

CARTA COMPROMISO RESIDENTE DE NUEVO INGRESO

Guadalajara, Jal. A ____ de _____ del _____.

Dr Juan Manuel Carranza Rosales
Coordinador Clínico de Educación
e Investigación en Salud
Hospital General de Zona No 89 "Chapultepec"

Por este medio manifiesto mi compromiso de cumplir con lo estipulado en el "*Procedimiento para la evaluación del aprendizaje de los médicos residentes en periodo de adiestramiento en una especialidad*" y el "*Procedimiento para la elaboración de programas académicos y operativos de los cursos de especialización médica*", que se encuentran disponibles para su consulta en <http://educacionensalud.imss.gob.mx/es/programas-educativos/normatividad>

Así mismo he recibido, leído, comprendido y me comprometo a cumplir con lo establecido en:

- El programa operativo y académico de mi especialidad.
- El reglamento de médicos residentes del contrato colectivo de trabajo del SNTSS-IMSS
- El reglamento interno del HGZ 89.
- El Código de Conducta y de Prevención de Conflictos de Interés de las y los Servidores Públicos del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- La Guía de lenguaje incluyente
- Los programas e iniciativas del IMSS que se llevan a cabo en el HGZ 89
- Las normativas y guías de práctica clínica aplicables para mi residencia médica.
- Proceso de prevención de infecciones para las personas con covid-19 (enfermedad por sars-cov-2). Contactos y personal de salud
- Lo establecido en el material de apoyo para la atención de COVID19 que se puede consultar en:

http://educacionensalud.imss.gob.mx/es/coronavirus/equipos_de_respuesta

- Los cursos en línea referentes a la enfermedad por COVID19.

Conozco y acepto los riesgos de iniciar mi residencia médica en un hospital en el entorno actual de la pandemia por SARS-CoV-2 (COVID-19)

Solicito también me incluyan en un grupo de whatsapp para recibir información y mantener una comunicación estrecha con la Coordinación de Educación e Investigación en Salud de ésta sede, siguiendo las normas de etiqueta para la comunicación por redes sociales..

ATENTAMENTE

Nombre y Firma de compromiso
Médico Residente