

PLAN INDIVIDUAL DE FORMACIÓN DE RESIDENTES

MODELO TIPO ESTANDARIZADO

CENTRO: Hospital General Universitario de Elda.

UNIDAD DOCENTE:

TUTOR:

RESIDENTE: PARA EL AÑO DE FORMACIÓN: R-

APROBADO POR LA COMISIÓN DE DOCENCIA: Acta de fecha 21/09/2011.

FECHA DE ENTREGA AL RESIDENTE:

ACTIVIDADES FORMATIVAS COMUNES DEL CENTRO:

(Cursos a los que debe asistir, de los programados en el centro)

Curso:

Fecha:

Lugar:

ACTIVIDADES FORMATIVAS DEL PLAN TRANSVERSAL:

(Cursos a los que debe asistir, de los programados en el centro)

Curso:

Fecha:

Lugar:

ACTIVIDADES FORMATIVAS ESPECÍFICAS COMO DISCENTE:

(cursos, sesiones teóricas, jornadas, reuniones científicas, etc.)

Curso:

Fecha:

Lugar:

ACTIVIDADES FORMATIVAS ESPECÍFICAS COMO DOCENTE:

(actividades en calidad de ponente: sesiones, congresos, etc.)

Curso:

Fecha:

Lugar:

ROTACIONES PREVISTAS EN EL AÑO:

Hospital:

Unidad:

Responsable en la unidad de rotación:

Objetivo:

Competencias que debe adquirir:

ACTIVIDAD INVESTIGADORA:

Responsable del estudio:

Título o línea de investigación:

El residente participará como:

ACTIVIDAD ASISTENCIAL, OBJETIVOS Y NIVEL DE RESPONSABILIDAD PROGRESIVA:

Hospitalización:

Consultas:

Quirófanos:

Laboratorio:

Otros:

GUARDIAS:

Lugar (general, de la especialidad):

Número de guardias mínimas mensuales:

Nivel de responsabilidad:

OTRAS CIRCUNSTANCIAS O ACTIVIDADES:

CALENDARIO DE EVALUACIÓN FORMATIVAS (siguientes entrevistas con el tutor)
(El residente debe aportar el Libro de residente y si procede evaluación de rotación externa)

2ª entrevista de evaluación formativa:

Fecha:

Lugar:

3ª entrevista de evaluación formativa:

Fecha:

Lugar:

4ª entrevista de evaluación formativa:

Fecha:

Lugar:

Firma Tutor

Firma residente