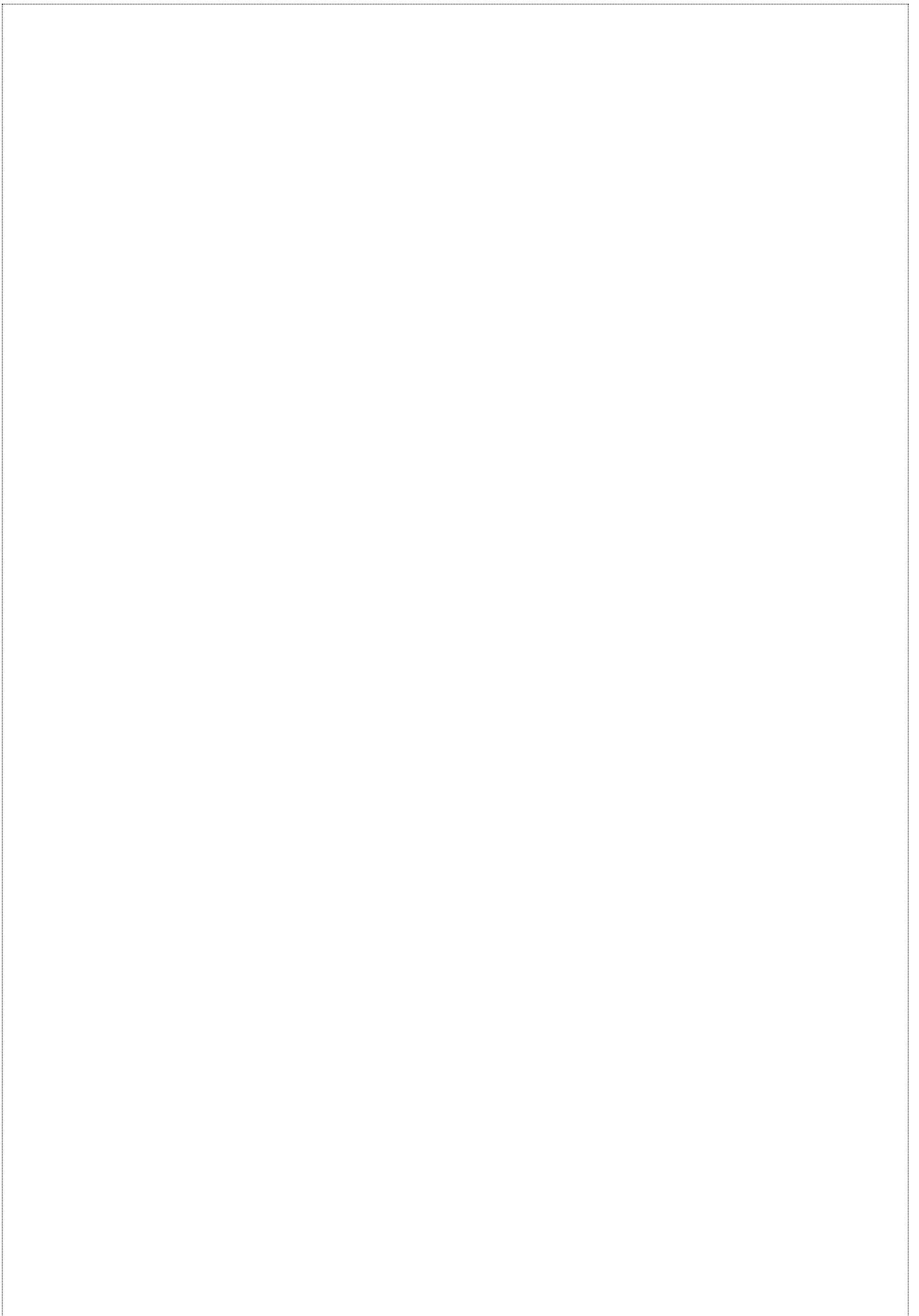


LIBRO DEL ESPECIALISTA EN FORMACIÓN 2024-2026

UNIDAD DOCENTE MULTIPROFESIONAL ATENCIÓN FAMILIAR
Y COMUNITARIA BADAJOZ

*Subcomisión
de
Enfermería*



Libro del Especialista en Formación

2024-2026

ENFERMERÍA 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

JEFA DE ESTUDIOS	MARÍA ÁNGELES MAYNAR MARIÑO
PRESIDENTE SUBCOMISIÓN	SAMUEL BOBADILLA GÓMEZ
TÉCNICO DE SALUD	MARÍA JESÚS SEGURA
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

SAMUEL BOBADILLA GÓMEZ
PRESIDENTE DE LA SUBCOMISIÓN DE ENFERMERÍA
EXTENSIÓN: 45256 (LUNES) 44309 (RESTO DE DÍAS)
e-mail: samuel.bobadilla@salud-juntaex.es

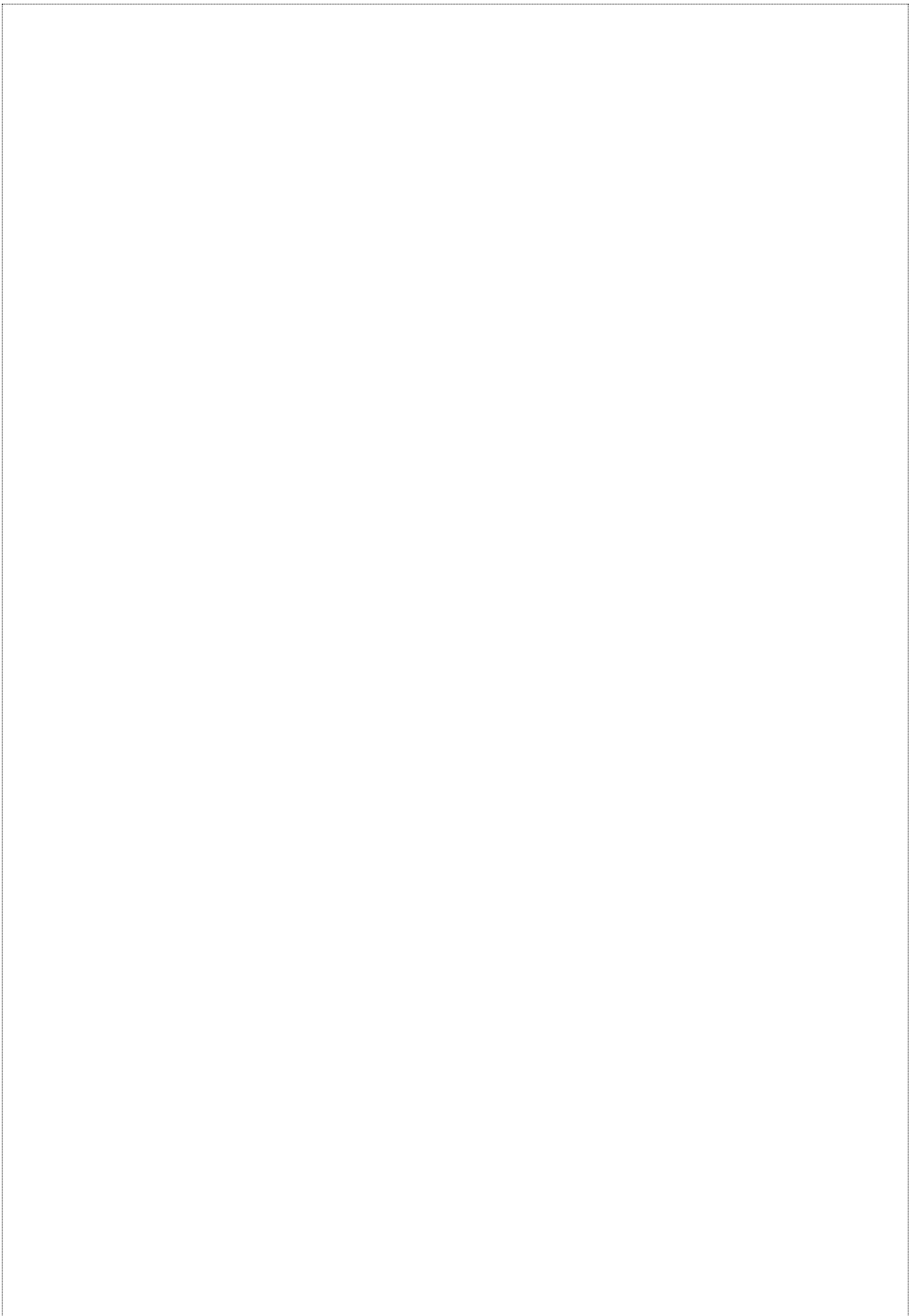
ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. OBJETIVOS DE LA GUÍA
3. DATOS PERSONALES

4. ITINERARIO FORMATIVO
 - 4.1 Primer año de Residencia
 - 4.2 Segundo año de Residencia
 - 4.3 Guardias y/o Atención Continuada
 - 4.4 Supervisión, responsabilidad y autonomía

5. EVALUACIÓN
 - 5.1 Registro actividades. Ayuda para la autoformación
 - 5.2 Documentos de evaluación

6. DOCUMENTOS DE INTERÉS



El libro del especialista en formación es un instrumento facilitador del proceso de autoaprendizaje. Es un sistema de registro que fomenta la reflexión y la autoevaluación. Así mismo es un recurso utilizado en la evaluación formal del residente.

