



Evaluación sobre la rotación por el servicio

Nombre y apellidos:.....

Centro u hospital:

Servicio o unidad que se evalúa:.....

Periodo de tiempo: desde el (DD/MM/AAAA)..... hasta el

Especialidad: Enfermería familiar y comunitaria Medicina familiar y comunitaria

Residente: R1 R2 R3 R4

1. Consecución de objetivos docentes en relación al programa: 0 = Nulo
1 = Escaso
2 = Bastante
3 = Total

2. ¿Se ha preocupado el servicio por su formación? 0 = Nada
1 = Poco
2 = Suficientemente
3 = Mucho

3. ¿Ha estado usted con un tutor concreto? Sí No Nombre del tutor:

4. ¿Cómo ha sido su dedicación a la docencia? 0 = Nula
1 = Escasa
2 = Suficiente
3 = Muy satisfactoria

5. ¿Cómo ha sido el grado de organización de la actividad del residente? 0 = Muy bajo
1 = Bajo
2 = Adecuado
3 = Alto

6. ¿Cómo califica usted la calidad docente recibida? 0 = Muy deficiente
1 = Deficiente
2 = Adecuada
3 = Excelente

7. ¿Considera que esta rotación es útil para la formación de la especialidad? 0 = Nada útil
1 = Poco útil
2 = Suficientemente útil
3 = Imprescindible

Observaciones:

Fecha

Firma

.....

Nota: debe rellenar una hoja para cada una de las rotaciones, internas o externas.