



REGISTRO DE EVALUACIÓN DE ACTIVIDADES PROFESIONALES CONFIABLES

Nombre:

Ciclo Académico:

Mes evaluado:

Especialidad:

Grado:

Sede: HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO 89 "CHAPULTEPEC"

Ciudad o OOAD GUADALAJARA JALISCO

Título y numero de la Actividad Profesional Confiable

Formular, comunicar e implementar planes de manejo a pacientes.

Descripción de la Actividad

Competencias Profesionales Evaluadas

Comportamientos Profesionales pre y post de autonomía basada en la confianza

INICIAL

FINAL

Fuentes de Evidencia e Información para esta Evaluación

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

**Nivel:
Calificación:**

RETROALIMENTACIÓN

Fecha

Médico Residente

Firma

Fecha

Profesor Titular/Adjunto

Firma

Fecha

CCEIS/JDES

Firma