Recoge todos los requisitos exigidos en la Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria: competencias y actividades mínimas, y todas las rotaciones individualizadas contempladas en los planes docentes de las Unidades Docentes.

El libro del residente es un derecho y propiedad de este y es él quien realiza los registros en colaboración con su tutor. Está sujeto a la legislación relativa a la confidencialidad y a la protección de datos. Su cumplimentación es obligatoria.

Debe tenerse en cuenta que ni la cumplimentación del libro ni la firma de visado del tutor suponen el reconocimiento automático de evaluación positiva y superación de la rotación o actividad registrada o visada. Los documentos oficiales de evaluación (informes, etc.) serán archivados en el expediente individual del residente que se custodia en la Unidad Docente.

La importancia del libro del residente queda manifiesta en la normativa que le hace referencia y lo regula, y que es la siguiente:

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.

3. 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.

Disposición adicional séptima. Fichas de evaluación y Libro del Especialista en Formación.

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 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.

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.

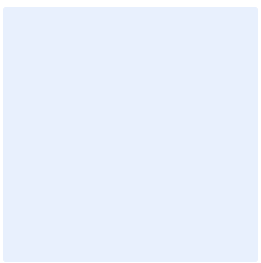
4. La comisión nacional de la correspondiente especialidad diseñará la estructura básica del libro del residente, que será aprobado por el Ministerio de Sanidad y Consumo, correspondiendo a la comisión de docencia garantizar la adaptación individual de su contenido (plan individual de formación) a la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

1. Servir de guía a residentes durante los dos años de formación.
2. Ayuda en el proceso de evaluación tanto para residentes como para tutores facilitando una herramienta para la evaluación y autoevaluación.
3. 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.
4. Guía de planificación de actividades formativas.
5. Servir de ayuda a los profesionales que colaboran en la formación en lo servicios y rotaciones programadas desde la unidad docente.
6. Ayuda en la identificación de problemas de aprendizaje y corrección de los mismos tanto para la/e Residente como el/la tutor/a.
7. Servir de portafolio docente, espacio donde se recogen todos los aspectos formativos que se van desarrollando a lo largo de los dos años, actividades realizadas por el/la residente, cursos, sesiones,
8. Incidentes críticos, autorreflexiones, entrevistas, etc. etc.

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.

3

DATOS PERSONALES

NOMBRE	Nombre.			
PRIMER APELLIDO	Primer apellido.			
SEGUNDO APELLIDO	Segundo apellido.			
DNI	DNI.			
FECHA NACIMIENTO	Fecha nacimiento.			
LUGAR NACIMIENTO	Lugar de nacimiento.			
DIRECCIÓN	Dirección.			
LOCALIDAD	Localidad.	CODIGO POSTAL	Código Postal.	
TELÉFONO	Teléfono.	OTRO CONTACTO	Teléfono.	
E-MAIL	e-mail.			
DATOS ACADÉMICOS				
TITULACIÓN	Haga clic aquí para escribir texto.	AÑO	Año.	
UNIVERSIDAD	Haga clic aquí para escribir texto.			
OTRAS TITULACIONES	Otras titulaciones de interés.			
CONVOCATORIA EIR EN LA QUE HA OBTENIDO PLAZA	Convocatoria.	FECHA TOMA POSESIÓN DE PLAZA	Fecha.	
CENTRO DOCENTE	Haga clic aquí para escribir texto.			
TUTOR	Haga clic aquí para escribir texto.			
Escriba aquí otros datos académicos de interés.				

4.1. PRIMER Y SEGUNDO AÑO DE RESIDENCIA

En el programa oficial formativo de Enfermería Familiar y Comunitaria (Orden SAS /1729/2010) se propone un cronograma orientativo para ser adaptado en las diferentes Unidades Docentes Multiprofesionales de Atención Familiar y Comunitaria. Se han considerado los dos meses de vacaciones correspondientes a los dos años de formación.

AÑO RESIDENCIA	BLOQUE	DISPOSITIVO	DURACIÓN	RECURSO/UBICACIÓN	
R1	Centro de Salud I	Centro de Salud	3,5 MESES	CONSULTA ENFERMERÍA TUTOR PRINCIPAL	
R1 R2	ROTACIONES DISPOSITIVOS Y COLABORADORES DOCENTES Planificadas desde la Unidad Docente	SERVICIOS DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS	UME 112	1 MES (1)	SAN VICENTE ALCÁNTARA
			URGENCIAS HOSPITALARIAS	15 DÍAS (2)	HUB
			URGENCIAS PEDIATRÍA	15 DÍAS (3)	H. MATERNO-INFANTIL
		SALUD MENTAL	SALUD MENTAL	2 SEMANAS	C.S. CIUDAD JARDÍN C.S. VALDEPASILLAS
			UNIDAD TRASTORNO ALIMENTARIO	DÍAS OPCIONALES	C.S. VALDEPASILLAS
			SALUD MENTAL INFANTIL	DÍAS OPCIONALES	H. MATERNO-INFANTIL
		UNIDADES DE APOYO	U.C.A.	15 DÍAS	C.S. ZONA CENTRO C.S. VALDEPASILLAS
			COPF	1 MES	C.S. CIUDAD JARDÍN C.S. VALDEPASILLAS
			PALIATIVOS	1 MES	H. PERPETUO SOCORRO
			UNIDAD DEL DOLOR	15 DÍAS	H. PERPETUO SOCORRO
		SALUD PÚBLICA	SERVICIO DE SALUD PÚBLICA Y EPIDEMIOLOGÍA	15 DÍAS	H. PERPETUO SOCORRO
		CONSULTAS HOSPITALARIAS	CONSULTA DIABETES CONSULTA DIABETES PEDIATRÍA	3 SEMANAS 1 SEMANA	UNIVERSITARIO BADAJOZ H. PERPETUO SOCORRO
		RURAL*	CENTROS DE SALUD RURAL DOCENTES Y COLABORADORES	1 MES (4)	C.S. TALEVERA REAL C.S. PUEBLONUEVO C.S. SANTA MARTA C.S. VALVERDE LEGANÉS
R1 R2	ROTACIONES OPTATIVAS Y/O EXTERNAS	OPTATIVAS	15 DÍAS	CONSULTA OSTOMÍAS CONSULTA VASCULAR SALA DE CURAS C.M.A PARITORIO CENTRO SOCIO SANITARIO MONTIJO VIR MONTIJO	
		EXTERNA	1 MES (AÑO)	A PROPUESTA DEL RESIDENTE	
R2	Centro de Salud II	ROTACIONES Coordinadas por el tutor según organización interna del Centro de Salud	1 MES	CONSULTA PEDIATRÍA	
			15 DÍAS	TRABAJO SOCIAL	
			15 DÍAS	MATRONA	
			NO DEFINIDA	FARMACEUTICO	
		NO DEFINIDA	VETERINARIO		
	Consulta Atención Primaria	7 MESES	Consulta Enfermería Tutor Principal		

(1) Rotación en guardias de 24 horas (09:30 a 09:30 horas), en un total de 6 guardias al mes: regulado en documento específico.

(2) Se establecerá una planilla rotatoria asociada a colaborador docente: mañana y tarde.

(3) Se da la posibilidad de realizar jornada sólo de mañana o dar continuidad en turnos de mañana y/o tarde hasta completar horas.

(4) Se disponen de centros de salud rurales (docentes y colaboradores) para el periodo de rotación rural. Durante la rotación se harán guardias en Atención Continuada de 16:30 horas (2 al mes) con los salientes acordados.

* Los residentes pertenecientes a centro de salud rural se especifican rotación urbana a acordada en la subcomisión de enfermería.

4.2. GUARDIAS Y/O ATENCIÓN CONTINUADA

Los servicios prestados en concepto de atención continuada tienen carácter formativo, se realizarán durante los dos años que dura la formación en la especialidad y se programarán con sujeción al régimen de jornada y descansos que establece la legislación vigente.

Las guardias se realizarán en cualquier dispositivo de la unidad docente y se planificarán teniendo en cuenta el cumplimiento de los objetivos del Programa Formativo.

CENTRO DE SALUD URBANO			
TIPO DE GUARDIA (Nº/MES)		DISPOSITIVO	TOTAL HORAS/MES
PRIMER AÑO DE RESIDENCIA			
OBLIGATORIAS	ATENCIÓN CONTINUADA* Mínimo: 4 guardias Máximo: 6 guardias (opcional) Horario: de 15:00 a 22:00 horas	CENTRO DE SALUD	28-42 HORAS Guardias de 7 horas
EXTRA	PUAC 1 guardia Horario: de 15:00 a 08:00 horas diario Horario: de 08:00 a 08:00 horas festivos	PUAC BADAJOZ (o Montijo)	17/24 HORAS
SEGUNDO AÑO DE RESIDENCIA			
OBLIGATORIAS	ATENCIÓN CONTINUADA* Mínimo: 3 guardias Máximo: 4 guardias (opcional) Horario: de 15:00 a 22:00 horas	CENTRO DE SALUD	21-28 HORAS Guardias de 7 horas
	EMERGENCIAS URBANO/RURAL 1 guardia 5/6 guardias (año) en Badajoz 5/6 guardias (año) Jerez Caballeros Horario Badajoz: de 09:30 a 09:30 horas Horario Jerez Caballeros: de 10:00 a 10:00 h.	UME 112 Badajoz Jerez de los Caballeros	24 HORAS
	PUAC 1 guardia Horario: de 15:00 a 08:00 horas diario Horario: de 08:00 a 08:00 horas festivos	PUAC BADAJOZ	17/24 HORAS
OPCIONAL	GUARDIA RURAL 1 guardia <i>La realización de esta guardia va en detrimento de NO realizar dos guardias en centro urbano</i> Horario: de 15:00 a 08:00 horas diario Horario: de 08:00 a 08:00 horas festivos	CENTROS RURALES DE REFERENCIA	17/24 HORAS
EXTRA	GUARDIA RURAL O PUAC 1 guardia Horario: de 15:00 a 08:00 horas diario Horario: de 08:00 a 08:00 horas festivos	CENTROS RURALES DE REFERENCIA O PUAC BADAJOZ (o Montijo)	17/24 HORAS

UNIDAD DOCENTE MULTIPROFESIONAL ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA DE BADAJOZ

CENTRO DE SALUD RURAL			
TIPO DE GUARDIA (Nº/MES)		DISPOSITIVO	TOTAL HORAS/MES
PRIMER AÑO DE RESIDENCIA			
OBLIGATORIAS	GUARDIA RURAL* Mínimo: 2 guardias Máximo: 3 guardias (opcional) Horario: de 15:00 a 08:00 horas diario Horario: de 08:00 a 08:00 horas festivos	CENTRO DE SALUD	34-72 HORAS Guardias de 17/24 horas
EXTRA	GUARDIA RURAL 1 guardia Horario: de 15:00 a 08:00 horas diario Horario: de 08:00 a 08:00 horas festivos	CENTRO DE SALUD	17/24 HORAS
SEGUNDO AÑO DE RESIDENCIA			
OBLIGATORIAS	GUARDIA RURAL 2 guardias Horario: de 15:00 a 08:00 horas diario Horario: de 08:00 a 08:00 hora festivos	CENTRO DE SALUD	34-48 HORAS Guardias de 17/24 horas
	EMERGENCIAS URBANO/RURAL 1 guardia 5/6 guardias (año) en Badajoz 5/6 guardias (año) Jerez Caballeros Horario Badajoz: de 09:30 a 09:30 horas Horario Jerez Caballeros: de 10:00 a 10:00 h.	UME 112 Badajoz Jerez de los Caballeros	24 HORAS
	PUAC O GUARDIA RURAL 1 guardia Horario: de 15:00 a 08:00 horas diario Horario: de 08:00 a 08:00 hora festivos	PUAC BADAJOZ <i>(elige en su lugar)</i> CENTRO SALUD <i>(elige en último lugar)</i>	17/24 HORAS
EXTRA	GUARDIA RURAL 1 guardia Horario: de 15:00 a 08:00 horas diario Horario: de 08:00 a 08:00 horas festivos	CENTRO DE SALUD	17/24 HORAS

4.3. PROTOCOLO DE SUPERVISIÓN DE LA ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Introducción

La supervisión de Residentes queda definida en el 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 (BOE núm. 45 del 21 febrero 2008).

Cada comunidad desarrolla un protocolo de supervisión que se aplica en todos los dispositivos de formación por los que cada EIR pasa en los dos años de residencia, donde quedan definidos los niveles de responsabilidad y autonomía. La figura del tutor es quien se encarga de velar para que el programa de formación de la Especialidad se cumpla, así como de resolver los posibles problemas que puedan ir surgiendo.

Según esto, se definen 3 niveles de autonomía:

Nivel 1.	El residente ha visto o ha ayudado a determinadas actuaciones, pero no tiene experiencia propia.
Nivel 2.	El enfermero residente tiene un extenso conocimiento pero no alcanza la experiencia suficiente para hacer un manejo completo de forma independiente.
Nivel 3.	Las habilidades adquiridas permiten al enfermero residente llevar a cabo actuaciones de manera independiente, sin necesidad de tutela directa, teniendo a su disposición en cualquier caso la posibilidad de consultar al especialista responsable (tutela indirecta).

Y tres de responsabilidad:

Nivel 1.	Son actividades a realizar por los especialistas y observadas o asistidas por el enfermero residente.
Nivel 2.	Son actividades realizadas directamente por el residente bajo la supervisión del tutor o de un facultativo responsable.
Nivel 3.	Son actividades realizadas directamente por el residente, sin necesidad de tutela directa. El residente hace y luego informa.

1º AÑO DE RESIDENCIA		
Actividad	Nivel de Autonomía	Nivel de responsabilidad
En el ámbito de la Atención Primaria (I, II)	2	2
En el ámbito de la Atención Hospitalaria	1	1
En el ámbito de la Atención Primaria (II, III)	1	1
En el ámbito de Urgencias (guardias)	2	2
2º AÑO DE RESIDENCIA		
En el ámbito de Servicios Centrales, Salud Pública y otros	3	3
En el ámbito de la Salud Mental	2	2
En el ámbito de la Atención Primaria (II, III)	2	3
En el ámbito de Urgencias (guardias)	3	3

Estos niveles de autonomía y responsabilidad serán matizados por el tutor especialista que determinará, en función de la madurez formativa del residente y la complejidad de la actividad a desarrollar, el nivel de supervisión requerido en cada momento.

DOCUMENTOS DE AYUDA A LA EVALUACIÓN

5.1 REGISTRO DE ACTIVIDADES. AYUDA PARA LA AUTOFORMACIÓN

1. Aprendizaje de campo:
 - a) Rotaciones
 - b) Atención Continuada/Guardias
2. Cursos
3. Asistencia a sesiones clínicas
4. Asistencia a jornadas/congresos
5. Sesiones clínicas impartidas
6. Intervenciones comunitarias
7. Actividades científicas e investigadoras

5.2 DOCUMENTOS DE EVALUACIÓN

1. Entrevista Tutorización
2. Otras actividades de interés
3. Incidentes críticos
4. Informe de autorreflexión
5. Informe de reflexión sobre el aprendizaje en estancias formativas/rotaciones.

PRIMER AÑO DE RESIDENCIA

5.1 REGISTRO DE ACTIVIDADES. AYUDA PARA LA AUTOFORMACIÓN**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 (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 CONSULTA CON TUTOR		Ubicación Centro de salud adscrito.
Fecha de inicio Fecha inicio.	Fecha de fin Fecha fin.	Periodo total de la rotación Duración de la rotación.
Nombre Tutor Nombre del tutor.		Institución Elija un elemento.
Competencias Trabajadas Breve descripción de las competencias trabajadas.		
Calificación Se asigna en la evaluación anual.		VºBº Tutor Nombre del tutor.

ROTACIÓN Dispositivo de rotación.		Ubicación Centro donde está ubicado el dispositivo.
Fecha de inicio Fecha inicio.	Fecha de fin Fecha fin.	Periodo total de la rotación Duración de la rotación.
Colaborador Docente Nombre del colaborador docente.		Institución Elija un elemento.
Competencias Trabajadas Breve descripción de las competencias trabajadas.		
Calificación Se asigna en la evaluación anual.		VºBº Tutor Nombre del tutor.

ROTACIÓN Dispositivo de rotación.		Ubicación Centro donde está ubicado el dispositivo.
Fecha de inicio Fecha inicio.	Fecha de fin Fecha fin.	Periodo total de la rotación Duración de la rotación.
Colaborador Docente Nombre del colaborador docente.		Institución Elija un elemento.
Competencias Trabajadas Breve descripción de las competencias trabajadas.		
Calificación Se asigna en la evaluación anual.		VºBº Tutor Nombre del tutor.

ROTACIÓN Dispositivo de rotación.		Ubicación Centro donde está ubicado el dispositivo.
Fecha de inicio Fecha inicio.	Fecha de fin Fecha fin.	Periodo total de la rotación Duración de la rotación.
Colaborador Docente Nombre del colaborador docente.		Institución Elija un elemento.
Competencias Trabajadas Breve descripción de las competencias trabajadas.		
Calificación Se asigna en la evaluación anual.		VºBº Tutor Nombre del tutor.

ROTACIÓN Dispositivo de rotación.		Ubicación Centro donde está ubicado el dispositivo.
Fecha de inicio Fecha inicio.	Fecha de fin Fecha fin.	Periodo total de la rotación Duración de la rotación.
Colaborador Docente Nombre del colaborador docente.		Institución Elija un elemento.
Competencias Trabajadas Breve descripción de las competencias trabajadas.		
Calificación Se asigna en la evaluación anual.		VºBº Tutor Nombre del tutor.

ROTACIÓN Dispositivo de rotación.		Ubicación Centro donde está ubicado el dispositivo.
Fecha de inicio Fecha inicio.	Fecha de fin Fecha fin.	Periodo total de la rotación Duración de la rotación.
Colaborador Docente Nombre del colaborador docente.		Institución Elija un elemento.
Competencias Trabajadas Breve descripción de las competencias trabajadas.		
Calificación Se asigna en la evaluación anual.		VºBº Tutor Nombre del tutor.

ROTACIÓN dds		Ubicación Centro donde está ubicado el dispositivo.
Fecha de inicio Fecha inicio.	Fecha de fin Fecha fin.	Periodo total de la rotación Duración de la rotación.
Colaborador Docente Nombre del colaborador docente.		Institución Elija un elemento.
Competencias Trabajadas Breve descripción de las competencias trabajadas.		
Calificación Se asigna en la evaluación anual.		VºBº Tutor Nombre del tutor.

ROTACIÓN Dispositivo de rotación.		Ubicación Centro donde está ubicado el dispositivo.
Fecha de inicio Fecha inicio.	Fecha de fin Fecha fin.	Periodo total de la rotación Duración de la rotación.
Colaborador Docente Nombre del colaborador docente.		Institución Elija un elemento.
Competencias Trabajadas Breve descripción de las competencias trabajadas.		
Calificación Se asigna en la evaluación anual.		VºBº Tutor Nombre del tutor.

ROTACIÓN Dispositivo de rotación.		Ubicación Centro donde está ubicado el dispositivo.
Fecha de inicio Fecha inicio.	Fecha de fin Fecha fin.	Periodo total de la rotación Duración de la rotación.
Colaborador Docente Nombre del colaborador docente.		Institución Elija un elemento.
Competencias Trabajadas Breve descripción de las competencias trabajadas.		
Calificación Se asigna en la evaluación anual.		VºBº Tutor Nombre del tutor.

B. ATENCIÓN CONTINUADA Y GUARDIAS PRIMER AÑO

MES	DÍA	INSTITUCIÓN	LUGAR	TUTOR COLABORADOR	HORAS MES
Mayo EIR 1	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	Número total de horas en el mes.
	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	
	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	
Junio EIR 1	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	Número total de horas en el mes.
	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	
	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	
	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	
	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	
	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	
Julio EIR 1	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	Número total de horas en el mes.
	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	
	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	
	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	
	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	
	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	
Agosto EIR 1	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	Número total de horas en el mes.
	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	
	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	
	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	
	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	
	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	
	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	
Septiembre EIR 1	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	Número total de horas en el mes.
	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	
	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	
	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	
	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	
	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	
Octubre EIR 1	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	Número total de horas en el mes.
	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	
	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	

UNIDAD DOCENTE MULTIPROFESIONAL ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA DE BADAJOZ

	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	
	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	
	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	
Noviembre EIR 1	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	Número total de horas en el mes.
	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	
	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	
	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	
	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	
	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	
Diciembre EIR 1	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	Número total de horas en el mes.
	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	
	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	
	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	
	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	
	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	
Enero EIR 1	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	Número total de horas en el mes.
	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	
	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	
	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	
	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	
	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	
Febrero EIR 1	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	Número total de horas en el mes.
	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	
	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	
	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	
	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	
	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	
	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	
Marzo EIR 1	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	Número total de horas en el mes.
	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	
	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	
	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	
	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	
	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	

UNIDAD DOCENTE MULTIPROFESIONAL ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA DE BADAJOZ

Abril EIR 1	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	Número total de horas en el mes.
	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	
	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	
	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	
	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	
	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	
Mayo EIR 1	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	Número total de horas en el mes.
	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	
	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	
	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	
	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	
	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	

Firma del tutor:

Tutor.

CURSOS PRIMER AÑO DE RESIDENCIA

En la evaluación final se requieren un mínimo de **100 horas** durante los dos años de formación, acumulable el exceso de horas del primer año al segundo. En el primer año se establece un **mínimo de 50 horas** para evaluar positivamente.

CURSO O TALLER (EIR 1)	UNIDAD DOCENTE		INSTITUCIÓN ORGANIZADORA	FECHA	HORAS
	SI	NO			
Título de curso o taller (en mayúsculas).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Elija un elemento.	Fecha.	Horas.
Título de curso o taller (en mayúsculas).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Elija un elemento.	Fecha.	Horas.
Título de curso o taller (en mayúsculas).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Elija un elemento.	Fecha.	Horas.
Título de curso o taller (en mayúsculas).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Elija un elemento.	Fecha.	Horas.
Título de curso o taller (en mayúsculas).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Elija un elemento.	Fecha.	Horas.
Título de curso o taller (en mayúsculas).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Elija un elemento.	Fecha.	Horas.
Título de curso o taller (en mayúsculas).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Elija un elemento.	Fecha.	Horas.
Título de curso o taller (en mayúsculas).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Elija un elemento.	Fecha.	Horas.
Título de curso o taller (en mayúsculas).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Elija un elemento.	Fecha.	Horas.
Título de curso o taller (en mayúsculas).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Elija un elemento.	Fecha.	Horas.
Título de curso o taller (en mayúsculas).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Elija un elemento.	Fecha.	Horas.
Título de curso o taller (en mayúsculas).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Elija un elemento.	Fecha.	Horas.
TOTAL DE HORAS EN PRIMER AÑO					Total horas.
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.					

UNIDAD DOCENTE MULTIPROFESIONAL ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA DE BADAJOZ

Título sesión.	Elija un elemento.	Fecha.	Elija un elemento.
Título sesión.	Elija un elemento.	Fecha.	Elija un elemento.
Título sesión.	Elija un elemento.	Fecha.	Elija un elemento.
OTRAS SESIONES CLÍNICAS NO ORGANIZADAS POR LA UNIDAD DOCENTE			
Título sesión.	Elija un elemento.	Fecha.	Elija un elemento.
Título sesión.	Elija un elemento.	Fecha.	Elija un elemento.
Título sesión.	Elija un elemento.	Fecha.	Elija un elemento.
Título sesión.	Elija un elemento.	Fecha.	Elija un elemento.
Título sesión.	Elija un elemento.	Fecha.	Elija un elemento.
Título sesión.	Elija un elemento.	Fecha.	Elija un elemento.
Título sesión.	Elija un elemento.	Fecha.	Elija un elemento.
Título sesión.	Elija un elemento.	Fecha.	Elija un elemento.
Título sesión.	Elija un elemento.	Fecha.	Elija un elemento.
Título sesión.	Elija un elemento.	Fecha.	Elija un elemento.
<p>Firma del tutor</p> <p>Nombre del tutor.</p>			

Observaciones.

ASISTENCIA A JORNADAS Y CONGRESOS PRIMER AÑO

A desarrollar durante los dos 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.	Elija un elemento.	Lugar.	Fecha.
Haga clic aquí para escribir texto.	Elija un elemento.	Lugar.	Fecha.
Haga clic aquí para escribir texto.	Elija un elemento.	Lugar.	Fecha.
Haga clic aquí para escribir texto.	Elija un elemento.	Lugar.	Fecha.
Haga clic aquí para escribir texto.	Elija un elemento.	Lugar.	Fecha.

Firma del tutor:

Tutor.

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	TITULO DE LA SESIÓN IMPARTIDA (EN MAYÚSCULAS).	
Fecha: Fecha. Servicio o unidad Haga clic aquí para escribir texto. Centro Haga clic aquí para escribir texto.	Sesión Organizada por Elija un elemento. Actividad evaluada Elija un elemento.	
Observaciones: Haga clic aquí para escribir texto.	Responsable docente Responsable formación.	

