Anexo 01

FORMATO DE SOLICITUD DE CAMPO CLINICO

1. **Denominación del campo clínico:**

- Universidad :
- Nombre del curso o asignatura :
- Profesión (medicina, enfermería, obstetricia, otros.) :
- Periodo de rotación :
- Inicio de la rotación :
- Término de la rotación :
- Horario :
- Total de alumnos que rotarán :
- Coordinador :
- Docente responsable :
- Tutor de práctica :
- Áreas o servicios solicitados para la rotación :

2. **Entrega de documentos obligatorios:**

NOMBRE DEL DOCUMENTO	VISADO POR LA UNIVERSIDAD			VISADO POR LA OEAIDE		
	SI	NO	OBSERVACIONES	SI	NO	OBSERVACIONES
a. Sílabo del curso						
b. Plan de práctica						
● Cronograma o Rol de rotación						
c. Declaración jurada de contar con Seguro Estudiantil						
d. Declaración jurada de Buena Salud Mental y Física de los alumnos.						
e. Hoja docente						

3. **Relación de alumnos:**

No	NOMBRES Y APELLIDOS	CORREO ELECTRÓNICO
1		
2		
3		
4		
5		
6		

7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		

NOTA: En caso de necesitar más espacio continuar en otra hoja

4. Hoja docente:

Nº	UNIVERSIDAD	NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO DOCENTE	CARGO ASISTENCIAL EN EL INMP	AREA DE TRABAJO	CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO

DECLARACIÓN JURADA

Yo, **Coordinadora** de sede de la asignatura ……. de la Universidad …….., declaro que los alumnos que cursarán el curso/ especialidad …….. gozan de buena salud física y mental, y que cuentan con seguro de salud vigente (especificar Essalud y seguro estudiantil), requisito indispensable para la participación en las actividades académicas y prácticas del curso.

A continuación, se detallan los alumnos:

N.°	Nombres y Apellidos	DNI	Firma
01			
02			
03			
04			
05			

Coordinadora del curso

Firma: _____

5. Cronograma de rotación por los servicios del Instituto Nacional Materno Perinatal:

UNIVERSIDAD:	DOCENTE	HORARIO	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M
CURSO:			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
NIVEL:																																
MES:			SEMANA 1							SEMANA 2							SEMANA 3							SEMANA 4								
PRIMER GRUPO																																
			AR	AR	AR	AR	AR			AR	AR	AR	AR	AR			AR	AR	AR	AR	AR			AR	AR	AR	AR	AR			AR	AR
			AR	AR	AR	AR	AR			AR	AR	AR	AR	AR			AR	AR	AR	AR	AR			AR	AR	AR	AR	AR			AR	AR
			AR	AR	AR	AR	AR			AR	AR	AR	AR	AR			AR	AR	AR	AR	AR			AR	AR	AR	AR	AR			AR	AR
			AR	AR	AR	AR	AR			AR	AR	AR	AR	AR			AR	AR	AR	AR	AR			AR	AR	AR	AR	AR			AR	AR
SEGUNDO GRUPO	DOCENTE	HORARIO																														
			AR	AR	AR	AR	AR			AR	AR	AR	AR	AR			AR	AR	AR	AR	AR			AR	AR	AR	AR	AR			AR	AR
			AR	AR	AR	AR	AR			AR	AR	AR	AR	AR			AR	AR	AR	AR	AR			AR	AR	AR	AR	AR			AR	AR
			AR	AR	AR	AR	AR			AR	AR	AR	AR	AR			AR	AR	AR	AR	AR			AR	AR	AR	AR	AR			AR	AR
			AR	AR	AR	AR	AR			AR	AR	AR	AR	AR			AR	AR	AR	AR	AR			AR	AR	AR	AR	AR			AR	AR
TERCER GRUPO	DOCENTE	HORARIO																														
			AR	AR	AR	AR	AR			AR	AR	AR	AR	AR			AR	AR	AR	AR	AR			AR	AR	AR	AR	AR			AR	AR
			AR	AR	AR	AR	AR			AR	AR	AR	AR	AR			AR	AR	AR	AR	AR			AR	AR	AR	AR	AR			AR	AR

			AR	AR	AR	AR	AR			AR	AR	AR	AR	AR			AR	AR	AR	AR	AR			AR	AR	AR	AR	AR			AR	AR
			AR	AR	AR	AR	AR			AR	AR	AR	AR	AR			AR	AR	AR	AR	AR			AR	AR	AR	AR	AR			AR	AR
CUARTO GRUPO	**DOCENTE**	**HORARIO**																														
			AR	AR	AR	AR	AR			AR	AR	AR	AR	AR			AR	AR	AR	AR	AR			AR	AR	AR	AR	AR			AR	AR
			AR	AR	AR	AR	AR			AR	AR	AR	AR	AR			AR	AR	AR	AR	AR			AR	AR	AR	AR	AR			AR	AR
			AR	AR	AR	AR	AR			AR	AR	AR	AR	AR			AR	AR	AR	AR	AR			AR	AR	AR	AR	AR			AR	AR
			AR	AR	AR	AR	AR			AR	AR	AR	AR	AR			AR	AR	AR	AR	AR			AR	AR	AR	AR	AR			AR	AR

AREAS DE ROTACION (AR)	**DESCRIPCION DEL AREA**
HOSPITALIZACION (H)	04 ALUMNOS POR TUTOR
AREA CRITICA (AC)	02 ALUMNOS POR TUTOR
CONSULTA EXTERNA (CE)	02 ALUMNOS POR TUTOR
EL CRONOGRAMA SE APLICA SOLO PARA PREGRADO Y SEGUNDA ESPECIALIDAD	