



**REGISTRO DE EVALUACIÓN DE ACTIVIDADES PROFESIONALES CONFIABLES**

**Nombre:**

**Ciclo Académico:**

**Mes evaluado:**

**Especialidad:**

**Grado:**

**Sede: HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO 89 "CHAPULTEPEC"**

**Ciudad o OOAD GUADALAJARA JALISCO**

**Título y numero de la Actividad Profesional Confiable**

**Formular, comunicar e implementar planes de manejo a pacientes.**

**Descripción de la Actividad**

**Competencias Profesionales Evaluadas**

**Comportamientos Profesionales pre y post de autonomía basada en la confianza**

**INICIAL**

**FINAL**

**Fuentes de Evidencia e Información para esta Evaluación**

**Evaluación Alcanzada de acuerdo al O Score (consultar al reverso) INICIAL**

**Nivel:  
Calificación:**

**RETROALIMENTACIÓN**

Fecha

Médico Residente

Firma

Fecha

Profesor Titular/Adjunto

Firma

Fecha

CCEIS/JDES

Firma