TITULO	TITULO DE LA SESIÓN IMPARTIDA (EN MAYÚSCULAS).	
Fecha: Fecha. Servicio o unidad Haga clic aquí para escribir texto. Centro Haga clic aquí para escribir texto.	Sesión Organizada por Elija un elemento. Actividad evaluada Elija un elemento.	
Observaciones: Haga clic aquí para escribir texto.	Responsable docente Responsable formación.	

UNIDAD DOCENTE MULTIPROFESIONAL ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA DE BADAJOZ

TITULO	TITULO DE LA SESIÓN IMPARTIDA (EN MAYÚSCULAS).	
Fecha: Fecha. Servicio o unidad Haga clic aquí para escribir texto. Centro Haga clic aquí para escribir texto.	Sesión Organizada por Elija un elemento. Actividad evaluada Elija un elemento.	
Observaciones: Haga clic aquí para escribir texto.		Responsable docente Responsable formación.

TITULO	TITULO DE LA SESIÓN IMPARTIDA (EN MAYÚSCULAS).	
Fecha: Fecha. Servicio o unidad Haga clic aquí para escribir texto. Centro Haga clic aquí para escribir texto.	Sesión Organizada por Elija un elemento. Actividad evaluada Elija un elemento.	
Observaciones: Haga clic aquí para escribir texto.		Responsable docente Responsable formación.

TITULO	TITULO DE LA SESIÓN IMPARTIDA (EN MAYÚSCULAS).	
Fecha: Fecha. Servicio o unidad Haga clic aquí para escribir texto. Centro Haga clic aquí para escribir texto.	Sesión Organizada por Elija un elemento. Actividad evaluada Elija un elemento.	
Observaciones: Haga clic aquí para escribir texto.		Responsable docente Responsable formación.

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

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"/>	Especificar.
<p style="text-align: center;">Categoría Elija un elemento.</p>		<p style="text-align: center;">Autoría Elija un elemento.</p>	
<p>TÍTULO DEL TRABAJO TÍTULO DEL TRABAJO PRESENTADO.</p>			<p>Evento Elija un elemento.</p>
<p>Fecha: Fecha.</p>	<p>NOMBRE DEL EVENTO/ORGANIZADOR Escriba aquí lo referente a datos del evento y en su caso referencia del trabajo presentado.</p>		

TRABAJO PRESENTADO			
<input type="checkbox"/>	Publicación	<input type="checkbox"/>	Comunicación Oral
<input type="checkbox"/>	Póster	<input type="checkbox"/>	Especificar.
<p style="text-align: center;">Categoría Elija un elemento.</p>		<p style="text-align: center;">Autoría Elija un elemento.</p>	
<p>TÍTULO DEL TRABAJO TÍTULO DEL TRABAJO PRESENTADO.</p>			<p>Evento Elija un elemento.</p>
<p>Fecha: Fecha.</p>	<p>NOMBRE DEL EVENTO/ORGANIZADOR Escriba aquí lo referente a datos del evento y en su caso referencia del trabajo presentado.</p>		

TRABAJO PRESENTADO	
<input type="checkbox"/> Publicación	<input type="checkbox"/> Comunicación Oral
<input type="checkbox"/> Póster	<input type="checkbox"/> Especificar.
Categoría Elija un elemento.	Autoría Elija un elemento.
TÍTULO DEL TRABAJO TÍTULO DEL TRABAJO PRESENTADO.	
Evento Elija un elemento.	
Fecha: 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"/> Especificar.
Categoría Elija un elemento.	Autoría Elija un elemento.
TÍTULO DEL TRABAJO TÍTULO DEL TRABAJO PRESENTADO.	
Evento Elija un elemento.	
Fecha: 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"/> Especificar.
Categoría Elija un elemento.	Autoría Elija un elemento.
TÍTULO DEL TRABAJO TÍTULO DEL TRABAJO PRESENTADO.	
Evento Elija un elemento.	
Fecha: 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"/>	Especificar.
<p style="text-align: center;">Categoría Elija un elemento.</p>		<p style="text-align: center;">Autoría Elija un elemento.</p>	
<p>TÍTULO DEL TRABAJO TÍTULO DEL TRABAJO PRESENTADO.</p>			<p>Evento Elija un elemento.</p>
<p>Fecha: Fecha.</p>	<p>NOMBRE DEL EVENTO/ORGANIZADOR Escriba aquí lo referente a datos del evento y en su caso referencia del trabajo presentado.</p>		

TRABAJO PRESENTADO			
<input type="checkbox"/>	Publicación	<input type="checkbox"/>	Comunicación Oral
<input type="checkbox"/>	Póster	<input type="checkbox"/>	Especificar.
<p style="text-align: center;">Categoría Elija un elemento.</p>		<p style="text-align: center;">Autoría Elija un elemento.</p>	
<p>TÍTULO DEL TRABAJO TÍTULO DEL TRABAJO PRESENTADO.</p>			<p>Evento Elija un elemento.</p>
<p>Fecha: Fecha.</p>	<p>NOMBRE DEL EVENTO/ORGANIZADOR Escriba aquí lo referente a datos del evento y en su caso referencia del trabajo presentado.</p>		

TRABAJO PRESENTADO			
<input type="checkbox"/>	Publicación	<input type="checkbox"/>	Comunicación Oral
<input type="checkbox"/>	Póster	<input type="checkbox"/>	Especificar.
<p style="text-align: center;">Categoría Elija un elemento.</p>		<p style="text-align: center;">Autoría Elija un elemento.</p>	
<p>TÍTULO DEL TRABAJO TÍTULO DEL TRABAJO PRESENTADO.</p>			<p>Evento Elija un elemento.</p>
<p>Fecha: Fecha.</p>	<p>NOMBRE DEL EVENTO/ORGANIZADOR Escriba aquí lo referente a datos del evento y en su caso referencia del trabajo presentado.</p>		

SEGUNDO AÑO DE RESIDENCIA

5.1 REGISTRO DE ACTIVIDADES. AYUDA PARA LA AUTOFORMACIÓN

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 (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 Centro de salud adscrito.
Fecha de inicio Fecha inicio.	Fecha de fin Fecha fin.	Periodo total de la rotación Duración de la rotación.
Nombre Tutor Nombre del tutor.		Institución Elija un elemento.
Competencias Trabajadas Breve descripción de las competencias trabajadas.		
Calificación Se asigna en la evaluación anual.		VºBº Tutor Nombre del tutor.

ROTACIÓN Dispositivo de rotación.		Ubicación Centro donde está ubicado el dispositivo.
Fecha de inicio Fecha inicio.	Fecha de fin Fecha fin.	Periodo total de la rotación Duración de la rotación.
Colaborador Docente Nombre del colaborador docente.		Institución Elija un elemento.
Competencias Trabajadas Breve descripción de las competencias trabajadas.		
Calificación Se asigna en la evaluación anual.		VºBº Tutor Nombre del tutor.

ROTACIÓN Dispositivo de rotación.		Ubicación Centro donde está ubicado el dispositivo.
Fecha de inicio Fecha inicio.	Fecha de fin Fecha fin.	Periodo total de la rotación Duración de la rotación.
Colaborador Docente Nombre del colaborador docente.		Institución Elija un elemento.
Competencias Trabajadas Breve descripción de las competencias trabajadas.		
Calificación Se asigna en la evaluación anual.		VºBº Tutor Nombre del tutor.

ROTACIÓN Dispositivo de rotación.		Ubicación Centro donde está ubicado el dispositivo.
Fecha de inicio Fecha inicio.	Fecha de fin Fecha fin.	Periodo total de la rotación Duración de la rotación.
Colaborador Docente Nombre del colaborador docente.		Institución Elija un elemento.
Competencias Trabajadas Breve descripción de las competencias trabajadas.		
Calificación Se asigna en la evaluación anual.		VºBº Tutor Nombre del tutor.

ROTACIÓN Dispositivo de rotación.		Ubicación Centro donde está ubicado el dispositivo.
Fecha de inicio Fecha inicio.	Fecha de fin Fecha fin.	Periodo total de la rotación Duración de la rotación.
Colaborador Docente Nombre del colaborador docente.		Institución Elija un elemento.
Competencias Trabajadas Breve descripción de las competencias trabajadas.		
Calificación Se asigna en la evaluación anual.		VºBº Tutor Nombre del tutor.

