



ANEXO 1

Aviso de privacidad integral de uso de datos de residentes



Aviso de privacidad integral de uso de datos de residentes

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) a través de la Coordinación de Educación en Salud con domicilio en Av. Cuauhtémoc, No. 330, Col. Doctores, Del. Cuauhtémoc, C.P. 06720, Ciudad de México es responsable del tratamiento de los datos personales que nos proporcione, los cuales serán protegidos conforme a lo dispuesto por la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, y demás normatividad que resulte aplicable.

¿Qué datos personales se recaban y para qué finalidad?

Los datos personales que se recaban corresponden a las necesidades específicas de información en adscripción e ingreso para aspirantes a residencias médicas o estomatológicas y sus procesos de educación.

Estos datos son recabados durante el proceso de registro de cursos de especialización médica o estomatológica del IMSS, así como al momento de recibir atención por personal del equipo de educación del Instituto y sus distintas Unidades formadoras de residentes.

También pueden recabarse durante la evaluación de los programas en educación y las acciones de evaluación institucional, a través de encuestas u otras técnicas, de manera presencial o remota vía telefónica, correo electrónico o mediante plataformas institucionales.

Los datos que se recaban son considerados como sensibles, toda vez que están relacionados con aspectos íntimos de su titular y son los siguientes:

Fecha y hora en que se otorga el servicio, ficha de identificación (nombre, edad, fecha y lugar de nacimiento, sexo, estado civil, domicilio, número de hijos, tallas de ropa, números de emergencia) antecedentes académicos (Constancia de Seleccionado del XLII ENARM, Constancia o Certificado de calificaciones de la carrera, Constancia de Internado de Pregrado, Constancia de Servicio Social o Constancia de Liberación de Servicio Social) registros de población (Acta de Nacimiento, CURP, nacionalidad, datos del país de origen), antecedentes profesionales (Cédula Profesional, Título Profesional de médico), actividad docente (nombramientos, comprobantes de pago de la institución, comprobante de antigüedad), actividad científica (artículos publicados), en caso de ser trabajador de base del IMSS, último tarjetón de pago (quincena vigente), nombramiento definitivo de base y Propuesta para ocupación definitiva de plaza vacante (BT09), en caso de ser hijo de trabajador del IMSS (activo o jubilado), último tarjetón de pago del padre o de la madre (quincena actual), en caso de ser extranjero constancia de solvencia económica dónde deberá de probar a satisfacción al IMSS la percepción periódica e ininterrumpida de medios económicos para tu sostenimiento y documentos Migratorios (Pasaporte, Visa y forma FM3)



Sus datos personales serán utilizados para ofrecerle acciones de registro, selección y asignación de sede de residencia médica en caso de ser seleccionado.

También son útiles para realizar evaluación de programas institucionales en educación, que redunden en una mejor toma de decisiones, planificación y evaluación de políticas en educación en salud.

Fundamento para el tratamiento de datos personales

El IMSS trata los datos antes señalados con fundamento en los artículos 6 y 8 del Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social que se encuentran protegidos en términos de los artículos 31, 33 y 42 de la “Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados” y el artículo 111 A de la Ley del Seguro Social.

NORMA Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, Educación en Salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas, que tienen por objeto regular la organización y funcionamiento de residencias médicas, en las Unidades Médicas receptoras de residentes de las instituciones del Sistema Nacional de Salud.

Asimismo, se manejan los datos como se especifica en:

- El procedimiento para el registro selección, adscripción e ingreso de médicos mexicanos, a los cursos de especialización médica de entrada directa al sistema Institucional de Especialización Médica 2510-003-008 autorizado el 16 de diciembre de 2014.
- El Procedimiento para el concurso de selección y adscripción de ingreso a especialidades médicas de rama 2510-003-014

Transferencia de datos personales.

Se informa que no se realizarán transferencias de datos personales, salvo aquéllas que sean necesarias para atender requerimientos de información de una autoridad competente, que estén debidamente fundados y motivados.

¿Dónde se pueden ejercer los derechos de acceso, corrección/rectificación, cancelación u oposición de datos personales (derechos ARCO)?

Usted podrá ejercer los derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición del tratamiento de sus datos personales ante la Unidad de Transparencia de este Instituto, la cual está ubicada en Av. Paseo de la Reforma, No. 476, Col. Juárez, Del. Cuauhtémoc, C.P. 06600, Ciudad de México, o bien a través de la Plataforma Nacional de Transparencia en la página: <http://www.plataformadetransparencia.org.mx> o en el correo electrónico unidad.enlace@imss.gob.mx

Cambios al aviso de privacidad

En caso de que exista un cambio de este aviso de privacidad, lo haremos de su conocimiento de manera presencial en las instalaciones del Instituto. Para más información acerca del tratamiento de sus datos y de los derechos que puede hacer valer, usted podrá consultar el aviso de privacidad que se encuentra publicado en <http://educacionensalud.imss.gob.mx>.



ANEXO 2

Aviso de privacidad de uso de datos de residentes simplificado



Aviso de privacidad de uso de datos de residentes simplificado

1

2

3

4

Ciudad: _____ a: _____ del mes de: _____ del año: _____

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) a través de la Coordinación de Educación en Salud con domicilio en Av. Cuauhtémoc, No. 330, Col. Doctores, Del. Cuauhtémoc, C.P. 06720, Ciudad de México es responsable del tratamiento de los datos personales que nos proporcione.

Sus datos personales serán utilizados para ofrecerle acciones para el registro de su candidatura, proceso de selección y asignación de sede en caso de ser seleccionado al sistema de residencias médicas o estomatológicas, del Instituto, así como de sus procesos educativos.

También son útiles para realizar investigación y evaluación de programas institucionales, de educación que redunden en una mejor toma de decisiones, planificación y evaluación de políticas en salud.

Se informa que no se realizarán transferencias de datos personales, salvo aquéllas que sean necesarias para atender requerimientos de información de una autoridad competente, que estén debidamente fundados y motivados.

Para más información acerca del tratamiento de sus datos y de los derechos que puede hacer valer, usted podrá consultar el aviso de privacidad integral que se encuentra publicado en <http://edumed.imss.gob.mx>.

Autoriza el uso de sus datos personales:

5

Nombre y firma del residente



ANEXO 2
Aviso de privacidad de uso de datos de residentes simplificado
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
1	Ciudad	Anote el nombre de la ciudad donde es llenado este anexo.
2	A:	Anote el día del mes en que es llenado este anexo.
3	Del mes de:	Anote el mes en el que es llenado este anexo.
4	Del año de:	Anote el año en el que es llenado este anexo.
5	Nombre y firma del residente	Recabe el nombre completo con apellidos y la firma del residente.



ANEXO 3

Registro de evaluación mensual del área formativa: Fundamentos científicos de la especialidad



**REGISTRO DE EVALUACIÓN MENSUAL DEL ÁREA FORMATIVA:
FUNDAMENTOS CIENTÍFICOS DE LA ESPECIALIDAD**

Nombre: 1

Ciclo Académico: 2 Mes / módulo evaluado: 6

Especialidad: 3 Grado: 7

Sede: 4

Ciudad u OOAD: 5

En estricto apego al programa académico y programa operativo del Programa de Residencia, el/la residente ha obtenido una evaluación para este módulo:

Aprobatoria:	<input type="checkbox"/>	8	Ordinaria:	<input type="checkbox"/>	10
No Aprobatoria:	<input type="checkbox"/>	9	Extraordinaria:	<input type="checkbox"/>	11

Para la cual se emplearon como instrumentos de evaluación (adjunte a esta cédula la evidencia):

Exámenes escritos:	<input type="checkbox"/>	Exámenes Orales	<input type="checkbox"/>	Evaluación Clínica estructurada	<input type="checkbox"/>
Finalización de un proyecto	<input type="checkbox"/>	Actividades Académicas y trabajos	12 <input type="checkbox"/>	Otras (Describalas):	<input type="checkbox"/>

Con un promedio final de: 13 En una escala del 0 a 100

14	15	16
Fecha	Médico Residente	Firma
17	18	19
Fecha	Profesor Titula/Adjunto	Firma
20	21	22
Fecha	CCEIS/JDES	Firma



ANEXO 3

Registro de evaluación mensual del área formativa: Fundamentos científicos de la especialidad INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
1	Nombre	Anote el nombre completo del residente.
2	Ciclo académico	Registre el ciclo académico al cual pertenece el mes evaluado.
3	Especialidad	Registre el curso de especialización médica o estomatológica en el cual está inscrito el residente.
4	Sede	Registre la sede o subsede académica en la cual está adscrito o se encuentra rotando el residente.
5	Ciudad u OOAD	Registre el OOAD o ciudad donde se encuentra la sede.
6	Mes / módulo evaluado	Registre el mes / modulo que está siendo evaluado el residente.
7	Grado	Registre el grado académico del curso de especialización médica o estomatológica que cursa el residente.
8	Aprobatoria	Marque con una "X" la casilla "Aprobatoria" solo sí el residente obtuvo como calificación con un promedio final igual o mayor a 70.
9	No aprobatoria	Marque con una "X" la casilla "No Aprobatoria" solo sí el residente obtuvo como calificación con un promedio final menor a 70.
10	Ordinaria	Marque con una "X" la casilla solo sí se trata de una evaluación ordinaria.
11	Extraordinaria	Marque con una "X" la casilla solo sí se trata de una evaluación ordinaria.
12	Instrumentos de evaluación	Marque la casilla que corresponda de acuerdo con el instrumento de evaluación empleado para aplicar la evaluación, en caso de seleccionar "Otras" descríbalas.



ANEXO 3

Registro de evaluación mensual del área formativa: Fundamentos científicos de la especialidad

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
13	Promedio final	Registre en una escala de 0 a 100 la calificación obtenida por el residente en la evaluación.
14	Fecha	Registre la fecha en la que firma el residente de conocimiento el sobre la calificación obtenida.
15	Médico residente	Registre el nombre completo del residente.
16	Firma	Recabe la firma del residente.
17	Fecha	Registre la fecha en la que firma el Profesor Titular o Profesor Adjunta en la que notifica la calificación obtenida al residente.
18	Profesor Titular/ Adjunto	Registre el nombre completo del Profesor Titular o Profesor Adjunto.
19	Firma	Recabe la firma del Profesor Titular o Profesor Adjunto que evalúa.
20	Fecha	Registre la fecha en la que firma el Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud / Jefe de la División de Educación en Salud de conocimiento de la calificación otorgada al residente.
21	CCEIS / JDES	Registre el Nombre completo del Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud o Jefe de la División de Educación en Salud según corresponda.
22	Firma	Recabe firma del Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud o Jefe de la División de Educación en Salud según corresponda.



ANEXO 4

Registro de evaluación mensual del área formativa: Transición a la práctica profesional a través de actividades profesionales confiables



ANEXO 4

Registro de evaluación mensual del área formativa: Transición a la práctica profesional a través de actividades profesionales confiables **INSTRUCTIVO DE LLENADO**

No	DATO	ANOTAR
1	Nombre	Anote el nombre completo del residente.
2	Ciclo académico	Registre el ciclo académico al cual pertenece el mes evaluado.
3	Especialidad	Registre el curso de especialización médica o estomatológica en el cual está inscrito el residente.
4	Sede	Registre la sede o subsede académica en la cual está adscrito o se encuentra rotando el residente.
5	Ciudad u OOAD	Registre el OOAD o ciudad donde se encuentra la sede.
6	Mes evaluado	Registre el mes que está siendo evaluado el residente.
7	Grado	Registre el grado académico del curso de especialización médica o estomatológica que cursa el residente.
8	Nombre y número de la Actividad Profesional Confiable (APC)	Registre y enumere de forma consecutiva cada APC programada en el mes evaluado.
9	Fecha	Registre la fecha en que cada APC fue cumplida por el residente.
10	Calificación	Registre la calificación lograda por el residente de cada APC.
11	Observaciones	Consigne observaciones como incidencias asociadas a la evaluación o retroalimentación para el residente.
12	Promedio final	Registre el promedio final obtenido de la suma de la calificación de todas las APC aplicadas y la división del resultado entre el número de APC aplicadas.
13	Evaluación de tipo:	Marque la casilla de acuerdo al tipo de evaluación realizada según corresponda, sea ordinaria o



ANEXO 4

Registro de evaluación mensual del área formativa: Transición a la práctica profesional a través de actividades profesionales confiables INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
		extraordinaria (solo marque una casilla).
14	Fecha	Registre la fecha en la que firma el residente de conocimiento el sobre la calificación obtenida.
15	Fecha	Registre la fecha en la que firma el Profesor Titular o Profesor Adjunta en la que notifica la calificación obtenida al residente.
16	Fecha	Registre la fecha en la que firma el Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud / Jefe de la División de Educación en Salud de conocimiento de la calificación otorgada al residente.
17	Médico Residente	Registre el nombre completo del residente.
18	Profesor Titular / Adjunto	Registre el nombre completo del Profesor Titular o Profesor Adjunto.
19	CCEIS / JDES	Registre el Nombre completo del Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud o Jefe de la División de Educación en Salud según corresponda.
20	Firma	Recabe la firma del residente.
21	Firma	Recabe la firma del Profesor Titular o Profesor Adjunto que evalúa.
22	Firma	Recabe firma del Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud o Jefe de la División de Educación en Salud según corresponda.



ANEXO 5

Registro de evaluación mensual del área formativa: Valores y ética profesional



REGISTRO DE EVALUACIÓN MENSUAL DEL ÁREA FORMATIVA: VALORES Y ÉTICA PROFESIONAL

Nombre: 1

Ciclo Académico: 2 Mes evaluado: 6

Especialidad: 3 Grado: 7

Sede: 4

Ciudad u OOAD 5

EXPECTATIVA	Rara vez la cumple	Inconsistentemente la cumple	Generalmente la cumple	Inconsistentemente la excede	Generalmente la excede
Criterios 8	0 a 20	21 a 40	41 a 60	61 a 80	81 a 100

	Calificación
1. Desarrolla relaciones de confianza, y relaciones terapéuticas éticas con los pacientes y sus familiares.	8
2. Transmite la información relevante, explicaciones e indicaciones con precisión, a colegas y otros profesionales.	8
3. Aborda efectivamente los desafíos de comunicación, no limitado sólo a la obtención de consentimientos informados, sino, dar malas noticias, conciliar estados de frustración e ira del paciente, familiares y otros miembros del equipo médico.	8
4. Participa de manera efectiva y adecuada en equipos interprofesionales de salud para prevenir, negociar y resolver conflictos interprofesionales.	8
5. Participa de manera efectiva y adecuada en equipos interprofesionales de salud para la atención de pacientes con enfermedades que involucran múltiples sistemas de órganos o brindar cuidados paliativos.	8
6. Delega y distribuye efectiva y responsablemente actividades a los miembros del equipo médico.	8
7. Participa en actividades que contribuyen a la efectividad del sistema de salud Institucional.	8
8. Establece prioridades realistas y usa el tiempo efectivamente para optimizar su rendimiento profesional.	8
9. Hace uso racional de recursos de atención de salud finitos adecuadamente.	8
10. Promueve la salud de los pacientes mediante intervenciones de prevención, información y educación del propio paciente y sus familiares.	8



11. Se involucra eficientemente en los procedimientos administrativos para resolver las necesidades de atención de los pacientes.	8
12. Mejora sus actividades profesionales a través del continuo aprendizaje.	8
13. Evalúa críticamente la información médica y sus fuentes, y la aplica apropiadamente para tomar decisiones basadas en la evidencia científica.	8
14. Se involucra en la educación y aprendizaje en salud de pacientes y sus familiares; estudiantes, residentes, y otros profesionales de la salud.	8
15. Contribuye al desarrollo, difusión e innovación de nuevos conocimientos y prácticas.	8
16. Demuestra un compromiso con sus pacientes, profesión y la sociedad a través de la práctica ética.	8
17. Cumple con los plazos, es puntual, supervisa a los pacientes y les proporciona seguimiento.	8
18. Demuestra conocimiento y aplicación de los derechos y obligaciones profesionales, legales y códigos éticos para médicos.	8
19. Establece relaciones de respeto, no violencia y no discriminación con sus compañeros y otros profesionales de la salud.	8
20 Establece relaciones de respeto y no violencia y no discriminación con los profesionales de la salud directivos y sus profesores.	8
21 Demuestra conocimiento y aplicación de la normatividad, procedimientos, manuales y códigos Institucionales.	8

PUNTAJE ALCANZADO	9
PROMEDIO FINAL	10

Observaciones:

11

NOTA: En caso de que el residente incurra en actos de violencia en cualquiera de sus formas en contra de otros alumnos, integrantes del equipo de salud o directivos del IMSS; pacientes y sus familiares; fraude académico, daño patrimonial en agravio del IMSS, uso no ético de redes sociales, deberá evaluar y registrar como promedio final del mes con “CERO” y notificar por oficio al residente.

12

Fecha

15

Médico Residente

18

Firma

13

Fecha

16

Profesor Titula/Adjunto

19

Firma

14

Fecha

17

CCEIS/JDES

20

Firma



ANEXO 5

Registro de evaluación mensual del área formativa: Valores y ética profesional INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
1	Nombre	Anote el nombre completo del residente.
2	Ciclo académico	Registre el ciclo académico al cual pertenece el mes evaluado.
3	Especialidad	Registre el curso de especialización médica o estomatológica en el cual está inscrito el residente.
4	Sede	Registre la sede o subsede académica en la cual está adscrito o se encuentra rotando el residente.
5	Ciudad u OOAD	Registre el OOAD o ciudad donde se encuentra la sede.
6	Mes evaluado	Registre el mes que está siendo evaluado el residente.
7	Grado	Registre el grado académico del curso de especialización médica o estomatológica que cursa el residente.
8	Criterios	Registre la calificación obtenida por el residente en cada uno de los 21 criterios en una escala de 0 a 100.
9	PUNTAJE ALCANZADO	Realice y registre la suma de la calificación de cada criterio.
10	PROMEDIO FINAL	Registre el resultado de la división del puntaje alcanzado entre el número de criterios evaluados.
11	Observaciones	Describa incidencias de la evaluación, reconocimientos al residente o los motivos que conduzcan al residente a obtener una evaluación con "CERO".
12	Fecha	Registre la fecha en la que firma el residente de conocimiento el sobre la calificación obtenida.



ANEXO 5

Registro de evaluación mensual del área formativa: Valores y ética profesional INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
13	Fecha	Registre la fecha en la que firma el Profesor Titular o Profesor Adjunto en la que notifica la calificación obtenida al residente.
14	Fecha	Registre la fecha en la que firma el Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud / Jefe de la División de Educación en Salud de conocimiento de la calificación otorgada al residente.
15	Médico Residente	Registre el nombre completo del residente.
16	Profesor Titular / Adjunto	Registre el nombre completo del Profesor Titular o Profesor Adjunto.
17	CCEIS / JDES	Registre el Nombre completo del Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud o Jefe de la División de Educación en Salud según corresponda.
18	Firma	Recabe la firma del residente.
19	Firma	Recabe la firma del Profesor Titular o Profesor Adjunto que evalúa.
20	Firma	Recabe firma del Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud o Jefe de la División de Educación en Salud según corresponda.



