



**REGISTRO DE EVALUACIÓN MENSUAL DEL ÁREA FORMATIVA: TRANSICIÓN  
A LA PRÁCTICA PROFESIONAL A TRAVÉS DE ACTIVIDADES  
PROFESIONALES CONFIABLES**

Nombre: \_\_\_\_\_

Ciclo Académico: \_\_\_\_\_

Mes evaluado: \_\_\_\_\_

Especialidad: \_\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_\_

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

Ciudad o OOAD: GUADALAJARA JALISCO

Nombre y Número de Actividad Profesional Confiable (APC)	Fecha	Calificación	Observaciones

Promedio Final

Evaluación de tipo: Ordinaria

Extraordinaria

Fecha

Médico Residente

Firma

Fecha

Profesor Titula/Adjunto

Firma

Fecha

CCEIS/JDES

Firma