

 <p>Servicio Canario de la Salud GERENCIA DE ATENCION PRIMARIA AREA DE SALUD DE GRAN CANARIA</p>	<p>ENCUESTA CALIDAD DOCENTE RESIDENTES</p> <p>RESIDENTES DE MEDICINA DE FAMILIA y COMUNITARIA</p>	 <p>Unidad Docente Multiprofesional Atención Familiar y Comunitaria Las Palmas Norte y Sur</p>
--	---	--

EVALUACIÓN FINAL REALIZADA POR EL RESIDENTE

RESPECTO A TU TUTOR / A

1. ¿Realiza consultas programadas en su actividad diaria?

Diariamente 3-4 veces/semana 1-2 veces/semana 2-3 veces/mes

2 ¿Analiza contigo los problemas de la consulta, una vez acabada la misma?

Diariamente 3-4 veces/semana 1-2 veces/semana 2-3 veces/mes

3. ¿Cuál es tu grado de satisfacción ante la orientación de dudas o problemas clínicos de la consulta?

Muy alto Alto Adecuado Bajo Muy bajo

4. ¿Te motiva para la realización de actividades comunitarias o educativas de grupo?

Siempre Casi siempre A veces Casi nunca Nunca

5. ¿Te ha orientado y/o supervisado la preparación de sesiones clínicas y bibliográficas?

Siempre Casi siempre A veces Casi nunca Nunca

6. ¿Cómo clasificarías el nivel de autonomía que te ha otorgado en relación al que te corresponde como residente de cuarto año?

Muy por debajo Por debajo Adecuado Por encima Muy por encima

7. ¿Te ha animado a realizar proyectos de investigación?

Siempre Casi siempre A veces Casi nunca Nunca

8. ¿Ha realizado un seguimiento de la evolución de tu aprendizaje?

Todos los meses Cada 3 meses Cada 6 meses Al terminar

9. ¿Ha fomentado tu actitud activa respecto a tu formación?

Siempre Casi siempre A veces Casi nunca Nunca

10. ¿Ha realizado seguimiento de las actividades de evaluación formativa incluidas en el Libro del R-4?

Siempre Casi siempre A veces Casi nunca Nunca

11. ¿Ha realizado tu tutor/a algún trabajo de investigación en el que tú hayas participado?

Sí No

¿Cuál es la satisfacción global con tu tutor/a?

Muy alto Alto Adecuado Bajo Muy bajo

Destaca los tres puntos más positivos de tu tutor/a:

- 1.- _____
- 2.- _____
- 3.- _____

¿En qué tres aspectos crees que debe mejorar como tutor/a?

- 1.- _____
- 2.- _____
- 3.- _____

¿Recomendarías tu tutor a otros residentes para el próximo año?

Sí Sí, pero con matices No

Médico Residente : _____

Fecha: ____ - _____ 2.01__

Tutor MFyC : _____

- Entregar en Secretaría de la Unidad Docente o enviar por email -