ANEXO 6

Registro de evaluación mensual del área formativa: Investigación clínica y científica



**REGISTRO DE EVALUACIÓN MENSUAL DE ÁREA FORMATIVA:
INVESTIGACIÓN CLÍNICA Y CIENTÍFICA**

Nombre: _____

1

Ciclo Académico: _____

2

Mes evaluado: _____

6

Especialidad: _____

3

Grado: _____

7

Sede: _____

4

Ciudad u OOAD _____

5

En estricto apego al programa académico y programa operativo del Programa de Residencia, el/la residente ha obtenido una evaluación para este módulo:

Aprobatoria:

8

Ordinaria:

10

No

Extraordinaria:

11

Aprobatoria:

9

Para la cual se emplearon como instrumentos de evaluación (adjunte a esta cédula la evidencia):

Exámenes escritos:

Exámenes Orales

Taller:

12

Finalización de un proyecto

Actividades Académicas y trabajos

Otras (Describalas):

Con un promedio final de:

13

En una escala del 0 a 100

14

Fecha

17

Médico Residente

20

Firma

15

Fecha

18

Profesor Titula/Adjunto

21

Firma

16

Fecha

19

CCEIS/JDES

22

Firma



ANEXO 6
Registro de evaluación mensual de área formativa: Investigación clínica y científica
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
1	Nombre	Anote el nombre completo del residente.
2	Ciclo académico	Registre el ciclo académico al cual pertenece el mes evaluado.
3	Especialidad	Registre el curso de especialización médica o estomatológica en el cual está inscrito el residente.
4	Sede	Registre la sede o subsede académica en la cual está adscrito o se encuentra rotando el residente.
5	Ciudad u OOAD	Registre el OOAD o ciudad donde se encuentra la sede.
6	Mes evaluado	Registre el mes que está siendo evaluado el residente.
7	Grado	Registre el grado académico del curso de especialización médica o estomatológica que cursa el residente.
8	Aprobatoria	Marque con una "X" la casilla "Aprobatoria" solo sí el residente obtuvo como calificación con un promedio final igual o mayor a 70.
9	No aprobatoria	Marque con una "X" la casilla "No Aprobatoria" solo sí el residente obtuvo como calificación con un promedio final menor a 70.
10	Ordinaria	Marque con una "X" la casilla solo sí se trata de una evaluación ordinaria.
11	Extraordinaria	Marque con una "X" la casilla solo sí se trata de una evaluación ordinaria.
12	Instrumentos de evaluación	Marque la casilla que corresponda de acuerdo con el instrumento de evaluación empleado para aplicar la evaluación, en caso de seleccionar "Otras" descríbalas.
13	Promedio final	Registre en una escala de 0 a 100 la calificación obtenida por el residente en la evaluación.



ANEXO 6
Registro de evaluación mensual de área formativa: Investigación clínica y científica
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
14	Fecha	Registre la fecha en la que firma el residente de conocimiento el sobre la calificación obtenida.
15	Fecha	Registre la fecha en la que firma el Profesor Titular o Profesor Adjunta en la que notifica la calificación obtenida al residente.
16	Fecha	Registre la fecha en la que firma el Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud / Jefe de la División de Educación en Salud de conocimiento de la calificación otorgada al residente.
17	Médico Residente	Registre el nombre completo del residente.
18	Profesor Titular / Adjunto	Registre el nombre completo del Profesor Titular o Profesor Adjunto.
19	CCEIS / JDES	Registre el Nombre completo del Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud o Jefe de la División de Educación en Salud según corresponda.
20	Firma	Recabe la firma del residente.
21	Firma	Recabe la firma del Profesor Titular o Profesor Adjunto que evalúa.
22	Firma	Recabe firma del Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud o Jefe de la División de Educación en Salud según corresponda.



ANEXO 7

Registro de evaluación mensual de área formativa: El residente como profesor



REGISTRO DE EVALUACIÓN MENSUAL DE ÁREA FORMATIVA: EL RESIDENTE COMO PROFESOR

Nombre: _____

Ciclo Académico: _____

Mes evaluado: _____

Especialidad: _____

Grado: _____

Sede: _____

Ciudad u OOAD: _____

En estricto apego al programa académico y programa operativo del Programa de Residencia, el/la residente ha obtenido una evaluación para este módulo:

Aprobatoria:

No

Aprobatoria:

Ordinaria:

Extraordinaria:

Para la cual se emplearon como instrumentos de evaluación (adjunte a esta cédula la evidencia):

Conferencista:

Material didáctico

Taller:

Finalización de un proyecto

Actividades Académicas y trabajos

Otras (Describalas):

Con un promedio final de:

En una escala del 0 a 100

14

Fecha

15

Fecha

16

Fecha

17

Médico Residente

18

Profesor Titula/Adjunto

19

CCEIS/JDES

20

Firma

21

Firma

22

Firma



ANEXO 7

Registro de evaluación mensual de área formativa: El Residente como Profesor INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
1	Nombre	Anote el nombre completo del residente.
2	Ciclo académico	Registre el ciclo académico al cual pertenece el mes evaluado.
3	Especialidad	Registre el curso de especialización médica o estomatológica en el cual está inscrito el residente.
4	Sede	Registre la sede o subsede académica en la cual está adscrito o se encuentra rotando el residente.
5	Ciudad u OOAD	Registre el OOAD o ciudad donde se encuentra la sede.
6	Mes evaluado	Registre el mes que está siendo evaluado el residente.
7	Grado	Registre el grado académico del curso de especialización médica o estomatológica que cursa el residente.
8	Aprobatoria	Marque con una "X" la casilla "Aprobatoria" solo sí el residente obtuvo como calificación con un promedio final igual o mayor a 70.
9	No aprobatoria	Marque con una "X" la casilla "No Aprobatoria" solo sí el residente obtuvo como calificación con un promedio final menor a 70.
10	Ordinaria	Marque con una "X" la casilla solo sí se trata de una evaluación ordinaria.
11	Extraordinaria	Marque con una "X" la casilla solo sí se trata de una evaluación ordinaria.
12	Instrumentos de evaluación	Marque la casilla que corresponda de acuerdo con el instrumento de evaluación empleado para aplicar la evaluación, en caso de seleccionar "Otras" descríbalas.
13	Promedio final	Registre en una escala de 0 a 100 la calificación obtenida por el residente en la evaluación.



ANEXO 7

**Registro de evaluación mensual de área formativa: El Residente como Profesor
INSTRUCTIVO DE LLENADO**

No	DATO	ANOTAR
14	Fecha	Registre la fecha en la que firma el residente de conocimiento el sobre la calificación obtenida.
15	Fecha	Registre la fecha en la que firma el Profesor Titular o Profesor Adjunto en la que notifica la calificación obtenida al residente.
16	Fecha	Registre la fecha en la que firma el Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud / Jefe de la División de Educación en Salud de conocimiento de la calificación otorgada al residente.
17	Médico Residente	Registre el nombre completo del residente.
18	Profesor Titular / Adjunto	Registre el nombre completo del Profesor Titular o Profesor Adjunto.
19	CCEIS / JDES	Registre el Nombre completo del Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud o Jefe de la División de Educación en Salud según corresponda.
20	Firma	Recabe la firma del residente.
21	Firma	Recabe la firma del Profesor Titular o Profesor Adjunto que evalúa.
22	Firma	Recabe firma del Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud o Jefe de la División de Educación en Salud según corresponda.



ANEXO 8

Registro anual de calificaciones mensuales



REGISTRO ANUAL DE CALIFICACIONES MENSUALES

Nombre:	1	Mes evaluado:	6
Ciclo Académico:	2	Grado:	7
Especialidad:	3		
Sede:	4		
Ciudad u OOAD:	5		
Universidad que otorga el aval académico			
	8		

MES / MODULO	TRAYECTO FORMATIVO DE ATENCIÓN*			TRAYECTO FORMATIVO DE EDUCACIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD	TRAYECTO FORMATIVO DE INVESTIGACIÓN***	
	AF FCE	AF TPP	AF VEP	AF RP	AF ICC	PFI
9	10	11	12	13	14	15
Promedio del área o producto evaluado	16	17	18	19	20	21
Porcentaje del área o producto evaluado	22	23	24	25	26	27
PORCENTAJE DEL TRAYECTO FORMATIVO	28			29	30	

AF FCE: Área formativa: Fundamentos Científicos de la Especialidad. AF VE: Área Formativa: Valores y Ética Profesional.
AF TPP: Área Formativa: Transición a la Práctica Profesional. AF ICC: Área Formativa: Investigación Clínica y Científica.
PFI: Producto final de investigación

PROMEDIO FINAL DEL GRADO IMSS	31	EQUIVALENCIA UNIVERSITARIA DEL PROMEDIO FINAL DE GRADO IMSS	32
33		36	39
Fecha		Residente	Firma
34		37	40
Fecha		Profesor Titula/Adjunto	Firma
35		38	41
Fecha		CCEIS/JDES	Firma



ANEXO 8
Registro anual de calificaciones mensuales
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
1	Nombre	Anote el nombre completo del residente.
2	Ciclo académico	Registre el ciclo académico al cual pertenece el mes evaluado.
3	Especialidad	Registre el curso de especialización médica o estomatológica en el cual está inscrito el residente.
4	Sede	Registre la sede o subsede académica en la cual está adscrito o se encuentra rotando el residente.
5	Ciudad u OOAD	Registre el OOAD o ciudad donde se encuentra la sede.
6	Mes evaluado	Registre el mes que está siendo evaluado el residente.
7	Grado	Registre el grado académico del curso de especialización médica o estomatológica que cursa el residente.
8	Universidad	Anote el nombre de la universidad que otorga el aval académico al curso.
9	Mes / Modulo	Registre en el mes / modulo en el cual el residente está siendo evaluado.
10	AF FCE	Registre en una escala de 0 a 100 la calificación obtenida por el residente en el área formativa: Fundamentos científicos de la especialidad.
11	AF TPP	Registre en una escala de 0 a 100 la calificación obtenida por el residente en el área formativa: Transición a la práctica profesional.
12	AF VEP	Registre en una escala de 0 a 100 la calificación obtenida por el residente en el área formativa: Valores y ética profesional.
13	AF RP	Registre en una escala de 0 a 100 la calificación obtenida por el residente en el área formativa: El residente como profesor.



