Evaluación de la Práctica Clínica

Por favor, evalúe en este formulario la actividad clínica de _____ durante su estancia en su Servicio.

Nombre del estudiante:
Hospital / Unidad / Servicio:
Nombre del tutor:

Por favor, puntúe al estudiante en cada categoría con valores de 1 (extremadamente negativo) a 10 (extremadamente positivo). NA: No evaluable. Use toda la escala: 5 sería que el estudiante cumple lo mínimo exigible, 7 sería un nivel adecuado, y 10 el mejor estudiante que ha pasado jamás por su servicio

Aspectos formales: 10% • Asistencia. . . . . . • Puntualidad	
Conocimiento y habilidades: 70% • Conocimientos teóricos adquiridos . . . . . . • Conocimientos prácticos adquiridos (si ha lugar) . . . . . . • Capacidad de comunicación oral . . . . . . • Habilidad diagnóstica . . . . . . • Inglés (si ha lugar). . . . . . • Capacidad de toma de decisiones	
Actitudes: 20% • Motivación. . . . . . • Dedicación a las tareas asignadas. . . . . • Capacidad de integrarse en el equipo.	

• Relaciones con pacientes y familias.	
• Nivel global de responsabilidad.	

Nota total: …….

Evaluación global e impresiones sobre el estudiante:
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

Firma y fecha

Nombre del tutor: