

EVALUACIÓN DE ROTACIONES POR PARTE DEL RESIDENTE

Nombre:

Especialidad:

Año de residencia:

Unidad Asistencial por la que rotó:

Periodo de rotación evaluado:

FECHA DE LA EVALUACIÓN:

Recuerde que esta encuesta y sus resultados individuales son confidenciales. No olvide que los datos recogidos servirán para la valoración de los rotatorios, por lo que servirá para tomar decisiones encaminadas a la mejora de la docencia del residente.

Valoración: 0 = Muy deficiente 1 = insuficiente 2 = Bueno 3 = Muy bueno, excelente NA = No aplicable

| Aspectos a evaluar | Valor (0-3) |
|--|-------------|
| 1. Valore los estímulos recibidos para realizar rotaciones | |
| 2. Valore la planificación existente en su servicio sobre las rotaciones | |
| 3. Valore la acogida recibida | |
| 4. Valore el interés y dedicación de los encargados en el servicio donde rotó | |
| 5. Valore la capacidad (personal, recursos, actividad) del servicio donde rotó | |
| 6. Valore el aprendizaje en manejo clínico del paciente | |
| 7. Valore el conocimiento de técnicas instrumentales especiales adquiridas (diagnósticas y/o terapéuticas) | |
| 8. Valore el aprendizaje sobre métodos diagnósticos complementarios adquiridos | |
| 9. Relaciones interpersonales establecidas con médicos y resto del personal | |
| 10. Valore de forma global de interés que para Vd. han tenido la rotación | |
| Puntuación media: | |
| Observaciones, deficiencias y mejoras que considere en la organización o funcionamiento de esta rotación (para solventar e incorporar a futuras encuestas): | |
| | |