

**COMISIÓN DE DOCENCIA**

**HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE VALENCIA**

**EVALUACION ROTACION POR PARTE DEL RESIDENTE**

|  |  |
| --- | --- |
| APELLIDOS Y NOMBRE: | |
| DNI/PASAPORTE**:** | |
| ESPECIALIDAD: | AÑO RESIDENCIA: |

**ROTACION**

|  |
| --- |
| DURACION: |
| SERVICIO: UNIDAD: |
| ADJUNTO RESPONSABLE: |

**EVALUACION**

* **Evaluar todos los puntos desde 0 (peor nota posible) a 10 (la mejor nota posible) salvo la pregunta 6 (3 opciones). No utilizar decimales**

1. **He cumplido los objetivos del rotatorio \_\_\_**
2. **El trato personal ha sido correcto \_\_\_**
3. **El material a mi disposición ha sido adecuado \_\_\_**
4. **La responsabilidad asumida ha sido la adecuada a mi nivel \_\_\_**
5. **Me han resuelto las dudas planteadas \_\_\_**
6. **La evaluación del rotatorio es compleja (exceso de burocracia) y debería estar informatizada (**sí / no / indiferente**)**
7. **Ponga el porcentaje aproximado de tiempo transcurrido durante el rotatorio en cada una de estas situaciones (la suma total debe ser 100)**

Con mi adjunto responsable \_\_\_

Con otro adjunto \_\_\_

Con otro residente \_\_\_

Solo \_\_\_

1. **Valoración global \_\_\_**

**9- Comentarios:**

Fecha:­­\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_ Firma del Residente

**NOTAS**

* Los datos de identificación del residente son CONFIDENCIALES y únicamente serán tratados por la Comisión de Docencia
* Dichos datos no se entregarán a los Servicios afectados, que únicamente recibirán los datos estadísticos.
* Estos datos se procesarán y entregarán de manera posterior a la evaluación anual de los residentes