

FICHA EVALUACIÓN PRÁCTICAS (Licenciatura)

NOMBRE Y APELLIDOS: _____

DEPARTAMENTO: _____ ASIGNATURA: _____ Hospital Universitario / CC Salud: _____

PROFESOR 1: _____ PROFESOR 2: _____ PROFESOR 3: _____

ASISTENCIAS	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
Semana de _____ a _____					
Semana de _____ a _____					
Semana de _____ a _____					
Semana de _____ a _____					
Semana de _____ a _____					
Semana de _____ a _____					
Observaciones					
OTRAS ACTIVIDADES					
	1	2	3	4	5
SESIONES CLINICAS					
TALLERES					
Comentarios					