

## Cuestionario para la Evaluación de Residencias

Completar el formulario. Imprimir, firmar al pie y enviar por correo a Sánchez de Bustamante 305 PB1 C.A.B.A. CP 1173

Datos del Hospital:						
Nombre:						
Domicilio:						
Teléfono: Fax: Celular:						
E-Mail:						
¿A qué dependencia pertenece?						
Municipalidad $\square$						
Provincial $\square$						
Nacional $\square$						
Universitario $\Box$						
Hospital de Comunidad $\square$						
Obra Social $\square$						
Privado □						
¿El Servicio es Cátedra Universitaria?	C Sí	© No				
Responsable de la Residencia:						
Duración de la Residencia:						
			Firma d	lel Respon	sable	



Año de creación de la Residencia: Horarios de la Residencia: Lunes a viernes: Sábados: Domingos: Cantidad de Residentes: Número de Residentes por Jefe/Instructor: ¿Se realizan de manera regular actividades de supervisión? ¿Quién las realiza? ¿Cuántos médicos del Servicio tienen Título de Especialista otorgado por entidad científica (ACACIP), de ley (Colegios, Consejos, Ministerio) o Universidad? ¿Cuántos médicos del Servicio tiene formación pedagógica? (Carrera Docente, otra): Indique si se realiza alguna de las siguientes actividades de manera regular en el Servicio: - Intercambio Interdisciplinario  $\ \square$ - Consultas telemáticas - Ateneos Servicio Frecuencia Ateneos: Diaria 🗌 Semanal Mensual Duración Ateneos: horas - Ateneos Interdisciplinarios  $\square$ Semanal Mensual  $\square$ Frecuencia Ateneos: Diaria 🗌 Duración Ateneos: horas - Clases teóricas □ Frecuencia Clases: Diaria 🗌 Semanal Mensual  $\square$ Duración Clases: horas - Entrenamiento en animales □ Anual  $\square$ Diaria 🗌 Semanal Mensual  $\square$ Frecuencia Clases: Duración Clases: horas - Entrenamiento en simuladores Frecuencia Clases: Diaria 🗌 Semanal Mensual  $\square$ Anual  $\square$ Duración Clases: horas

Firma del Responsable





¿Se confeccionan registros de las prácticas que lleva adelante cada Residente? $$ $$ $$ $$ $$ $$ $$ $$ $$ $$
¿Cuenta el servicio con guías de diagnóstico y tratamiento? O sí O No
Señale los Servicios con que cuenta la Institución
Anestesiología   Anatomía Patológica   Cardiología   Cirugía Plástica   Cirugía Plástica   Diagnóstico por Imágenes   Endoscopía Respiratoria   Gastroenterología   Genética   Infectología   Neonatología   Neumonología   Neumonología   Terapia Intensiva   Urología   Urología
Laboratorio  Radiología  Ecografía  Tomografía  Resonancia  Centellografía
Indicar qué rotaciones realiza el Residente, dónde las hace y duración de las mismas
Indique la cantidad total de guardias que realiza el residente por mes:
1° año: 2° año: 3° año: 4° año:
¿De cuántas horas es la guardia?:

Firma del Responsable





¿Cuál es el Régimen de descanso previsto postguardia?

¿El residente cuenta con supervisión durante la guardia? O sí O No En caso de respuesta afirmativa:
- Qué modalidad asume la supervisión:
Presencial $\square$ En la Institución $\square$
Telefónica □
- Quién se hace cargo de la supervisión pedagógica en las guardias:
Responsable docente $\square$
Responsable del Servicio $\square$
Otros (Especifique):
¿Realizan actividades teóricas? O sí O No
En caso afirmativo indique cuáles de las siguientes actividades se llevan a cabo de forma habitual:
Exposición dialogada $\square$
Demostración $\square$
Exposición del Residente $\square$
Enseñanza Socrática (doble vía) $\square$
Trabajos de laboratorio $\square$
Estudio independiente
Estudio de casos
Resolución de problemas   Como ao de dispusión    Como ao de dispusión   Como ao de dispusión   Como ao de dispusi
Grupos de discusión $\square$
¿Cuántas veces por semana los Residentes asisten a clases teóricas?
¿Cuánto tiempo duran las actividades teóricas?
¿Se realizan trabajos de investigación? O sí O No
Firma del Responsable





¿Que tareas asumen los residentes en el desarrollo de dichas producciones?
Búsqueda bibliográfica □  Redacción □  Sistematización □  Presentación □
Indicar la cantidad de trabajos de investigación en los que participo la residencia, que se publicaron en los últimos cinco años.
¿Con qué frecuencia se evalúa de manera sistemática y se registra el desempeño de los Residentes?  Trimestral   Cuatrimestral   Semestral   Anual   Post Rotación   Cuatrimestral   Post Rotación
¿Se realizan actividades evaluativas integradoras? O Sí O No
¿Qué tipos de aprendizaje contemplan las evaluaciones de los residentes?:  Contenidos conceptuales   Prácticas, procedimientos, habilidades   Actitudes / comportamientos asumidas en el marco de la residencia
¿Se utilizan listas de cotejo y/o escalas en la evaluación de los residentes?
¿Se realiza un registro del tipo y número de procedimientos que hace cada residente?
¿Se realiza un informe escrito del desempeño del residente después de cada rotación?  © Sí © No

Firma del Responsable





¿Qué tipo de instrumentos o ítems utilizan para evaluar a los residentes?
Preguntas abiertas □
De desarrollo $\square$
De selección múltiple $\square$
Preparación de clases $\ \Box$
Presentaciones $\square$
Simulación $\square$
Ejecución □
Competencia clínica objetivo estructurado $\square$
(ECOE) (Postas) $\square$
Aprendizaje basado en problemas (ABP) $\square$
Trabajos de investigación $\square$
Estudio de casos $\square$
Informes
Otros (Especificar)
¿Existen programas de formación de otras especialidades en la Institución?  © Sí © No  ¿La institución recibe profesionales en formación bajo distintos regímenes (becarios, alumnos de pregrado, etc.)? © Sí © No
¿Cuáles de estos recursos se utilizan en el marco de la Residencia? Biblioteca □
Red de bibliotecas biomédicas $\square$
Cañón $\square$
Retroproyector □
PC de acceso individual $\square$
Acceso a bases de datos bibliográficos $\square$
TV/DVD □
Acceso a Internet





¿Qué condiciones de contratación posee el Residente? Tipo de contrato financiado por Seguro de vida □ Seguro de mala praxis  $\square$ ART □ Cobertura social Licencia por maternidad  $\square$ Licencia por enfermedad □ Licencia ordinaria  $\square$ Comida Provisión de uniforme □ ¿Cuáles de estos elementos pueden ser usados por la Residencia? Aulas Baños propios □ Lockers propios  $\square$ Sala de descanso/reunión  $\square$ Dormitorio propio □ Comedor Indique la Retribución mensual bruta del residente: 1° año: 2° año: 3° año: 4° año:

Jefe de Residentes: