



Ficha de Evaluación de la Rotación Hospitalaria

Año: 2016 N° de Lista: \_\_\_\_\_

<b>Nombre y Apellido:</b>			
<b>DNI:</b>			
<b>Hospital:</b>			
<b>Días y Horario de Cursada:</b>			
<b>Rotación realizada en el...</b>	<b>1° Cuatrimestre</b>		<b>2° Cuatrimestre</b>

**Asistencia**

¿Cumplió con el 80% mínimo necesario requerido por la rotación? (marque con una cruz (X) según corresponda)

Si: \_\_\_\_\_

No: \_\_\_\_\_

Aspecto a evaluar	Calificación (1 a 10)
<b>1.- Puntualidad</b> ¿Cumple con el horario de llegada y de salida de la rotación?	
<b>2.- Relación con sus pares</b> ¿Tiene buena relación con el resto de los alumnos? ¿Interactúa con ellos? ¿Participa y se compromete con el grupo?	
<b>3.- Relación con los profesionales de la institución</b>	
<b>4.- Relación con los pacientes</b> ¿Se dirige con respeto hacia ellos? ¿Entabla diálogo con los pacientes? ¿Se interesa de cada caso en particular?	
<b>5.- Integración de conceptos</b> ¿Integra correctamente teoría y práctica? ¿Genera aportes criteriosos sobre los casos? ¿Consulta o pregunta sobre los casos? ¿Se interesa por profundizar más sobre los temas relacionados a los casos tratados?	
<b>Nota Final</b> Suma de los puntos obtenidos dividido 5	

<b>Observaciones:</b>
-----------------------

<b>Cantidad de Horas Acreditadas (para completar por la cátedra)</b>	
--	--

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello  
Docente Hospital