



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

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Ciclo Académico:** \_\_\_\_\_

**Mes evaluado:** \_\_\_\_\_

**Especialidad:** \_\_\_\_\_

**Grado:** \_\_\_\_\_

**Sede: HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO 89 "CHAPULTEPEC"**

**Ciudad u OOAD GUADALAJARA JALISCO**

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

Aprobatoria:

Ordinaria:

No

Extraordinaria:

Aprobatoria:

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

*Exámenes escritos:*

*Exámenes Orales*

*Taller:*

*Finalización de un proyecto*

*Actividades Académicas y trabajos*

*Otras (Describalas):*



---



---



---



---

Con un promedio final de:

En una escala del 0 a 100

Fecha

Médico Residente

Firma

Fecha

Profesor Titula/Adjunto

Firma

Fecha

CCEIS/JDES

Firma