ANEXO 8
Registro anual de calificaciones mensuales
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
14	AF ICC	Registre en una escala de 0 a 100 la calificación obtenida por el residente en el en el área formativa: Investigación clínica y científica.
15	PFI	Registre en una escala de 0 a 100 la calificación obtenida por el residente en el producto final de investigación de acuerdo con las entregas o avances programados por mes.
16	Promedio del área AF FCE	Registre el promedio obtenido de la suma de la evaluación mensual del área formativa: Fundamentos científicos de la especialidad entre el número de meses evaluados.
17	Promedio del área AF TPP	Registre el promedio obtenido de la suma de la evaluación mensual del área formativa: Transición a Práctica Profesional entre el número de meses evaluados.
18	Promedio del área AF VEP	Registre el promedio obtenido de la suma de la evaluación mensual del área formativa: Valores y ética profesional entre el número de meses evaluados.
19	Promedio del área AF RP	Registre el promedio obtenido de la suma de la evaluación mensual del área formativa: El residente como profesor entre el número de meses evaluados.
20	Promedio del área AF ICC	Registre el promedio obtenido de la suma de la evaluación mensual del área formativa: Investigación clínica y científica entre el número de meses evaluados.
21	Promedio del PFI	Registre el promedio obtenido de la suma de la evaluación mensual del producto final de investigación entre el número de meses evaluados.
22	Porcentaje del AF FCE	Registre el porcentaje alcanzado por el residente en el área formativa: Fundamentos científicos de la especialidad de acuerdo con la siguiente fórmula: $\text{Promedio del AF FCE} \times 40 / 100.$



ANEXO 8
Registro anual de calificaciones mensuales
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
23	Porcentaje del AF TPP	Registre el porcentaje alcanzado por el residente en el área formativa: Transición a la práctica profesional de acuerdo con la siguiente formula: $\text{Promedio del AF TPP} \times 20 / 100.$
24	Porcentaje del AF VEP	Registre el porcentaje alcanzado por el residente en el área formativa: Valores y ética profesional de acuerdo con la siguiente formula: $\text{Promedio del AF FCE} \times 10 / 100.$
25	Porcentaje del AF RP	Registre el porcentaje alcanzado por el residente en el área formativa: El residente como profesor de acuerdo con la siguiente formula: $\text{Promedio del AF FCE} \times 10 / 100.$
26	Porcentaje del AF ICC	Registre el porcentaje alcanzado por el residente en el área formativa: Investigación clínica y científica de acuerdo con la siguiente formula: $\text{Promedio del AF FCE} \times 14 / 100.$
27	Porcentaje del PFI	Registre el porcentaje alcanzado por el residente en el Producto Final de Investigación de acuerdo con la siguiente formula: $\text{Promedio del AF FCE} \times 6 / 100.$
28	Porcentaje del trayecto formativo de Atención	Registre el porcentaje obtenido de la suma del: $\text{Porcentaje del AF FCE} + \text{Porcentaje del AF TPP} + \text{Porcentaje del AF VEP}.$
29	Porcentaje del trayecto formativo de Educación y Promoción de la Salud	Registre el Porcentaje del AF RP.
30		



ANEXO 8
Registro anual de calificaciones mensuales
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
31	Promedio Final de Grado IMSS	Registre el resultado de la suma de: Porcentaje del trayecto formativo de Atención + Porcentaje del trayecto formativo de Educación y Promoción de la Salud + Porcentaje del trayecto formativo de Investigación.
32	Equivalencia universitaria del promedio final de grado IMSS	Registre la equivalencia universitaria que corresponda del promedio final de grado IMSS de acuerdo con la: Tabla 1: Cálculo de equivalencia de calificación institucional con la universitaria de este procedimiento.
33	Fecha	Registre la fecha en la que firma el residente de conocimiento el sobre la calificación obtenida.
34	Fecha	Registre la fecha en la que firma el Profesor Titular o Profesor Adjunta en la que notifica la calificación obtenida al residente.
35	Fecha	Registre la fecha en la que firma el Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud / Jefe de la División de Educación en Salud de conocimiento de la calificación otorgada al residente.
36	Médico Residente	Registre el nombre completo del residente.
37	Profesor Titular / Adjunto	Registre el nombre completo del Profesor Titular o Profesor Adjunto.
38	CCEIS / JDES	Registre el Nombre completo del Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud o Jefe de la División de Educación en Salud según corresponda.
39	Firma	Recabe la firma del residente.
40	Firma	Recabe la firma del Profesor Titular o Profesor Adjunto.
41	Firma	Recabe firma del Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud o Jefe de la División de Educación en Salud según corresponda.



ANEXO 9

Acta de promoción de grado académico



ACTA DE PROMOCIÓN DE GRADO ACADÉMICO

Nombre: _____ **CURP:** _____
Ciclo Académico: _____ **Grado académico:** _____
Especialidad: _____
Sede: _____
Ciudad u OOAD: _____
UNIVERSIDAD QUE OTORGA EL AVAL ACADÉMICO

En apego al procedimiento de evaluación para residentes del Instituto Mexicano del Seguro Social, este residente ha adquirido las competencias de la especialidad prescritas en los Objetivos de Formación correspondientes a su grado y puede ser promovido al siguiente.

SI **NO**

Las siguientes fuentes de información fueron utilizadas para su evaluación:

	TRAYECTO FORMATIVO DE ATENCIÓN 70%	TRAYECTO FORMATIVO DE EDUCACIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD. 10%	TRAYECTO FORMATIVO DE INVESTIGACIÓN 20%
PORCENTAJE ALCANZADO	11	12	13
PROMEDIO FINAL DE GRADO IMSS	14	EQUIVALENCIA UNIVERSITARIA DEL PROMEDIO FINAL DE GRADO IMSS	15

16	19	22
Fecha	Médico Residente	Firma
17	20	23
Fecha	Profesor Titular/Adjunto	Firma
18	21	24
Fecha	CCEIS/JDES	Firma



ANEXO 9
Acta de promoción de grado académico
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
1	Nombre	Anote el nombre completo del residente.
2	Ciclo académico	Registre el ciclo académico al cual pertenece el mes evaluado.
3	Especialidad	Registre el curso de especialización médica o estomatológica en el cual está inscrito el residente.
4	Sede	Registre la sede o subsede académica en la cual está adscrito o se encuentra rotando el residente.
5	Ciudad u OOAD	Registre el OOAD o ciudad donde se encuentra la sede.
6	Mes evaluado	Registre el mes que está siendo evaluado el residente.
7	Grado	Registre el grado académico del curso de especialización médica o estomatológica que cursa el residente.
8	Universidad	Anote el nombre de la universidad que otorga el aval académico al curso.
9	SI	Marque la casilla solo en caso de que el residente haya obtenido como promedio final de grado IMSS una calificación igual o mayor a 70.
10	NO	Marque la casilla solo en caso de que el residente haya obtenido como promedio final de grado IMSS una calificación menor a 70.
11	Porcentaje alcanzado del Trayecto Formativo de Atención	Registre el porcentaje alcanzado por el residente del Trayecto Formativo de Atención.
12	Porcentaje alcanzado del Trayecto Formativo de Educación y Promoción de la salud.	Registre el porcentaje alcanzado por el residente del Trayecto Formativo de Educación y Promoción de la salud.



ANEXO 9
Acta de promoción de grado académico
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
13	Porcentaje alcanzado del Trayecto Formativo de Investigación	Registre el porcentaje alcanzado por el residente del Trayecto Formativo de Investigación.
14	Promedio Final de Grado IMSS	Registre el resultado de la suma de: Porcentaje del trayecto formativo de Atención + Porcentaje del trayecto formativo de Educación y Promoción de la Salud + Porcentaje del trayecto formativo de Investigación.
15	Equivalencia universitaria del promedio final de grado IMSS	Registre la equivalencia universitaria que corresponda del promedio final de grado IMSS de acuerdo con la: Tabla 1: Cálculo de equivalencia de calificación institucional con la universitaria de este procedimiento.
16	Fecha	Registre la fecha en la que firma el residente de conocimiento el sobre la calificación obtenida.
17	Fecha	Registre la fecha en la que firma el Profesor Titular o Profesor Adjunto en la que notifica la calificación obtenida al residente.
18	Fecha	Registre la fecha en la que firma el Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud / Jefe de la División de Educación en Salud de conocimiento de la calificación otorgada al residente.
19	Médico Residente	Registre el nombre completo del residente.
20	Profesor Titular / Adjunto	Registre el nombre completo del Profesor Titular o Profesor Adjunto.
21	CCEIS/JDES	Registre el nombre completo del CCEIS/JDES.
22	Firma	Recabe la firma del residente.
23	Firma	Recabe la firma del Profesor Titular o Profesor Adjunto que evalúa.



