



**COLEGIO DE MEDICOS DE LA PCIA. DE BS. AS.
DISTRITO IV
E.S.E.M.**

Curso Superior de: _____

Evaluación de la Capacitación Progresiva

(en el establecimiento asistencial)

Nombre y Apellido: _____

Hospital: _____

		Objetivos Alcanzados			
		SI		NO	
Actividad Asistencial (*)					
Actividad Científica					
Asistencia Comprometida					
Residente	Concurrente (3 veces x semana)				
Desempeño General		Muy Bueno	Bueno	Regular	Malo
Jefe de Servicio Nombre y Apellido		Firma			
Director Nombre y Apellido		Firma			
FECHA DE REALIZACION:					

(*) Para las especialidades quirúrgicas deberá cumplimentar planilla adjunta

