



**REGISTRO DE EVALUACIÓN MENSUAL DEL ÁREA FORMATIVA:
FUNDAMENTOS CIENTÍFICOS DE LA ESPECIALIDAD**

Nombre: _____

Ciclo Académico: _____

Mes / módulo evaluado: _____

Especialidad: _____

Grado: _____

Sede: HOSPITAL GENERAL DE ZONA No 89 "CHAPULTEPEC"

Ciudad u OOAD: GUADALAJARA JALISCO

En estricto apego al programa académico y programa operativo del Programa de Residencia, el/la residente ha obtenido una evaluación para este módulo:

Aprobatoria:
No Aprobatoria:

Ordinaria:
Extraordinaria:

Para la cual se emplearon como instrumentos de evaluación (adjunte a esta cédula la evidencia):

Exámenes escritos: *Exámenes Orales* *Evaluación Clínica estructurada*

Finalización de un proyecto *Actividades Académicas y trabajos* *Otras (Describalas):*

Con un promedio final de: En una escala del 0 a 100

Fecha

Médico Residente

Firma

Fecha

Profesor Titula/Adjunto

Firma

Fecha

CCEIS/JDES

Firma