ANEXO 9
Acta de promoción de grado académico
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
24	Firma	Recabe firma del Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud o Jefe de la División de Educación en Salud según corresponda.



ANEXO 10

Códigos de conducta para docentes y alumnos de cursos formativos del Instituto Mexicano del Seguro Social



CÓDIGO DE CONDUCTA PARA ALUMNOS Y ALUMNAS DE CURSOS FORMATIVOS EN EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Presentación

El presente Código de Conducta para Alumnos y Alumnas en el IMSS se alinea al Código de Conducta y de Prevención de Conflictos de Interés de las Personas Servidoras Públicas del IMSS, emitido el 9 de julio de 2019 y aprobado por el H. Consejo Técnico mediante Acuerdo ACDO.SA2.HCT.250619/204.P.DA el 25 de junio de 2019.

La actividad educativa requiere que estar apegada a los principios de Legalidad, Honradez, Lealtad, Imparcialidad, y Eficiencia, para que estos marquen la pauta de las conductas que deben ser observadas y cumplidas.

El Código de Conducta para Alumnos y Alumnas es una guía que permite definir la forma en que deben enfrentar las actividades educativas, las relaciones interpersonales y el compromiso en el cumplimiento de la misión, visión y objetivos estratégicos del Instituto Mexicano del Seguro Social y de la Coordinación de Educación en Salud (CES).

Misión de la Coordinación de Educación en Salud

Desarrollar programas educativos para la formación de recursos humanos y desarrollo profesional continuo del equipo multidisciplinario de salud, mediante la implementación de un modelo educativo propio, basado en competencias y valores, con énfasis en la innovación, el uso de tecnologías de la información y comunicación, para contribuir a la mejora de la calidad de la atención a la salud.

Visión de la Coordinación de Educación en Salud

Ser un centro de referencia nacional e internacional, en la formación, actualización, desarrollo profesional continuo y capacitación de los recursos humanos para la salud, que responda a las necesidades de nuestro país.

Con la motivación de cumplir con la actividad educativa dentro de los altos estándares comprendidos por la Misión y la Visión del IMSS en general y de la CES en particular, es necesario conocer los valores institucionales y aplicarlos en todas las interacciones con todas las personas que intervienen en sus actividades educativas y asistenciales.



Los valores citados en el Código de Conducta y de Prevención de Conflictos de Interés de las Personas Servidoras Públicas del IMSS son los siguientes:

1. Buen trato y vocación de servicio.
2. Respeto a los derechos humanos y a la igualdad.
3. Integridad y prevención de conflictos de interés en el uso del cargo y en la asignación de recursos públicos.
4. Superación personal y profesional

Derivado de los valores Institucionales antes mencionados, los valores de la Coordinación de Educación en Salud permiten delinear el actuar de las y los alumnos. Estos valores permiten la consecución de la Misión y Visión de la CES:

1. Congruencia
2. Honorabilidad
3. Honradez
4. Responsabilidad
5. Compromiso Social
6. Vocación de servicio
7. Integridad
8. Liderazgo

Te invitamos a que lo conozcas, a que vivas y hagas tuyos los valores que se plasman en este Código, recuerda que:

**“UN AMBIENTE EDUCATIVO SALUDABLE
ES RESPONSABILIDAD DE TODAS Y TODOS”**



Acciones Específicas

Realizar sus actividades educativas y asistenciales basados en los más recientes principios científicos y el mayor apego a sus estudios, continuamente reflejando y actuando con principios de honestidad e integridad.

Los mejores ambientes educativos fomentan la comunicación abierta, honesta, y reflexiva, por lo que es el alumnado practicar la escucha activa y la comunicación asertiva y empática con todas las personas relacionadas al entorno educativo y asistencial. En este sentido, las y los estudiantes evitan en todo momento expresarse de manera degradante hacia sí mismos y otras personas, toda vez que las humillaciones y el acoso verbal minan el aprendizaje significativo y la relación con sus compañeros, docentes y todas las personas relacionadas a su actividad académica.

En la actividad educativa no hay lugar para la discriminación, por lo que las y los estudiantes crearán un ambiente de respeto y equidad entre todas las personas, libre de discriminación por cualquier motivo, y en particular por raza, religión, orientación sexual, identidad y/o expresión de género, discapacidad, edad, estado civil, diferencias culturales y convicciones políticas.

El alumnado del IMSS reconoce que contar con la posibilidad de prepararse en el Instituto no conlleva a una forma de ejercer relaciones de poder destructivas y excluyentes hacia sus compañeros y docentes. Por el contrario, las y los alumnos promoverán ambientes educativos abiertos y participativos, en los cuales exista libre expresión de las ideas y el más amplio acceso a la información.

Las y los alumnos son conscientes de que no existen jerarquías entre ellos, por lo que rechazan empoderamiento de sus docentes y delegación de sus funciones administrativas en ellos, pues esto daña la relación entre sus compañeros y plantea barreras a la comunicación en detrimento del ambiente educativo.

La actividad educativa implica la alta responsabilidad de alcanzar un alto conocimiento en la materia y aprovechar activamente la experiencia educativa, la cual deberá ser representativa y apropiada para el nivel del aprendizaje dentro del programa de estudio. El alumnado participará activamente en su educación, fomentando puntualidad, asistencia y dedicación a sus actividades educativas y asistenciales.

Asegurando la calidad científica de su actuar, las y los estudiantes evitan introducir en su actividad contenidos ajenos al currículo oficial o modificados a partir de él, encaminados a hacer algún tipo de proselitismo ideológico (religioso, político, filosófico) ya sea bajo amenaza tácita o explícita hacia aquellas personas que les rodean.

El alumnado hace reflexión autocrítica de su actuar y tiene cero tolerancia a actividades que puedan representar hostigamiento y acoso laboral, académico, psicológico, verbal, físico, y sexual. Estas acciones son opuestas a los valores Institucionales y representan algunos de los aspectos más negativos en la corrupción de lo educativo y las relaciones de poder, por lo



que las y los estudiantes reportarán siempre estas acciones a las autoridades educativas del IMSS.

Las y los alumnos reconocerán la importancia de apegarse a los programas establecidos y recibidos de sus docentes desde el inicio del curso, incluyendo rotaciones, actividades complementarias, vacaciones, evaluaciones y cualquier otra aplicable.

Los y las alumnas se comprometen a realizar sus evaluaciones con la mayor preparación posible, y las aprovecharán para confirmar o para adquirir los objetivos de aprendizaje de sus cursos.

Las y los estudiantes conocen los límites de su actuar y dedican sus esfuerzos a la excelencia educativa, abandonando prácticas que puedan resultar en relaciones asimétricas entre ellos y sus docentes, incluyendo las relaciones sentimentales y sexuales con ellos y las comunicaciones por medios electrónicos no oficiales.

El alumnado reconoce que su formación es integral, por lo propondrá y participará no sólo en las actividades científicas y asistenciales, sino las recreativas, culturales y deportivas aplicables.

La información privada de todas las personas a su alrededor será tratada con la debida confidencialidad de acuerdo la “Ley general de protección de datos personales en posesión de sujetos obligados”, y el alumno será garante de la seguridad de dicha información.



ANEXO 11

Registro de evaluación de actividades profesionales confiables



REGISTRO DE EVALUACIÓN DE ACTIVIDADES PROFESIONALES CONFIABLES

Nombre:

1

Ciclo Académico:

2

Mes evaluado:

6

Especialidad:

3

Grado:

7

Sede:

4

Ciudad o OOAD

5

Título y numero de la Actividad Profesional Confiable

Formular, comunicar e implementar planes de manejo a pacientes.

8

Descripción de la Actividad

9

Competencias Profesionales Evaluadas

10

Comportamientos Profesionales pre y post de autonomía basada en la confianza

INICIAL

11

FINAL

12

Fuentes de Evidencia e Información para esta Evaluación

13

Evaluación Alcanzada de acuerdo al O Score (consultar al reverso) INICIAL

Nivel: 14
Calificación:

RETROALIMENTACIÓN

15

16

Fecha

19

Médico Residente

22

Firma

17

Fecha

20

Profesor Titular/Adjunto

23

Firma

18

Fecha

21

CCEIS/JDES

24

Firma



Reverso de Anexo 11
Registro de evaluación de actividades profesionales confiables
Referencia O Score

Nivel	Descriptor
1 menor a 50 a 59	"El Instructor tuvo que hacerlo" ej. El residente requiere completa ayuda, no logra hacerlo o no se dio la oportunidad de hacerlo por franca deficiencia.
2 60 a 69	"El Instructor tuvo que intervenir de forma continua" ej. El Residente es capaz de realizar la actividad bajo supervisión y dirección continua.
3 70 a 79	"El instructor realiza intervenciones ocasionales" ej. El residente demuestra alguna independencia pero requiere guía intermitente.
4 80 a 89	"El instructor debe mantener la vigilancia e interviene bajo demanda o posibilidad de riesgo" ej. El residente logra actuar con independencia pero no es consciente de los riesgos y aún requiere supervisión para una práctica segura.
5 90 a 100	"El Instructor no requiere intervenir pero mantiene su supervisión" ej. El residente es capaz de actuar con independencia, entiende los riesgos y realiza una práctica segura.



ANEXO 11
Registro de evaluación de actividades profesionales confiables
INSTRUCTIVO DE LLENADO CON EJEMPLO

No	DATO	ANOTAR
1	Nombre	Anote el nombre completo del residente.
2	Ciclo académico	Registre el ciclo académico al cual pertenece el mes evaluado.
3	Especialidad	Registre el curso de especialización médica o estomatológica en el cual está inscrito el residente.
4	Sede	Registre la sede o subsede académica en la cual está adscrito o se encuentra rotando el residente.
5	Ciudad u OOAD	Registre el OOAD o ciudad donde se encuentra la sede.
6	Mes evaluado	Registre el mes que está siendo evaluado el residente.
7	Grado	Registre el grado académico del curso de especialización médica o estomatológica que cursa el residente.
8	Título y número de la Actividad Profesional Confiable Descripción de la Actividad	Registre el título que la Actividad Profesional Confiable.
9	Descripción de la Actividad	Describa los hitos que debe alcanzar el médico residente mediante esta actividad.
10	Competencias Profesionales Evaluadas	Describa las competencias transversales implicadas en la evaluación.
11	INICIAL	Describa el comportamiento y nivel de competencia del residente al inicio del módulo a fin de que el residente identifique sus áreas de oportunidad y alcance los objetivos de aprendizaje para esta actividad.



ANEXO 11
Registro de evaluación de actividades profesionales confiables
INSTRUCTIVO DE LLENADO CON EJEMPLO

No	DATO	ANOTAR
12	FINAL	Describa los objetivos de aprendizaje alcanzados por el residente al final del módulo para esta actividad.
13	Fuentes de Evidencia e Información para esta Evaluación	Describa los instrumentos de evaluación empleados para esta actividad y/o la evidencia que sustenta la evaluación alcanzada del médico residente.
14	Nivel y Calificación	Registre la calificación y nivel alcanzado el residente y el nivel de competencia de acuerdo con la escala O SCORE del reverso del anexo.
15	RETROALIMENTACIÓN	Ofrezca una retroalimentación para la mejoría y reflexión del proceso de aprendizaje del residente.
16	Fecha	Registre la fecha en la que firma el residente de conocimiento el sobre la calificación obtenida.
17	Fecha	Registre la fecha en la que firma el Profesor Titular o Profesor Adjunto en la que notifica la calificación obtenida al residente.
18	Fecha	Registre la fecha en la que firma el Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud / Jefe de la División de Educación en Salud de conocimiento de la calificación otorgada al residente.
19	Médico Residente	Registre el nombre completo del residente.
20	Profesor Titular / Adjunto	Registre el nombre completo del Profesor Titular o Profesor Adjunto.
21	CCEIS / JDES	Registre el Nombre completo del Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud o Jefe de la División de Educación en Salud según corresponda.
22	Firma	Recabe la firma del residente.



ANEXO 11

**Registro de evaluación de actividades profesionales confiables
INSTRUCTIVO DE LLENADO CON EJEMPLO**

No	DATO	ANOTAR
23	Firma	Recabe la firma del Profesor Titular o Profesor Adjunto que evalúa.
24	Firma	Recabe firma del Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud o Jefe de la División de Educación en Salud según corresponda.



EJEMPLO DE LLENADO

REGISTRO DE EVALUACIÓN DE ACTIVIDADES PROFESIONALES CONFIABLES

Nombre: Alfredo Zaragoza (1)

Ciclo Académico: 2021-2022 (2)

Mes evaluado: Mayo (6)

Especialidad: Pediatría (3)

Grado: Primero (7)

Sede: Hospital General Regional 2 (4)

Ciudad o OOAD: Querétaro (5)

Título y numero de la Actividad Profesional Confiable

Formular, comunicar e implementar planes de manejo a pacientes. (8)

Descripción de la Actividad

El graduado propone un plan de manejo inicial para las patologías más comunes de la consulta externa de acuerdo con su presentación y diagnósticos, incluyendo consultas / referencias, solicitudes escritas / electrónicas y recetas.

El / ella discute estas recomendaciones con otros miembros del equipo de atención médica y pacientes (familia / cuidador / defensor), para llegar a un plan de gestión.

Competencias Profesionales Evaluadas

Comunicador, Colaborador, Académico/científico (10)

Comportamientos Profesionales pre y post de autonomía basada en la confianza

INICIAL

Propone planes iniciales de manejo. que son inadecuadamente extensos o significativamente incompletos para su cumplimiento.

Propone planes de manejo que no reflejan una comprensión adecuada del contexto, experiencia, valores y enfermedad del paciente. (11)

Propone planes de manejo con falta de enfoque, priorización u organización.

FINAL

Propone planes iniciales en base a evidencia informada, holística que incluyen acciones farmacológicas y no farmacológicas; componentes desarrollados con una comprensión del contexto del paciente, valores y experiencia de enfermedad. Prioriza los diversos componentes de los planes de manejo.

Considera otros cuidados de salud derivados del asesoramiento profesional de otros miembros del equipo médico y propone un plan de manejo. (12)

Fuentes de Evidencia e Información para esta Evaluación

Esta APC se evaluó mediante observación directa en diversos contextos clínicos (incluidos afecciones médicas agudas y crónicas comunes) con pacientes de diversos grupos de edad y sus familiares; y se adjuntan a esta cédula. (13)

Evaluación Alcanzada de acuerdo al O Score (consultar al reverso) INICIAL

Nivel: 5 (14)
Calificación: 100 (19)

RETROALIMENTACIÓN

(15)

(16)

Fecha

(17)

Médico Residente

(20)

Firma

(23)

Fecha

(18)

Profesor Titula/Adjunto

(21)

Firma

(24)

Fecha

CCEIS/JDES

Firma



ANEXO 12

Ejemplos de instrumentos de evaluación



INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN MINI CEX

Nombre: _____

Ciclo Académico: _____

Mes evaluado: _____

Especialidad: _____

Grado: _____

Sede: _____

Ciudad u OOAD: _____

	NO SATISFACTORIO			SATISFACTORIO			SUPERIOR			NE**	OBSERVACIONES
	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
ANAMNESIS											
EXPLORACION FISICA											
PROFESIONALIDAD											
JUICIO CLINICO											
HABILIDADES COMUNICATIVAS											
PROMEDIO GLOBAL											

**No evaluado (cuando no se realiza la evaluación de este componente).

Aspectos especialmente positivos	
Aspectos a mejorar	

Firma de evaluador

Firma del residente



INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN INFORME DE CONSULTOR MÚLTIPLE

Nombre:

Ciclo Académico:

Mes evaluado:

Especialidad:

Grado:

Sede:

Ciudad u OOAD:

Utilice los cuadros de comentarios para evaluar cada atributo y describir cualquier comportamiento que le cause preocupación. Dé ejemplos específicos.

Este formulario se enviará al Profesor Titular o Adjunto del residente, quien puede pedirle en privado que amplíe cualquier comportamiento preocupante que informe. Al menos otros 9 formularios evaluados por otros miembros del equipo de salud serán considerados. El residente recibirá comentarios privados, pero no se le identificará en persona sin una discusión previa con usted.

Atributo	Deficiente	Satisfactorio	Sobresaliente
Mantener la confianza / Profesional en la relación con los pacientes Escucha. Es educado y cariñoso. Muestra respeto por las opiniones de los pacientes, privacidad, dignidad y confidencialidad.			
Habilidades de comunicación verbal Da información comprensible. Y al nivel adecuado para el paciente.			
Trabajo en equipo / Trabajo con el equipo de salud Respeto los roles de los demás y trabaja de manera constructiva en el equipo. Participa eficazmente y se comunica bien. Es imparcial, solidario y justo.			
Accesibilidad Es accesible. Asume la responsabilidad adecuada. No elude el deber. Responde cuando se le llama.			

Firma del evaluador



INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN COMPETENCIA QUIRÚRGICA EN LA SALA DE OPERACIONES DE LA UNIVERSIDAD OTTAWA (PUNTUACIÓN DE OTTAWA)

Nombre: _____

Ciclo Académico: _____

Mes evaluado: _____

Especialidad: _____

Grado: _____

Sede: _____

Ciudad u OOAD: _____

Procedimiento quirúrgico evaluado: _____

Complejidad relativa de este procedimiento al promedio del mismo procedimiento:

Baja

Media

Alta

El propósito de esta escala es evaluar la capacidad del residente para realizar este procedimiento de forma segura e independientemente. Teniendo esto en cuenta, utilice la escala siguiente para evaluar cada elemento, independientemente del nivel de formación del residente con respecto a este caso.

Escala

1. - "Tuve que hacerlo" - es decir, requiere una guía completa, no lo hizo o no se le dio la oportunidad que hacerlo por francas deficiencias o desconocimiento del mismo.
2. - "Tuve que guiarlo todo el procedimiento" - es decir, capaz de realizar tareas, pero requiere una dirección constante
3. - "Tuve que intervenir de vez en cuando" - es decir, demuestra cierta independencia, pero requiere dirección intermitente
4. - "Necesitaba estar en la sala de operaciones por si acaso" - es decir, independencia, pero sin ser consciente de los riesgos y aún requiere supervisión para prácticas seguras
5. - "No necesitaba estar allí" - es decir, completa independencia, comprende los riesgos y se desempeña de manera segura, listo para practicar.

1. Plan preoperatorio

1 2 3 4 5

Recopila / evalúa la información necesaria para llegar al diagnóstico y determinar el procedimiento correcto requerido.

