INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

IMSS

REGISTRO ANUAL DE CALIFICACIONES MENSUALES

Nombre:	**Mes evaluado:**
Ciclo Académico:	**Grado:**
Especialidad:	
Sede: HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 89 "CHAPULTEPEC"	
Ciudad u OOAD: GUADALAJARA JALISCO	
Universidad que otorga el aval académico	

MES / MODULO	TRAYECTO FORMATIVO DE ATENCIÓN*			TRAYECTO FORMATIVO DE EDUCACIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD	TRAYECTO FORMATIVO DE INVESTIGACIÓN***	
	AF FCE	AF TPP	AF VEP	AF RP	AF ICC	PFI
Promedio del área o producto evaluado						
Porcentaje del área o producto evaluado						
PORCENTAJE DEL TRAYECTO FORMATIVO						

AF FCE: Área formativa: Fundamentos Científicos de la Especialidad. **AF VE: Área Formativa: Valores y Ética Profesional.**
AF TPP: Área Formativa: Transición a la Práctica Profesional. **AF ICC: Área Formativa: Investigación Clínica y Científica.**
PFI: Producto final de investigación

PROMEDIO FINAL DEL GRADO IMSS		**EQUIVALENCIA UNIVERSITARIA DEL PROMEDIO FINAL DE GRADO IMSS**	

Fecha	Residente	Firma
Fecha	Profesor Titula/Adjunto	Firma
Fecha	CCEIS/JDES	Firma