INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION ESTATAL DE JALISCO
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR # 51
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR

NOMBRE: _____**GRADO:**_____

SERVICIO: _____**UNIDAD:**_____**MES:**_____

No.	ESCALA DE MEDICION	1ERA.SEMANA						2DA. SEMANA						3RA. SEMANA						4TA. SEMANA					
	ACTIVIDAD	D	R		B		E	D	R		B		E	D	R		B		E	D	R		B		E
1	Presentación	5	6	7	8	9	10	5	6	7	8	9	10	5	6	7	8	9	10	5	6	7	8	9	10
2	Puntualidad	5	6	7	8	9	10	5	6	7	8	9	10	5	6	7	8	9	10	5	6	7	8	9	10
3	Interés en el aprendizaje	5	6	7	8	9	10	5	6	7	8	9	10	5	6	7	8	9	10	5	6	7	8	9	10
4	Responsabilidad	5	6	7	8	9	10	5	6	7	8	9	10	5	6	7	8	9	10	5	6	7	8	9	10
5	Relación con los pacientes	5	6	7	8	9	10	5	6	7	8	9	10	5	6	7	8	9	10	5	6	7	8	9	10
6	Interrelaciones personales	5	6	7	8	9	10	5	6	7	8	9	10	5	6	7	8	9	10	5	6	7	8	9	10
7	Integración al equipo Medico	5	6	7	8	9	10	5	6	7	8	9	10	5	6	7	8	9	10	5	6	7	8	9	10
8	Disciplina	5	6	7	8	9	10	5	6	7	8	9	10	5	6	7	8	9	10	5	6	7	8	9	10
9	Ética	5	6	7	8	9	10	5	6	7	8	9	10	5	6	7	8	9	10	5	6	7	8	9	10
10	Respeto a las jerarquías	5	6	7	8	9	10	5	6	7	8	9	10	5	6	7	8	9	10	5	6	7	8	9	10
* TOTAL		1						2						3						4					
														**TOTAL DEL MES											

***Para calificar se suman los puntos obtenidos y se dividen entre 10 para que se de la calificación cada semana.**
****Para calificar el total del mes se sumaran los puntos obtenidos y se dividirá entre 4.**

COMENTARIOS:
_____
_____
_____

Residente	Tutor	Jefe. Educ. e Inv. en Salud
_____	_____	_____
Nombre y Firma	Nombre y Firma	Nombre y Firma