2. Preparación del caso

1 2 3 4 5

Paciente correctamente preparado y posicionado, comprende enfoque e instrumentos necesarios, preparados para hacer frente a probables complicaciones.



INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN A TRAVÉS DE OBSERVACIÓN DOCENTE

Nombre: _____

Ciclo Académico: _____

Mes evaluado: _____

Especialidad: _____

Grado: _____

Sede: _____

Ciudad u OOAD: _____

El evaluador mediante observación directa debe señalar si el alumno realizó (✓) o no (X) las siguientes conductas o procedimientos. El examinador debe limitarse a observar, no debe presionar al alumno ni darle información adicional.

LISTA DE COTEJO

Interrogó sobre el padecimiento actual:

- ___ 1. Inicio de la tos
- ___ 2. Primer episodio

Características de la tos:

- ___ 3. Seca
- ___ 4. Productiva
- ___ 5. Aislada
- ___ 6. En accesos
- ___ 7. Disneizante
- ___ 8. Cianozante

Datos de dificultad respiratoria:

- ___ 9. Aleteo nasal
- ___ 10. Tiros Intercostales
- ___ 11. Disociación toracoabdominal
- ___ 12. Respiración sibilante

Síntomas generales:

- ___ 13. Fiebre
- ___ 14. Ataque al estado general
- ___ 15. Anorexia

Antecedentes:

- ___ 16. Cuadro gripal
- ___ 17. Atopia
- ___ 18. Familiares con cuadros similares

Complicación más frecuente:

- ___ 19. Bronconeumonía
- ___ 20. Envío a urgencias pediátricas
- ___ 21. Realizó el diagnóstico de bronquiolitis

HABILIDADES DE COMUNICACIÓN INTERPERSONAL



- 22. Saludó a la mamá del paciente
- 23. Se presentó ante la mamá del paciente
- 24. Preguntó su nombre a la madre
- 25. Explicó a la mamá que iba a hacer algunas preguntas
- 26. Utilizó un lenguaje claro y comprensible
- 27. Trato a la madre con respeto
- 28. Mantuvo contacto visual con ella
- 29. Preguntó si había dudas

Numero de aciertos: _____

Calificación obtenida: _____

Firma del evaluador

Firma del resiente



ANEXO 13

Lineamientos para la solicitud de baja de los residentes en el Sistema Integral de Información de la Coordinación en Salud (SIICES)



LINEAMIENTOS PARA LA SOLICITUD DE BAJA DE LOS RESIDENTES EN EL SISTEMA INTEGRAL DE INFORMACIÓN DE LA COORDINACIÓN EN SALUD (SIICES)

Causas de BAJA DEFINITIVA

I. Por renuncia por motivos personales, por lo que deberá presentar:

1. Escrito del residente con la renuncia de puño y letra con firma autógrafa, exponiendo los motivos personales.
 - a. Los motivos personales, se relacionan con acciones propias del alumno, (cambio de institución (cambio de rama), reconocer que no es la especialidad que le gusta o que no puede continuar en la especialidad).
 - b. En caso de que el escrito de renuncia mencione PROBLEMAS DE SALUD, en esos casos se debe ofrecer atención médica al residente y en caso de rechazar el ofrecimiento y continuar con el deseo de renunciar, debe manifestar en el escrito de puño y letra la siguiente leyenda: “renuncio a toda atención médica ofrecida por el instituto”, y agregar la firma de un testigo.
 - c. En caso de que el escrito de renuncia mencione, ACOSO, HOSTIGAMIENTO, ABUSO DE PODER, O PROBLEMAS ACADÉMICOS, en esos casos es responsabilidad de las autoridades educativas del OOAD o UMAE iniciar una investigación del caso, por lo que no deberá aceptarse la renuncia, y evaluar rotación parcial al alumno(a).
2. Copia de identificación oficial: INE/IFE, pasaporte, cédula. (preferentemente vigentes), visa.
3. Copia de notificación del Coordinador de Planeación y Enlace Institucional (CPEI) o Director de Educación e Investigación en Salud (DEIS) al departamento de personal a través de Memorándum u oficio.
4. Oficio del OOAD o UMAE, dirigido a la División de Formación de Recursos Humanos para la Salud (DIFRHS), con todos los anexos previos y deberá informar que el residente NO se encuentra bajo investigación laboral en el IMSS

II. Por dictamen jurídico, (cuarta falta, calificación reprobatoria u otra investigación laboral), deberá presentar:

1. Copia del dictamen del área jurídica con firma del residente de haber sido notificado.
2. Oficio de la autoridad educativa local (CCEIS) dirigido a la autoridad del OOAD (CPEI, CAME), dando aviso de la rescisión del médico(a), en el caso que aplique.
3. Oficio del OOAD o UMAE, dirigido a la División de Formación de Recursos Humanos para la Salud (DIFRHS), con todos los anexos previos.



Causas de BAJA TEMPORAL

I. Por incapacidad prolongada (baja temporal), deberá presentar:

1. Copia del oficio de la autoridad educativa local (CCEIS) dirigido a la autoridad del OOAD (CPEI, CAME), con el análisis de los días de incapacidad.
2. Oficio del OOAD o UMAE, dirigido a la División de Formación de Recursos Humanos para la Salud (DIFRHS), acompañado de:
 - Copia del análisis de días de incapacidad con los respectivos folios de los certificados de incapacidad.
 - Copia de los certificados de incapacidad.
3. Además debe consignar que se le informó que es su derecho solicitar su reincorporación al siguiente ciclo académico, y que deberá realizar de manera formal la solicitud, para valorar la solicitud.

II. Por calificación reprobatoria, deberá presentar:

1. "Oficio" de la autoridad educativa local (CCEIS/JDES) dirigido a la autoridad del OOAD (CPEI, CAME, DEIS), con la evidencia de insuficiencia académica (debidamente firmada por el profesor, residente y autoridades educativas) en alguna de las áreas:
 - Anexo 5 "Registro de evaluación mensual del área formativa: Transición a la práctica profesional a través de actividades" (una evaluación reprobatoria),
 - Anexo 4 Registro de evaluación mensual del área formativa: Fundamentos científicos de la especialidad" (una evaluación reprobatoria),
 - Anexo 8 Registro de evaluación mensual del área formativa: Investigación clínica y científica (una evaluación reprobatoria),
 - Anexo 9 Registro de evaluación mensual del área formativa: El residente como profesor (una evaluación reprobatoria),
 - Anexo 7 Registro de evaluación mensual del área formativa: Valores y ética profesional (dos evaluaciones reprobatorias)
 - Evaluaciones ordinarias y extraordinarias de las áreas formativas:
 - a) Fundamentos científicos de la especialidad
 - b) Transición a la práctica Profesional
 - c) El residente como profesor
 - d) Investigación clínica y científica de evaluación del área formativa:
 - Oficios de notificación de evaluación ordinaria reprobatoria (en cualquier área) con notificación de fecha del examen o actividad académica de evaluación extraordinaria en las áreas susceptibles de dicha evaluación.
2. Oficio del OOAD o UMAE, dirigido a la División de Formación de Recursos Humanos para la Salud (DIFRHS), acompañado de:



- Análisis de procedencia de baja por insuficiencia académica (el OOAD o UMAE deberá analizar la evidencia y dictaminar si la calificación reprobatoria está debidamente sustentada de acuerdo con los objetivos académicos y formativos del curso de especialización y de la universidad que otorga el aval académico, así como con el grado académico y en apego a los criterios de evaluación y aprobación que se notificaron al residente al inicio del curso en el respectivo programa operativo).
- Copia del "Oficio" de la autoridad educativa local (CCEIS/JDES) dirigido a la autoridad del OOAD (CPEI, CAME, DEIS).
- Copia del dictamen del área jurídica con firma del residente de haber sido notificado.
- Oficio de la autoridad educativa local (CCEIS) dirigido a la autoridad del OOAD (CPEI, CAME), dando aviso de la rescisión del médico(a), en el caso que aplique.

En caso de ser trabajador IMSS aplican los mismos criterios y se solicitan los mismos documentos antes solicitados.

Señalando que el trabajador de base del IMSS que realiza su residencia a través de uso de una beca, DEBERÁ notificar a la Subcomisión Mixta de Becas y entregar una copia a la autoridad educativa, que será parte del expediente, enviado a la DIFRHS.



ANEXO 14

Módulo de orientación para los residentes en cursos de especialización de nuevo ingreso y ceremonia de bienvenida
2510-019-004



1

2

3

4

5

MÓDULO	ASPECTOS	PROPOSITO	DURACIÓN	RESPONSABLE
Bienvenida	Bienvenida, Presentación del programa de inducción al puesto	Que el médico residente de nuevo ingreso se conozca entre sí, e identifique al Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud	Día 1 1 hora	Jefe de la División de Educación en Salud o Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud
	Presentación del Cuerpo de Gobierno y profesores	Que el Médico Residente conozca al cuerpo de gobierno y a los profesores	Día 1 30 minutos	Jefe de la División de Educación en Salud o Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud
El IMSS	Estructura de la Dirección de Prestaciones Médicas	Todos los alumnos en formación de nuevo ingreso a especialidades médicas conocerán la estructura de la DPM	Día 1 2 horas	Jefe de la División de Educación en Salud o Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud
	Modelo de Atención a la Salud	Conocer la organización de diferentes modelos de atención médica y su establecimiento en el IMSS	Día 1 2 horas	Jefe de la División de Educación en Salud o Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud
	Función social del IMSS	Reconocer la importancia de integrarse como trabajador del Instituto, para realizar su trabajo con calidad, en beneficio de los derechohabientes	Día 2 2 horas	Jefe de la División de Educación en Salud o Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud
La Unidad Médica sede del curso	Estructura orgánica y funcional de la unidad sede del curso. Organización y normas de la Unidad.	Dar a conocer la estructura orgánica funcional y normas de la unidad de adscripción.	Día 2 2 horas	Jefe de la División de Educación en Salud o Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud
Procesos administrativos y legales de la Residencia Médica	Norma Oficial Mexicana para la Organización y funcionamiento de residencias médicas	Reconocer su responsabilidad en el ejercicio de derechos y obligaciones como médico residente.	Día 2 2 horas	Jefe de la División de Educación en Salud o Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud



1

2

3

4

5

MÓDULO	ASPECTOS	PROPOSITO	DURACIÓN	RESPONSABLE
Procesos administrativos y legales de la Residencia Médica	Reglamento de Médicos Residentes en Periodo de Adiestramiento en una Especialidad incluido en el Contrato de Trabajo IMSS-SNTSS	Reconocer su responsabilidad en el ejercicio de derechos y obligaciones como médicos residentes del IMSS.	Día 3 2 horas	Jefe de la División de Educación en Salud o Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud
	Evaluación del Aprendizaje de los Residentes	Conocer el sistema institucional de evaluación de los médicos residentes durante su curso de especialización	Día 3 2 horas	Jefe de la División de Educación en Salud o Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud
	Trámite administrativo	Que los residentes realicen los trámites administrativos que requieran para su ingreso.	Día 3 2 horas	Jefe de la División de Educación en Salud o Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud
	Inscripción a la institución de Educación Superior que otorga el reconocimiento	Proceso de inscripción y trámites que los alumnos deben realizar	Día 4 2 horas	Jefe de la División de Educación en Salud o Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud
Educación	Aspectos relevantes del proceso educativo	Conocer elementos que ayuden al residente a obtener un mayor aprendizaje durante el curso de especialidad	Día 4 2 horas	Coordinador Clínico Jefe de la División de Educación en Salud o Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud
	La construcción del conocimiento	Comparar dos visiones diferentes respecto al conocimiento	Día 4 2 horas	Jefe de la División de Educación en Salud o Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud
Investigación	La investigación en el área de la salud.	Reconocer a la investigación como método de aprendizaje.	Día 5 2 horas	Jefe de la División de Educación en Salud o Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud
Atención	La atención médica en la	Reconocer la importancia		Jefe de la División



1

2

3

4

5

MÓDULO	ASPECTOS	PROPOSITO	DURACIÓN	RESPONSABLE
Médica	unidad sede del curso como fuente de experiencia	de reflexionar sobre la atención médica que se brinde.	Día 5 2 horas	de Educación en Salud o Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud
	El expediente clínico	Conocer la estructura del expediente clínico y su manejo y la NOM-004-SSA 3-2012	Día 5 2 horas	Jefe de la División de Educación en Salud o Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud
	Aspectos Bioéticos	Reconoce la aplicabilidad de los principios bioéticos en la atención médica <ul style="list-style-type: none"> • Responsabilidad • Dignidad • Autonomía 	Día 6 2 horas	Jefe de la División de Educación en Salud o Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud
	El código de conducta y de prevención de conflictos de interés de las personas Servidoras públicas del IMSS	Reconocer el comportamiento que deben vigilar como funcionarios públicos dentro del IMSS.	Día 6 2 horas	Jefe de la División de Educación en Salud o Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud
El curso de especialización en medicina	El programa académico Recursos Electrónicos de Información en Salud	Comentar sobre el programa académico y de la responsabilidad del profesor y de los médicos residentes Acceso al sitio Web de los recursos como tramitar el acceso a remoto, desde dispositivos móviles, Clínica Key up-to-Date, Science-direct.	Día 6 2 horas	Jefe de la División de Educación en Salud o Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud
	El programa operativo	Conocer las actividades clínicas, académicas y de investigación. La duración de las rotaciones, las guardias y las fechas de las evaluaciones, así como el rol de vacaciones.	Día 7 2 horas	Jefe de la División de Educación en Salud o Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud en coordinación con los Profesores Titulares
	La evaluación del proceso de aprendizaje de los residentes en el IMSS	Dar a conocer al residente los aspectos de evaluación del presente procedimiento, áreas formativas a evaluar,	Día 7 2 horas	Jefe de la División de Educación en Salud o Coordinador Clínico



1

2

3

4

5

MÓDULO	ASPECTOS	PROPOSITO	DURACIÓN	RESPONSABLE
		criterios de aprobación, criterios de baja académica temporal y criterios de baja definitiva.		de Educación e Investigación en Salud
	Seguridad	Dar a conocer el decálogo de seguridad de los residentes.	Día 7 2 horas	Jefe de la División de Educación en Salud o Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud

510-019-004



ANEXO 14

Módulo de orientación para los residentes en cursos de especialización de nuevo ingreso y ceremonia de bienvenida INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
1	Módulo	Es una unidad educativa la cual cubre un tema, en la orientación para los médicos residentes en el curso de especialización de nuevo ingreso.
2	Aspectos	Es la forma de representar el tema en el curso de especialización para médicos de nuevo ingreso.
3	Propósito	Este curso busca que los residentes de nuevo ingreso conozcan la filosofía de nuestra institución y que se comprometan con la misma, para lo cual deberán conocer la estructura y funcionamiento del sistema de atención médica, que elevando así la calidad de atención al derechohabiente. A través del enfoque participativo de la educación, busca que el alumno se comprometa en su formación, mediante la reflexión sobre la práctica diaria, la crítica y la elaboración del conocimiento.
4	Duración	Se realizará en la segunda quincena de febrero de las 8.00 a las 14.00 horas. Antes del inicio formal del curso de especialización.
5	Responsable	Deberá conocer al personal directivo, docente, médico y administrativo con el cual va a interactuar. Conocer las normas legales y bioéticas que rigen el ejercicio médico, así como el instructivo de evaluación de los médicos residentes en periodo de adiestramiento.

2510-019-004



ANEXO 15

Ficha técnica de módulo académico



FICHA TÉCNICA DE MODULO ACADÉMICO

Módulo académico No. 1

Ciclo Académico: 2

Especialidad: 3

Grado: 4

Objetivos específicos del módulo: 5

Contenido Temático: 6

Profesor(es) encargado/supervisor(es): 7

Horas Totales Semana: 8

Horas Totales del Módulo: 9

Carácter: 10

Criterios de Aprobación: 11

Actividades Académicas para desarrollar: 12

Modalidad: 13

Tipo del Instrumento(s) de evaluación: 14

Bibliografía recomendada: 15



ANEXO 15
Ficha técnica de modulo académico
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
1	Módulo académico No.	Designe un número y título al módulo.
2	Ciclo académico	Registre el año al que corresponde el ciclo académico.
3	Especialidad	Registre la especialidad que corresponda.
4	Grado	Registre el Grado Académico que corresponda.
5	Objetivos específicos del módulo	Desarrolle los objetivos propios del módulo en congruencia con el programa operativo y grado.
6	Contenido temático	Enliste los temas que conforman el módulo académico.
7	Profesor(es) encardado(s) / supervisor(es)	Registre el profesor(es) que supervisará el cumplimiento de las actividades del módulo.
8	Horas totales semana	Registre el número de horas estimadas por semana (mínimo 5 h) para la revisión de los contenidos tanto en modalidad de e-learning (encuentros asincrónicos), encuentros presenciales (sincrónicos) o blended learning (mixto).
9	Horas totales de módulo	Registre el número total de horas que constituyen el módulo.
10	Carácter	Describa su carácter de exigencia: Obligatorio u Optativo.
11	Criterios de aprobación	Desarrolle los criterios de evaluación que permitirán la aprobación del módulo.
12	Actividades académicas para desarrollar	Enliste las actividades académicas que se desarrollarán en el módulo: conferencias, producción y asistencia de talleres, productos de aprendizaje (mapa semántico, mapa mental, línea de tiempo, ensayos etc.), cursos o cursillos, discusión de casos clínicos, sesiones radiológicas, sesiones patológicas etc.).



ANEXO 15
Ficha técnica de modulo académico
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
13	Modalidad	Registre la modalidad en la que se llevará a cabo el módulo (e-learning, encuentros presenciales, <i>blended learning</i>).
14	Tipo del Instrumento(s) de evaluación	Registre los instrumentos de evaluación seleccionados (exámenes escritos, producto final, cumplimiento de actividades académicas, entre otros).
15	Bibliografía recomendada	Enliste la bibliografía recomendada para la revisión de los contenidos y que servirá para efectos de examinación del conocimiento.



ANEXO 16

Listado de actividades profesionales confiables



LISTADO DE ACTIVIDADES PROFESIONALES CONFIABLES

Actividad Profesional Confiable (APC)	Mes que evalúa	Fecha para su cumplimiento
1		
2		
3	1	2
4		3
5		
6		
7		
8		
9		

La descripción y evaluación individual de cada APC debe realizarse de acuerdo al procedimiento "Registro de evaluación de actividades profesionales confiables" (Anexo 11)



ANEXO 16
Listado de actividades profesionales confiables
INSTRUCCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
1	Actividad Profesional Confiable (APC)	Enliste las APC con el título que la define.
2	Mes que evalúa	Registre el mes que evalúa cada APC.
3	Fecha de cumplimiento	Registre la Fecha en que el médico residente debe cumplir con cada APC.