***DOCUMENTACIÓN PARA EL DESARROLLO Y EVALUACIÓN DE LA PRÁCTICA EN***

##### *ATENCIÓN PRIMARIA*

**ANEXO 1**

**DOCUMENTO DE REGISTRO DE ACTIVIDAD ASISTENCIAL, MORBILIDAD Y ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD**

## REGISTRO DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL

Alumno: …….……………………………………….…………. CdS: …….………………………………… Fecha: …………….

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CONSULTORIO** | Paciente  | **Motivo de consulta** | **Médio diagnóstico** | Derivación | **Actividad Preventiva** |
| Nº | Edad | Sexo |  | Lab. | Rx | Otr. | CdS | Espec. | Hosp. | Prom | Prev. |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **DOMICILIO** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**ANEXO 2**

**ACTIVIDADES PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD:**

**NOTA DE EVOLUCIÓN AMPLIADA**

***NOTA DE EVOLUCIÓN AMPLIADA***

|  |
| --- |
| **Alumno:** |
| **Paciente Nº:** | **Edad:** | **Sexo:** |
| **Fecha: / /** | **Centro de Salud:** | **Iniciales Paciente:** |
| **Subjetivo:** lo que cuenta el paciente. |
| **Objetivo:** datos físicos, pruebas complementarias. |
| **Juicio diagnóstico:** etiquetado de los problemas. **Codificación** |
| **Plan:** diagnóstico, terapéutico y educativo. |
| **Actividades de prevención y promoción realizadas.** | **Actividades de prevención y promoción pendientes.** |

 **Vto. Bno. Tutor Dr.:**

**ANEXO 3**

**PLAN ESPECÍFICO CLÍNICO-PREVENTIVO**

***PLAN ESPECÍFICO CLÍNICO PREVENTIVO\****

|  |
| --- |
| **Alumno:** |
| **Paciente Nº:** | **Edad:** | **Sexo:** |
| **Fecha: / /** | **Centro de Salud:** | **Iniciales Paciente:** |
| **Antecedentes Personales:**  |
| **Hábitos saludables:** |
| **Hábitos nocivos:** |
| **Apreciación sociocultural (situación económica, entorno familiar, etc.)** |
| **Plan:** cribados, consejos, inmunizaciones, controles (periodicidad de las intervenciones) |

\*Para los próximos 5 años

**ANEXO 4**

**EVALUACIÓN DE LA PRÁCTICA**

**Por**

**EL TUTOR DE ATENCIÓN PRIMARIA**

La hoja de evaluación del tutor se remitirá al Servicio de Medicina Preventiva del Hospital Universitario de Cruces, a cualquiera de las direcciones: **secretaria.preventiva.cruces@osakidetza.eus**

**secretaria.medicinapreventiva@osakidetza.eus**

**EVALUACIÓN DE LA PRÁCTICA**

**POR EL TUTOR**

**DATOS DEL TUTOR**

NOMBRE Y APELLIDOS TUTOR …………………………………………………………...............

CENTRO DE SALUD………………………………………………………………………………………

DNI………………………………………DIRECCIÓN ELECTRÓNICA………………………………

**DATOS DEL ESTUDIANTE**

NOMBRE Y APELLIDOS ESTUDIANTE……………………………………………………………

ESTANCIA : Desde … / … / … a … / … / … .

DIAS EFECTIVOS DE ESTANCIA:.............................

 CRITERIOS CALIFICACIÓN DEL 1 AL 10: ESCALA

 0-4 5-6 7-8 9-10

 **Por debajo de Lo esperado Por encima Muy por**

 **lo esperado Normal o de lo encima de lo**

 **Suficiente esperado esperado Excepcional**

1. Puntualidad en la asistencia

a la práctica.

2. **Participación en las actividades**

asistenciales, de acuerdo a sus

posibilidades como estudiante.

1. **Iniciativa y creatividad**

en la realización de actividades.

4. Habilidades en la **relación**

con los pacientes y sus familias.

5. Relación con los miembros

del E.A.P.

6. Grado de **conocimientos** y

**habilidades adquiridas**.

#### COMENTARIOS

. . . . . . . . . . . .

. . . . . . . . . . . .

. . . . . . . . . . . .

Fecha y firma

El tutor del Centro de Salud deberá remitir esta hoja de evaluación a cualquiera de las siguientes direcciones electrónicas: **secretaria.preventiva.cruces@osakidetza.eus secretaria.medicinapreventiva@osakidetza.eus**

**ANEXO 5**

**EVALUACIÓN DE LA DOCENCIA RECIBIDA POR EL ESTUDIANTE**

**EVALUACION DE LA DOCENCIA RECIBIDA[[1]](#footnote-1)**

NOMBRE ESTUDIANTE ………………………………………………………………………..

TUTOR/RESPONSABLE DOCENTE …………………………………………………………..

CENTRO …………………………………………………………………………………………..

ESTANCIA : Desde … / … / … a … / … / … .

 CRITERIOS CALIFICACIÓN DEL 1 AL 10: ESCALA

 0-4 5-6 7-8 9-10

 **Por debajo de Lo esperado Por encima Muy por**

 **lo esperado Normal o de lo encima de lo**

 **Suficiente esperado esperado Excepcional**

1. Variedad y relevancia

de la experiencia clínica

2. Docencia recibida (en

términos cualitativos y

cuantitativos).

3. Grado de responsabilidad

que se le ha otorgado (en

relación a sus posibilidades).

4. Satisfacción general

de la práctica.

COMENTARIOS

………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………

firma :

fecha :

**ANEXO 6**

**EVALUACIÓN DE LA MEMORIA POR EL PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA UPV/EHU**

**EVALUACION DE LA MEMORIA**

**POR EL PROFESOR**

NOMBRE ESTUDIANTE ………………………………………………………………………

TUTOR/RESPONSABLE DOCENTE …………………………………………………………

CENTRO …………………………………………………………………………………………

ESTANCIA : Desde … / … / … a … / … / … .

 CRITERIOS CALIFICACIÓN DEL 1 AL 10: ESCALA

 0-4 5-6 7-8 9-10

 **Por debajo de Lo esperado Por encima Muy por**

 **lo esperado Normal o de lo encima de lo**

 **Suficiente esperado esperado Excepcional**

1. Nivel de conocimiento del

centro y de su comunidad.

Apreciación de las características

sociodemográficas y de los problemas

de salud .

2. Pacientes estudiados.

Descripción. Características

3. Apreciación de actividades en

prevención y promoción

5. Elaboración, diseño, presentación.

COMENTARIOS

. . . . . . . . . . . .

. . . . . . . . . . . .

. . . . . . . . . . . .

NOTA TUTOR:…… NOTA MEMORIA:…… NOTA GLOBAL

firma :

fecha:

1. **A cumplimentar por el estudiante.** [↑](#footnote-ref-1)