ROTACIÓN Dispositivo de rotación.		Ubicación Centro donde está ubicado el dispositivo.
Fecha de inicio Fecha inicio.	Fecha de fin Fecha fin.	Periodo total de la rotación Duración de la rotación.
Colaborador Docente Nombre del colaborador docente.		Institución Elija un elemento.
Competencias Trabajadas Breve descripción de las competencias trabajadas.		
Calificación Se asigna en la evaluación anual.		VºBº Tutor Nombre del tutor.

ROTACIÓN Dispositivo de rotación.		Ubicación Centro donde está ubicado el dispositivo.
Fecha de inicio Fecha inicio.	Fecha de fin Fecha fin.	Periodo total de la rotación Duración de la rotación.
Colaborador Docente Nombre del colaborador docente.		Institución Elija un elemento.
Competencias Trabajadas Breve descripción de las competencias trabajadas.		
Calificación Se asigna en la evaluación anual.		VºBº Tutor Nombre del tutor.

ROTACIÓN Dispositivo de rotación.		Ubicación Centro donde está ubicado el dispositivo.
Fecha de inicio Fecha inicio.	Fecha de fin Fecha fin.	Periodo total de la rotación Duración de la rotación.
Colaborador Docente Nombre del colaborador docente.		Institución Elija un elemento.
Competencias Trabajadas Breve descripción de las competencias trabajadas.		
Calificación Se asigna en la evaluación anual.		VºBº Tutor Nombre del tutor.

ROTACIÓN Dispositivo de rotación.		Ubicación Centro donde está ubicado el dispositivo.
Fecha de inicio Fecha inicio.	Fecha de fin Fecha fin.	Periodo total de la rotación Duración de la rotación.
Colaborador Docente Nombre del colaborador docente.		Institución Elija un elemento.
Competencias Trabajadas Breve descripción de las competencias trabajadas.		
Calificación Se asigna en la evaluación anual.		VºBº Tutor Nombre del tutor.

B. ATENCIÓN CONTINUADA Y GUARDIAS SEGUNDO AÑO

MES	DÍA	INSTITUCIÓN	LUGAR	TUTOR COLABORADOR	HORAS MES
Mayo EIR 2	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	Número total de horas en el mes.
	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	
	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	
Junio EIR 2	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	Número total de horas en el mes.
	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	
	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	
	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	
	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	
	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	
Julio EIR 2	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	Número total de horas en el mes.
	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	
	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	
	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	
	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	
	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	
Agosto EIR 2	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	Número total de horas en el mes.
	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	
	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	
	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	
	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	
	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	
	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	
Septiembre EIR 2	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	Número total de horas en el mes.
	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	
	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	
	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	
	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	
	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	
Octubre EIR 2	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	Número total de horas en el mes.
	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	
	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	

UNIDAD DOCENTE MULTIPROFESIONAL ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA DE BADAJOZ

	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	
	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	
	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	
Noviembre EIR 2	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	Número total de horas en el mes.
	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	
	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	
	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	
	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	
	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	
Diciembre EIR 2	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	Número total de horas en el mes.
	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	
	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	
	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	
	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	
	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	
Enero EIR 2	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	Número total de horas en el mes.
	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	
	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	
	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	
	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	
	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	
Febrero EIR 2	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	Número total de horas en el mes.
	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	
	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	
	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	
	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	
	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	
	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	
Marzo EIR 2	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	Número total de horas en el mes.
	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	
	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	
	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	
	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	
	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	

UNIDAD DOCENTE MULTIPROFESIONAL ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA DE BADAJOZ

Abril EIR 2	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	Número total de horas en el mes.
	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	
	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	
	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	
	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	
	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	
Mayo EIR 2	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	Número total de horas en el mes.
	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	
	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	
	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	
	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	
	Fecha.	Elija un elemento.	Referenciar.	Nombre colaborador.	

Firma del tutor:

Tutor.

CURSOS SEGUNDO AÑO DE RESIDENCIA

En la evaluación final se requieren un mínimo de **100 horas** durante los dos años de formación, acumulable el exceso de horas del primer año al segundo. En el primer año se establece un **mínimo de 50 horas** para evaluar positivamente.

CURSO O TALLER (EIR 2)	UNIDAD DOCENTE		INSTITUCIÓN ORGANIZADORA	FECHA	HORAS
	SI	NO			
Título de curso o taller (en mayúsculas).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Elija un elemento.	Fecha.	Horas.
Título de curso o taller (en mayúsculas).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Elija un elemento.	Fecha.	Horas.
Título de curso o taller (en mayúsculas).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Elija un elemento.	Fecha.	Horas.
Título de curso o taller (en mayúsculas).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Elija un elemento.	Fecha.	Horas.
Título de curso o taller (en mayúsculas).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Elija un elemento.	Fecha.	Horas.
Título de curso o taller (en mayúsculas).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Elija un elemento.	Fecha.	Horas.
Título de curso o taller (en mayúsculas).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Elija un elemento.	Fecha.	Horas.
Título de curso o taller (en mayúsculas).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Elija un elemento.	Fecha.	Horas.
Título de curso o taller (en mayúsculas).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Elija un elemento.	Fecha.	Horas.
Título de curso o taller (en mayúsculas).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Elija un elemento.	Fecha.	Horas.
Título de curso o taller (en mayúsculas).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Elija un elemento.	Fecha.	Horas.
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.					Total horas.

UNIDAD DOCENTE MULTIPROFESIONAL ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA DE BADAJOZ

Título sesión.	Elija un elemento.	Fecha.	Elija un elemento.
Título sesión.	Elija un elemento.	Fecha.	Elija un elemento.
Título sesión.	Elija un elemento.	Fecha.	Elija un elemento.
OTRAS SESIONES CLÍNICAS NO ORGANIZADAS POR LA UNIDAD DOCENTE			
Título sesión.	Elija un elemento.	Fecha.	Elija un elemento.
Título sesión.	Elija un elemento.	Fecha.	Elija un elemento.
Título sesión.	Elija un elemento.	Fecha.	Elija un elemento.
Título sesión.	Elija un elemento.	Fecha.	Elija un elemento.
Título sesión.	Elija un elemento.	Fecha.	Elija un elemento.
Título sesión.	Elija un elemento.	Fecha.	Elija un elemento.
Título sesión.	Elija un elemento.	Fecha.	Elija un elemento.
Título sesión.	Elija un elemento.	Fecha.	Elija un elemento.
Título sesión.	Elija un elemento.	Fecha.	Elija un elemento.
Título sesión.	Elija un elemento.	Fecha.	Elija un elemento.
<p>Firma del tutor</p> <p>Nombre del tutor.</p>			

Observaciones.

ASISTENCIA A JORNADAS Y CONGRESOS SEGUNDO AÑO

A desarrollar durante los dos 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.	Elija un elemento.	Lugar.	Fecha.
Haga clic aquí para escribir texto.	Elija un elemento.	Lugar.	Fecha.
Haga clic aquí para escribir texto.	Elija un elemento.	Lugar.	Fecha.
Haga clic aquí para escribir texto.	Elija un elemento.	Lugar.	Fecha.
Haga clic aquí para escribir texto.	Elija un elemento.	Lugar.	Fecha.

Firma del tutor:

Tutor.

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	TITULO DE LA SESIÓN IMPARTIDA (EN MAYÚSCULAS).	
Fecha: Fecha. Servicio o unidad Haga clic aquí para escribir texto. Centro Haga clic aquí para escribir texto.	Sesión Organizada por Elija un elemento. Actividad evaluada Elija un elemento.	
Observaciones: Haga clic aquí para escribir texto.	Responsable docente Responsable formación.	

TITULO	TITULO DE LA SESIÓN IMPARTIDA (EN MAYÚSCULAS).	
Fecha: Fecha. Servicio o unidad Haga clic aquí para escribir texto. Centro Haga clic aquí para escribir texto.	Sesión Organizada por Elija un elemento. Actividad evaluada Elija un elemento.	
Observaciones: Haga clic aquí para escribir texto.	Responsable docente Responsable formación.	

UNIDAD DOCENTE MULTIPROFESIONAL ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA DE BADAJOZ

TITULO	TITULO DE LA SESIÓN IMPARTIDA (EN MAYÚSCULAS).	
Fecha: Fecha. Servicio o unidad Haga clic aquí para escribir texto. Centro Haga clic aquí para escribir texto.	Sesión Organizada por Elija un elemento. Actividad evaluada Elija un elemento.	
Observaciones: Haga clic aquí para escribir texto.		Responsable docente Responsable formación.

TITULO	TITULO DE LA SESIÓN IMPARTIDA (EN MAYÚSCULAS).	
Fecha: Fecha. Servicio o unidad Haga clic aquí para escribir texto. Centro Haga clic aquí para escribir texto.	Sesión Organizada por Elija un elemento. Actividad evaluada Elija un elemento.	
Observaciones: Haga clic aquí para escribir texto.		Responsable docente Responsable formación.

TITULO	TITULO DE LA SESIÓN IMPARTIDA (EN MAYÚSCULAS).	
Fecha: Fecha. Servicio o unidad Haga clic aquí para escribir texto. Centro Haga clic aquí para escribir texto.	Sesión Organizada por Elija un elemento. Actividad evaluada Elija un elemento.	
Observaciones: Haga clic aquí para escribir texto.		Responsable docente Responsable formación.

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

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"/>	Especificar.
<p style="text-align: center;">Categoría Elija un elemento.</p>		<p style="text-align: center;">Autoría Elija un elemento.</p>	
<p>TÍTULO DEL TRABAJO TÍTULO DEL TRABAJO PRESENTADO.</p>			<p>Evento Elija un elemento.</p>
<p>Fecha: Fecha.</p>	<p>NOMBRE DEL EVENTO/ORGANIZADOR Escriba aquí lo referente a datos del evento y en su caso referencia del trabajo presentado.</p>		

TRABAJO PRESENTADO			
<input type="checkbox"/>	Publicación	<input type="checkbox"/>	Comunicación Oral
<input type="checkbox"/>	Póster	<input type="checkbox"/>	Especificar.
<p style="text-align: center;">Categoría Elija un elemento.</p>		<p style="text-align: center;">Autoría Elija un elemento.</p>	
<p>TÍTULO DEL TRABAJO TÍTULO DEL TRABAJO PRESENTADO.</p>			<p>Evento Elija un elemento.</p>
<p>Fecha: Fecha.</p>	<p>NOMBRE DEL EVENTO/ORGANIZADOR Escriba aquí lo referente a datos del evento y en su caso referencia del trabajo presentado.</p>		

TRABAJO PRESENTADO			
<input type="checkbox"/>	Publicación	<input type="checkbox"/>	Comunicación Oral
<input type="checkbox"/>	Póster	<input type="checkbox"/>	Especificar.
<p style="text-align: center;">Categoría Elija un elemento.</p>		<p style="text-align: center;">Autoría Elija un elemento.</p>	
<p>TÍTULO DEL TRABAJO TÍTULO DEL TRABAJO PRESENTADO.</p>			<p>Evento Elija un elemento.</p>
<p>Fecha: Fecha.</p>	<p>NOMBRE DEL EVENTO/ORGANIZADOR Escriba aquí lo referente a datos del evento y en su caso referencia del trabajo presentado.</p>		

TRABAJO PRESENTADO			
<input type="checkbox"/>	Publicación	<input type="checkbox"/>	Comunicación Oral
<input type="checkbox"/>	Póster	<input type="checkbox"/>	Especificar.
<p style="text-align: center;">Categoría Elija un elemento.</p>		<p style="text-align: center;">Autoría Elija un elemento.</p>	
<p>TÍTULO DEL TRABAJO TÍTULO DEL TRABAJO PRESENTADO.</p>			<p>Evento Elija un elemento.</p>
<p>Fecha: Fecha.</p>	<p>NOMBRE DEL EVENTO/ORGANIZADOR Escriba aquí lo referente a datos del evento y en su caso referencia del trabajo presentado.</p>		

TRABAJO PRESENTADO			
<input type="checkbox"/>	Publicación	<input type="checkbox"/>	Comunicación Oral
<input type="checkbox"/>	Póster	<input type="checkbox"/>	Especificar.
<p style="text-align: center;">Categoría Elija un elemento.</p>		<p style="text-align: center;">Autoría Elija un elemento.</p>	
<p>TÍTULO DEL TRABAJO TÍTULO DEL TRABAJO PRESENTADO.</p>			<p>Evento Elija un elemento.</p>
<p>Fecha: Fecha.</p>	<p>NOMBRE DEL EVENTO/ORGANIZADOR Escriba aquí lo referente a datos del evento y en su caso referencia del trabajo presentado.</p>		

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

5.2. DOCUMENTOS DE EVALUACIÓN

AYUDA PARA EL TUTOR EN LA EVALUACIÓN

Resolución de 21 de marzo de 2018, de la Dirección General de Ordenación Profesional, por la que se aprueban las directrices básicas que deben contener los documentos acreditativos de las evaluaciones de los especialistas en formación (BOE, jueves 19 de abril de 2018)

Se establecen los siguientes criterios evaluativos que ponderen la calificación anual y final del residente:

MEDICINA y ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Rotaciones: evaluación continuada de habilidades y actitudes		65%
Documento: Informe de Evaluación de Rotación		
	Publicaciones, Comunicación Oral y/o Póster	
Actividades Complementarias	Asistencia curso/taller	10%
	Ponente curso/taller	
	Ponente en Sesiones	
	Participación en proyectos de investigación	
Calificación del tutor		
Documento: Informe de Evaluación Anual del Tutor (apartado C)		25%
Entrevista tutor/residente (4 al año)		
Actividades de obligado cumplimiento		
Comisión de Evaluación		5%
Documento: Evaluación Global Anual por el Comité de Evaluación		

EVALUACIÓN FINAL DEL PERIODO DE RESIDENCIA POR EL COMITÉ DE EVALUACIÓN

El comité de evaluación decide la calificación final del residente basándose en los resultados de las Evaluaciones Anuales.

Se ponderará las evaluaciones anuales para el cálculo de la evaluación final de acuerdo a la progresiva asunción de las responsabilidades inherentes al ejercicio de la especialidad que el residente asume a medida que progresa en su formación. Para calcular la medida ponderada se utilizarán los siguientes criterios.

Duración de la especialidad	Año de formación	Nota Anual	Ponderación de la evaluación anual
EIR (2 años)	R1	40%
	R2	60%

La calificación de la evaluación final del Comité de Evaluación será:

EVALUACIÓN FINAL

Cuantitativa

< 5

Entre 5 y 7,5

>7,5 hasta 10

Cualitativa

NEGATIVA: cuando el residente no haya alcanzado el nivel mínimo exigible para obtener el título de especialista. No podrá evaluarse negativamente a aquellos especialistas en formación que hayan obtenido una evaluación positiva en todos los años del periodo de residencia.

POSITIVA: cuando el residente ha adquirido el nivel de competencias previsto en el programa oficial de su especialidad, lo que permite acceso al título de especialista.

POSITIVA DESTACADA: cuando el residente ha adquirido el nivel de competencias previsto en el programa oficial de su especialidad y ha destacado por encima de la media de los residentes de su especialidad, de su promoción o de promociones anteriores.

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...)

R1	Fecha	Lugar	Duración
1º	Fecha.	Haga clic aquí para escribir texto.	Tiempo dedicado.
2º	Fecha.	Haga clic aquí para escribir texto.	Tiempo dedicado.
3º	Fecha.	Haga clic aquí para escribir texto.	Tiempo dedicado.
4º	Fecha.	Haga clic aquí para escribir texto.	Tiempo dedicado.

Firma del tutor

Haga clic aquí para escribir texto.

R2	Fecha	Lugar	Duración
1º	Fecha.	Haga clic aquí para escribir texto.	Tiempo dedicado.
2º	Fecha.	Haga clic aquí para escribir texto.	Tiempo dedicado.
3º	Fecha.	Haga clic aquí para escribir texto.	Tiempo dedicado.
4º	Fecha.	Haga clic aquí para escribir texto.	Tiempo dedicado.

Firma del tutor

Haga clic aquí para escribir texto.

INFORME DE ENTREVISTA DE TUTORIZACIÓN CONTINUADA (R1)

Centro de Salud	Haga clic aquí para escribir texto.		
Tutor/a	Haga clic aquí para escribir texto.		
Residente	Haga clic aquí para escribir texto.		
Fecha	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	Fecha.	MES	Próximo mes programado.
ASPECTOS POSITIVOS DEL TRABAJO DESARROLLADO Haga clic aquí para escribir texto.			
ASPECTOS A MEJORAR, COMPROMISOS Haga clic aquí para escribir texto.			

Firma Tutor

Haga clic aquí para escribir texto.

Firma Residente

Haga clic aquí para escribir texto.

INFORME DE ENTREVISTA DE TUTORIZACIÓN CONTINUADA (R1)

Centro de Salud	Haga clic aquí para escribir texto.		
Tutor/a	Haga clic aquí para escribir texto.		
Residente	Haga clic aquí para escribir texto.		
Fecha	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	Fecha.	MES	Próximo mes programado.
ASPECTOS POSITIVOS DEL TRABAJO DESARROLLADO Haga clic aquí para escribir texto.			
ASPECTOS A MEJORAR, COMPROMISOS Haga clic aquí para escribir texto.			

