

Estimada/o compañera/o

Muchas gracias por colaborar con la docencia práctica de la Asignatura de Pediatría. Para los estudiantes de esta asignatura, es obligatorio completar cuatro semanas de prácticas, divididas en dos periodos de dos semanas, un periodo en cada cuatrimestre. Cada semana deben asistir de lunes a miércoles, ajustando su horario al de su Tutora o Tutor Clínico.

Para tener derecho a presentarse al examen final de la asignatura, es requisito indispensable, el acreditar la realización y el aprovechamiento de este periodo práctico, para lo que ahora solicitamos de nuevo vuestra colaboración. Ruego rellenes con la mayor exactitud posible los siguientes datos. El completar estos datos, servirá además para poder reconocer los créditos de docencia práctica a lo largo del presente curso, lo que servirá como mérito para posibles procesos de selección, acreditación y oposiciones.

Una vez cumplimentado, ruego lo firmes y selles, y se lo entregues relleno al alumno en un sobre cerrado.

Saludos cordiales y de nuevo, muchas gracias.

Fdo. Alfonso M. Lechuga Sancho
PCD. Pediatría

En Cádiz, a 5 de Noviembre de 2014.

Apellidos del Alumno:

Nombre del Alumno:

Periodo 1 - Evaluación Asistencia			
Fecha (desde-hasta)	Centro de Salud	Nombre Tutora o Tutor Clínico	Número de días en que la /el alumno no ha asistido

Periodo 1 - Evaluación Aprovechamiento.					
Puntuar del 1 (Muy mal) al 5 (Muy bien), señalando con una X	1	2	3	4	5
Puntualidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Participación activa en consulta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Participación activa en sesiones clínicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nivel de conocimientos Previos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nivel de conocimientos Adquiridos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aprovechamiento General del Periodo de Prácticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Periodo 1 – Comentarios adicionales.	Tutor o Tutora Clínico (Firma y Sello)

Apellidos del Alumno:

Nombre del Alumno:

Periodo 2 - Evaluación Asistencia			
Fecha (desde-hasta)	Centro de Salud	Nombre Tutora o Tutor Clínico	Número de días en que la /el alumno no ha asistido

Periodo 2 - Evaluación Aprovechamiento.					
Puntuar del 1 (Muy mal) al 5 (Muy bien), señalando con una X	1	2	3	4	5
Puntualidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Participación activa en consulta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Participación activa en sesiones clínicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nivel de conocimientos Previos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nivel de conocimientos Adquiridos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aprovechamiento General del Periodo de Prácticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Periodo 2 – Comentarios adicionales.	Tutor o Tutora Clínico (Firma y Sello)