Firma Tutor

Haga clic aquí para escribir texto.

Firma Residente

Haga clic aquí para escribir texto.

INFORME DE ENTREVISTA DE TUTORIZACIÓN CONTINUADA (R1)

Centro de Salud	Haga clic aquí para escribir texto.		
Tutor/a	Haga clic aquí para escribir texto.		
Residente	Haga clic aquí para escribir texto.		
Fecha	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	Fecha.	MES	Próximo mes programado.
ASPECTOS POSITIVOS DEL TRABAJO DESARROLLADO Haga clic aquí para escribir texto.			
ASPECTOS A MEJORAR, COMPROMISOS Haga clic aquí para escribir texto.			

Firma Tutor

Haga clic aquí para escribir texto.

Firma Residente

Haga clic aquí para escribir texto.

INFORME DE ENTREVISTA DE TUTORIZACIÓN CONTINUADA (R1)			
Centro de Salud	Haga clic aquí para escribir texto.		
Tutor/a	Haga clic aquí para escribir texto.		
Residente	Haga clic aquí para escribir texto.		
Fecha	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	Fecha.	MES	Próximo mes programado.
ASPECTOS POSITIVOS DEL TRABAJO DESARROLLADO Haga clic aquí para escribir texto.			
ASPECTOS A MEJORAR, COMPROMISOS Haga clic aquí para escribir texto.			

Firma Tutor
Haga clic aquí para escribir texto.

Firma Residente
Haga clic aquí para escribir texto.

INFORME DE ENTREVISTA DE TUTORIZACIÓN CONTINUADA (R2)

Centro de Salud	Haga clic aquí para escribir texto.		
Tutor/a	Haga clic aquí para escribir texto.		
Residente	Haga clic aquí para escribir texto.		
Fecha	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	Fecha.	MES	Próximo mes programado.
ASPECTOS POSITIVOS DEL TRABAJO DESARROLLADO Haga clic aquí para escribir texto.			
ASPECTOS A MEJORAR, COMPROMISOS Haga clic aquí para escribir texto.			

Firma Tutor

Haga clic aquí para escribir texto.

Firma Residente

Haga clic aquí para escribir texto.

INFORME DE ENTREVISTA DE TUTORIZACIÓN CONTINUADA (R2)

Centro de Salud	Haga clic aquí para escribir texto.		
Tutor/a	Haga clic aquí para escribir texto.		
Residente	Haga clic aquí para escribir texto.		
Fecha	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	Fecha.	MES	Próximo mes programado.
ASPECTOS POSITIVOS DEL TRABAJO DESARROLLADO Haga clic aquí para escribir texto.			
ASPECTOS A MEJORAR, COMPROMISOS Haga clic aquí para escribir texto.			

Firma Tutor
Haga clic aquí para escribir texto.

Firma Residente
Haga clic aquí para escribir texto.

INFORME DE ENTREVISTA DE TUTORIZACIÓN CONTINUADA (R2)

Centro de Salud	Haga clic aquí para escribir texto.		
Tutor/a	Haga clic aquí para escribir texto.		
Residente	Haga clic aquí para escribir texto.		
Fecha	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	Fecha.	MES	Próximo mes programado.
ASPECTOS POSITIVOS DEL TRABAJO DESARROLLADO Haga clic aquí para escribir texto.			
ASPECTOS A MEJORAR, COMPROMISOS Haga clic aquí para escribir texto.			

Firma Tutor
Haga clic aquí para escribir texto.

Firma Residente
Haga clic aquí para escribir texto.

INFORME DE ENTREVISTA DE TUTORIZACIÓN CONTINUADA (R2)

Centro de Salud	Haga clic aquí para escribir texto.		
Tutor/a	Haga clic aquí para escribir texto.		
Residente	Haga clic aquí para escribir texto.		
Fecha	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	Fecha.	MES	Próximo mes programado.
ASPECTOS POSITIVOS DEL TRABAJO DESARROLLADO Haga clic aquí para escribir texto.			
ASPECTOS A MEJORAR, COMPROMISOS Haga clic aquí para escribir texto.			

Firma Tutor

Haga clic aquí para escribir texto.

Firma Residente

Haga clic aquí para escribir texto.

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.

ANEXOS

Informes de Evaluación

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

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).

- Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería.
- Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria.
- 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.
- Resolución de 21 de marzo de 2018, de la Dirección General de Ordenación Profesional, por la que se aprueban las directrices básicas que deben contener los documentos acreditativos de las evaluaciones de los especialistas en formación.

EL LIBRO DEL ESPECIALISTA EN FORMACIÓN SE COMPLEMENTA CON EL DOCUMENTO DE AUTOEVALUACIÓN QUE SE PRESENTA COMO MÉTODO EN ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS DURANTE EL PERIODO DE FORMACIÓN

SAMUEL BOBADILLA GÓMEZ
PRESIDENTE DE LA SUBCOMISIÓN DE ENFERMERÍA
UDMAFYC BADAJOZ

NOTAS A LA EVALUACIÓN ANUAL Y FINAL

PRIMER AÑO DE RESIDENCIA

A cumplimentar por el presidente de la subcomisión.

SEGUNDO AÑO DE RESIDENCIA

A cumplimentar por el presidente de la subcomisión.

EVALUACIÓN FINAL

A cumplimentar por el comité de evaluación.

Firma Presidente Subcomisión
Haga clic aquí para escribir texto.

ANEXOS
Documentos de interés y complementarios a la
evaluación

INFORMEN RESUMEN DE LA GUÍA DE COMPETENCIAS

AÑO DE RESIDENCIA	<input type="checkbox"/> EIR 1 <input type="checkbox"/> EIR 2	FECHA DE CUMPLIMENTACIÓN	Haga clic aquí para escribir una fecha.
--------------------------	---	---------------------------------	---

¿QUÉ ME FALTA POR APRENDER? (Objetivos de aprendizaje)

Haga clic aquí para escribir texto.

¿CÓMO LO VOY A APRENDER? y ¿QUÉ VOY A HACER PARA APRENDERLO? (Plan de aprendizaje)

Haga clic aquí para escribir texto.

Firma del Residente	Firma del Tutor
Haga clic aquí para escribir texto.	Haga clic aquí para escribir texto.

INFORMEN RESUMEN DE LA GUÍA DE COMPETENCIAS

AÑO DE RESIDENCIA	<input type="checkbox"/> EIR 1 <input type="checkbox"/> EIR 2	FECHA DE CUMPLIMENTACIÓN	Haga clic aquí para escribir una fecha.
--------------------------	---	---------------------------------	---

¿QUÉ ME FALTA POR APRENDER? (Objetivos de aprendizaje)

Haga clic aquí para escribir texto.

¿CÓMO LO VOY A APRENDER? y ¿QUÉ VOY A HACER PARA APRENDERLO? (Plan de aprendizaje)

Haga clic aquí para escribir texto.

Firma del Residente	Firma del Tutor
Haga clic aquí para escribir texto.	Haga clic aquí para escribir texto.

INFORME DE AUTORREFLEXIÓN SOBRE EL APRENDIZAJE EN ESTANCIAS FORMATIVAS/ROTACIONES

Rotación: Dispositivo o unidad de rotación.	
Fecha de Inicio: Fecha de inicio.	Fecha de conclusión: Fecha de conclusión.
Descripción breve de las actividades durante la estancia formativa	
Haga clic aquí para escribir texto.	
Aspectos positivos en cuanto a contenidos de aprendizaje adquiridos	
Haga clic aquí para escribir texto.	
Aspectos que me faltan por aprender que podría poner en práctica ante una situación similar en el futuro	
Haga clic aquí para escribir texto.	
Cómo lo voy a aprender (Planificación del aprendizaje)	
Haga clic aquí para escribir texto.	
Comentario del residente sobre la estancia formativa en general	
Haga clic aquí para escribir texto.	

Modelo reproducible para demás estancias formativas y periodo de rotaciones (se adjunta anexo en su caso).

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
FIN DE ESPECIALIZACIÓN**

La justificación del Proyecto de Investigación al fin de la Especialización se basa en el apartado 9:

Competencias en Investigación del Programa Oficial de la Especialidad, donde se define la Capacidad para: a) Basar su práctica clínica y la de los equipos que lidera en la mejor evidencia disponible. b) Generar conocimiento científico. c) Difundir el conocimiento científico.

Así los resultados de aprendizaje en este apartado vienen definidos por el diseño, desarrollo y elaboración de proyectos de investigación, especialmente los que estén vinculados con la especialidad.

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



**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

samuel.bobadilla@salud-juntaex.es

SAMUEL BOBADILLA GÓMEZ
PRESIDENTE DE LA SUBCOMISIÓN

