**EVALUACIÓN DE COMPETENCIAS DEL MÉDICO RESIDENTE DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA INTERNA: INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO Y DE PRODUCTO**

|  |  |
| --- | --- |
| **INSTRUMENTOS DE EVALUACION DE LA COMPETENCIA No. 1** | |
| **COMPETENCIA.** | 1. Realizar acciones dirigidas a la promoción de la salud y prevención de enfermedades del paciente adulto y adulto mayor, **de acuerdo a las guías técnicas vigentes o las evidencias científicas actuales.** |
| **ELEMENTOS DE COMPETENCIA.** | * 1. Realizar acciones de Información, Educación y Comunicación (IEC) relacionadas con la promoción de la salud del paciente adulto o adulto mayor. |
| * 1. Realizar acciones de Información, Educación y Comunicación (IEC) relacionadas con la prevención de enfermedades del paciente adulto o adulto mayor. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DATOS DEL MÉDICO RESIDENTE EVALUADO (A)** | | |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL DESEMPEÑO DEL MÉDICO RESIDENTE EN:**  **EJECUCIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES**  **DEL PACIENTE ADULTO O ADULTO MAYOR** |

**INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:**

1. **Observe al Médico residente durante la realización de acciones de IEC dirigidas a la promoción de la salud y prevención de enfermedades del paciente adulto y adulto mayor.**
2. Aplique la lista de cotejo durante la observación del desempeño.
3. Absténgase de hacer comentarios durante la evaluación del desempeño.
4. Marque **SI**, cuando el aspecto evaluado, se cumple y **NO**, cuando no se cumple.
5. Si alguno de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
6. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
7. Anote los aspectos en los que el Médico residente debe mejorar.
8. Presente al residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.
9. El Docente evaluador y el Médico residente consignan su firma.

| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha1:** | |
| --- | --- | --- |
|  | |
| **Cumple** | |
| **SI** | **NO** |
| 1. Interviene proactivamente en la programación de acciones de IEC dirigidas a la promoción de la salud y prevención de enfermedades del paciente adulto y adulto mayor. |  |  |
| 1. Promueve el desarrollo de las acciones de IEC dirigidas a la promoción de la salud y prevención de enfermedades del paciente adulto y adulto mayor. |  |  |
| 1. Ejecuta acciones de IEC dirigidas a la promoción de la salud y prevención de enfermedades del paciente adulto y adulto mayor. |  |  |
| 1. Utiliza material educativo acorde a la acción de IEC. |  |  |
| 1. Genera la participación del público objetivo a través de preguntas. |  |  |
| 1. Verifica en el público objetivo la comprensión de los mensajes. |  |  |
| 1. Ejecuta el análisis y evaluación de los resultados de las acciones de IEC realizadas. |  |  |
| 1. Participa en la elaboración del informe de las acciones de IEC realizadas, aportando información relevante y recomendaciones. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR** |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL PRODUCTO ELABORADO POR EL RESIDENTE:**  **INFORME DE LAS ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES DEL ADULTO Y ADULTO MAYOR** |

**INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:**

1. **Revise el Informe de acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades del paciente adulto y adulto mayor, realizadas por el Médico residente.**
2. Aplique la lista de cotejo al producto.
3. Marque SI, cuando el aspecto evaluado, se cumple y NO, cuando no se cumple.
4. Si alguno de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
5. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
6. Anote los aspectos en los que el Médico residente debe mejorar.
7. Presente al Médico residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.
8. El Docente evaluador y el Médico residente consignan su firma.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| **El INFORME DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES DEL ADULTO Y ADULTO MAYOR CONTIENE:** |  |  |  |  |
| 1. La descripción de las acciones de IEC para promoción de la salud y prevención enfermedades del paciente adulto y adulto mayor, desarrolladas con la participación del residente. |  |  |  |  |
| 1. El lugar y fecha de desarrollo de cada acción. |  |  |  |  |
| 1. La relación del personal asignado a la ejecución de cada acción, según su nivel de responsabilidad. |  |  |  |  |
| 1. La relación de recursos materiales y equipos usados para el desarrollo de cada acción. |  |  |  |  |
| 1. Los resultados inmediatos obtenidos con las acciones ejecutadas. |  |  |  |  |
| 1. Las conclusiones de la actividad. |  |  |  |  |
| 1. Las recomendaciones para futuras acciones similares. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **INSTRUMENTOS DE EVALUACION DE LA COMPETENCIA No. 2** | |
| **COMPETENCIA.** | 1. Atender al paciente adulto o adulto mayor en situaciones de emergencia, **de acuerdo a guías técnicas vigentes o las evidencias científicas actuales.** |
| **ELEMENTOS DE COMPETENCIA.** | * 1. Diagnosticar la patología del paciente adulto o adulto mayor en situación de emergencia. |
| * 1. Tratar al paciente adulto o adulto mayor en situación de emergencia médica. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DATOS DEL MÉDICO RESIDENTE EVALUADO (A)** | | |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL DESEMPEÑO DEL MÉDICO RESIDENTE,**  **DURANTE LA ATENCIÓN AL PACIENTE ADULTO O ADULTO MAYOR EN SITUACIONES DE EMERGENCIA.** |

**INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:**

1. **Observe al Médico residente durante la atención al paciente adulto o adulto mayor en situaciones de emergencia, de acuerdo a guías técnicas vigentes o las evidencias científicas actuales.**
2. Aplique la lista de cotejo durante la observación del desempeño.
3. Absténgase de hacer comentarios durante la evaluación del desempeño.
4. Marque SI, cuando el aspecto evaluado, se cumple y NO, cuando no se cumple.
5. Si alguno de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
6. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
7. Anote los aspectos en los que el Médico residente debe mejorar.
8. Presente al Médico residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.
9. El Docente evaluador y el Médico residente consignan su firma.

| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| **DURANTE LA REALIZACIÓN DEL DIAGNOSTICO:** |  |  |  |  |
| 1. Saluda, se presenta y se muestra cordial buscando establecer empatía con el paciente o su acompañante. |  |  |  |  |
| 1. Aplica normas de bioseguridad, incluyendo el lavado de manos antes y después de atender al paciente. |  |  |  |  |
| 1. Efectúa la anamnesis en forma rápida e integral, consignando fecha y hora, enfocándose en el síntoma principal y las manifestaciones clínicas referidas por el paciente. |  |  |  |  |
| 1. Efectúa el examen clínico en forma integral, con énfasis en el examen regional, en función del cuadro clínico. |  |  |  |  |
| 1. Elabora el Plan de trabajo considerando los diagnósticos presuntivos. |  |  |  |  |
| 1. Solicita los exámenes de apoyo al diagnóstico. |  |  |  |  |
| 1. Realiza las interconsultas en forma oportuna, de acuerdo al diagnóstico presuntivo, consignando fecha y hora. |  |  |  |  |
| 1. Realiza los procedimientos diagnósticos de acuerdo a protocolos establecidos. |  |  |  |  |
| 1. Obtiene el consentimiento informado. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el diagnóstico, de acuerdo con los hallazgos clínicos y resultados de los exámenes de apoyo al diagnóstico y de los procedimientos diagnósticos. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la referencia y contrarreferencia según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el registro en la HC, incluyendo CIE 10. |  |  |  |  |
| **DURANTE LA REALIZACIÓN DELTRATAMIENTO:** |  |  |  |  |
| 1. Efectúa las indicaciones generales: posición, dieta, balance hídrico, oxígeno, movilización, protección, sujeción. |  |  |  |  |
| 1. Efectúa las indicaciones no farmacológicas y farmacológicas, en relación con el/los diagnóstico/s, tomando en cuenta las interacciones y los efectos secundarios de los medicamentos e incluyendo las indicaciones condicionales. |  |  |  |  |
| 1. Realiza los procedimientos terapéuticos que corresponda, con consentimiento informado. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el seguimiento de acuerdo al cuadro clínico, registrando las evoluciones con la frecuencia requerida. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la detección de signos de alarma y complicaciones y las trata eficazmente. |  |  |  |  |
| 1. Detecta tempranamente las reacciones adversas a los medicamentos (RAM), las controla eficazmente y las notifica. |  |  |  |  |
| 1. Realiza exámenes auxiliares de laboratorio, de imágenes e interconsultas de acuerdo a la evolución del paciente. |  |  |  |  |
| 1. Indica las medidas generales de orientación a la familia según la enfermedad. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el alta, la epicrisis y las indicaciones de alta, cuando corresponda. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la referencia o contrarreferencia, según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el registro en la HC. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL PRODUCTO ELABORADO POR EL MÉDICO RESIDENTE:**  **H. C. CON REGISTRO DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE ADULTO O ADULTO MAYOR EN SITUACIONES DE EMERGENCIA** |

**INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:**

1. **Revise dos historias clínicas elaboradas por el Residente, con registro de la** **atención al paciente adulto o adulto mayor en situaciones de emergencia.**
2. Aplique la lista de cotejo al producto.
3. Marque SI, cuando el aspecto evaluado, se cumple y NO, cuando no se cumple.
4. Si alguno de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
5. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
6. Anote los aspectos en los que el Médico residente debe mejorar.
7. Presente al Médico residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.
8. El Docente evaluador y el Médico residente consignan su firma.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| **LA H.C. INCLUYE, CON LETRA LEGIBLE, PULCRITUD Y SIN ENMENDADURAS:** |  |  |  |  |
| **CON RESPECTO AL DIAGNÓSTICO:** |  |  |  |  |
| 1. Los datos de identificación del paciente. |  |  |  |  |
| 1. La anamnesis completa. |  |  |  |  |
| 1. El examen físico general regional y por aparatos o sistemas, según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. El diagnóstico presuntivo. |  |  |  |  |
| 1. El Plan de trabajo considerando los diagnósticos presuntivos. |  |  |  |  |
| 1. Los exámenes de apoyo al DIAGNOSTICO solicitados, sus informes e interpretación. |  |  |  |  |
| 1. Las interconsultas realizadas y sus informes. |  |  |  |  |
| 1. Los procedimientos diagnósticos realizados con consentimiento informado y sus informes. |  |  |  |  |
| 1. El diagnóstico, de acuerdo con los hallazgos clínicos y resultados de los estudios auxiliares de laboratorio, imágenes y procedimientos diagnósticos y el CIE 10. |  |  |  |  |
| 1. La referencia y contrarreferencia, según corresponda. |  |  |  |  |
| **CON RESPECTO AL TRATAMIENTO:** |  |  |  |  |
| 1. Las indicaciones generales: posición, dieta, balance hídrico, oxígeno, movilización, protección, sujeción. |  |  |  |  |
| 1. Las indicaciones no farmacológicas y farmacológicas, en relación con el/los diagnóstico/s, incluyendo las indicaciones condicionales. |  |  |  |  |
| 1. Los procedimientos terapéuticos que corresponda, con consentimiento informado. |  |  |  |  |
| 1. El seguimiento de acuerdo al cuadro clínico, detección de signos de peligro y registro de las evoluciones con la frecuencia necesaria. |  |  |  |  |
| 1. Las reacciones adversas a los medicamentos (RAM), detectadas, medidas para su control y notificación. |  |  |  |  |
| 1. Las complicaciones detectadas y las medidas adoptadas para su control. |  |  |  |  |
| 1. Los exámenes auxiliares de laboratorio, de imágenes e interconsultas indicados, de acuerdo a la evolución del paciente. |  |  |  |  |
| 1. Las medidas generales de orientación a la familia, según la enfermedad. |  |  |  |  |
| 1. La evolución y pronóstico. |  |  |  |  |
| 1. La referencia o contrarreferencia, según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. El alta, la epicrisis y las indicaciones de alta, cuando corresponda. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR:** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **INSTRUMENTOS DE EVALUACION DE LA COMPETENCIA No. 3** | |
| **COMPETENCIA.** | 1. Atender al paciente adulto o adulto mayor con intoxicaciones y envenenamientos, **de acuerdo a guías técnicas vigentes o las evidencias científicas actuales.** |
| **ELEMENTOS DE COMPETENCIA.** | 3.1 Diagnosticar las intoxicaciones y envenenamientos en el paciente adulto o adulto mayor. |
| 3.2 Tratar al paciente adulto o adulto mayor con intoxicaciones y envenenamientos. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DATOS DEL MÉDICO RESIDENTE EVALUADO (A)** | | |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL DESEMPEÑO DEL MÉDICO RESIDENTE DURANTE LA**  **ATENCIÓN AL PACIENTE ADULTO O ADULTO MAYOR CON INTOXICACIONES Y ENVENENAMIENTOS.** |

**INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:**

1. **Observe al Médico residente durante la atención al paciente adulto o adulto mayor con intoxicación o envenenamiento, de acuerdo a guías técnicas vigentes o las evidencias científicas actuales.**
2. Aplique la lista de cotejo durante la observación del desempeño.
3. Absténgase de hacer comentarios durante la evaluación del desempeño.
4. Marque SI, cuando el aspecto evaluado, se cumple y NO, cuando no se cumple.
5. Si alguno de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
6. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
7. Anote los aspectos en los que el Médico residente debe mejorar.
8. Presente al Médico residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.
9. El Docente evaluador y el Médico residente consignan su firma.

| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| **DURANTE EL DIAGNOSTICO:** |  |  |  |  |
| 1. Saluda, se presenta y se muestra cordial con el paciente o su acompañante, buscando establecer empatía. |  |  |  |  |
| 1. Aplica normas de bioseguridad, incluyendo el lavado de las manos antes y después de la atención. |  |  |  |  |
| 1. Efectúa la evaluación clínica en forma integral considerando: antecedentes personales, generales, fisiológicos, patológicos, epidemiológicos y familiares; en especial los relacionados con la enfermedad. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la anamnesis de la enfermedad actual incluyendo: tiempo de enfermedad, forma de inicio, curso, relato cronológico y funciones biológicas. |  |  |  |  |
| 1. Efectúa el examen físico en forma integral, en función del cuadro clínico, e incluye: funciones vitales, examen general, regional y por aparatos o sistemas, según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. Reconoce los síndromes detectados. |  |  |  |  |
| 1. Elabora el Plan de trabajo considerando los diagnósticos presuntivos. |  |  |  |  |
| 1. Solicita los exámenes de apoyo al diagnóstico, de acuerdo a los diagnósticos presuntivos. |  |  |  |  |
| 1. Realiza las interconsultas en forma oportuna, de acuerdo a los diagnósticos presuntivos. |  |  |  |  |
| 1. Solicita o realiza los procedimientos diagnósticos. con consentimiento informado. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el diagnóstico, de acuerdo con los hallazgos clínicos y resultados de los exámenes de apoyo al diagnóstico y procedimientos diagnósticos y los registra de acuerdo al CIE 10. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la referencia y contrarreferencia, según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el registro en la HC. |  |  |  |  |
| **DURANTE EL TRATAMIENTO:** |  |  |  |  |
| 1. Efectúa las indicaciones generales: posición, dieta, balance hídrico, oxígeno, movilización, protección, sujeción. |  |  |  |  |
| 1. Efectúa las indicaciones no farmacológicas y farmacológicas, en relación con el/los diagnóstico/s, tomando en cuenta las interacciones y los efectos secundarios de los medicamentos e incluyendo las indicaciones condicionales. |  |  |  |  |
| 1. Realiza los procedimientos terapéuticos que corresponda, con consentimiento informado. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el seguimiento de acuerdo al cuadro clínico, registrando las evoluciones con la frecuencia requerida. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la detección de signos de alarma y complicaciones y las trata eficazmente. |  |  |  |  |
| 1. Detecta tempranamente las reacciones adversas a los medicamentos (RAM), las controla eficazmente y las notifica. |  |  |  |  |
| 1. Realiza exámenes auxiliares de laboratorio, de imágenes e interconsultas de acuerdo a la evolución del paciente. |  |  |  |  |
| 1. Indica las medidas generales de orientación a la familia según la enfermedad. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el alta, la epicrisis y las indicaciones de alta, cuando corresponda. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la referencia o contrarreferencia, según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el registro en la HC. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR:** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL PRODUCTO ELABORADO POR EL MÉDICO RESIDENTE:**  **H. C. CON REGISTRO DE LA ATENCIÓN DEL PACIENTE ADULTO O ADULTO MAYOR CON INTOXICACIONES Y ENVENENAMIENTOS** |

**INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:**

1. **Revise dos historias clínicas elaboradas por el Residente, con registro de la** **atención al paciente adulto o adulto mayor con intoxicaciones o envenenamientos.**
2. Aplique la lista de cotejo al producto.
3. Marque **SI**, cuando el aspecto evaluado, se cumple y **NO**, cuando no se cumple.
4. Si alguno de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
5. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
6. Anote los aspectos en los que el Médico residente debe mejorar.
7. Presente al Médico residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.
8. El Docente evaluador y el Médico residente consignan su firma.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| **LA H.C. INCLUYE, CON LETRA LEGIBLE, PULCRITUD Y SIN ENMENDADURAS:** |  |  |  |  |
| **CON RESPECTO AL DIAGNÓSTICO:** |  |  |  |  |
| 1. Los datos de identificación del paciente. |  |  |  |  |
| 1. La anamnesis completa. |  |  |  |  |
| 1. El examen físico general regional y por aparatos o sistemas, según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. El diagnóstico presuntivo. |  |  |  |  |
| 1. El Plan de trabajo considerando los diagnósticos presuntivos. |  |  |  |  |
| 1. Los exámenes de apoyo al diagnóstico solicitados, sus informes e interpretación. |  |  |  |  |
| 1. Las interconsultas realizadas y sus informes. |  |  |  |  |
| 1. Los procedimientos diagnósticos realizados con consentimiento informado y sus informes. |  |  |  |  |
| 1. El diagnóstico, de acuerdo con los hallazgos clínicos y resultados de los estudios auxiliares de laboratorio, imágenes y procedimientos diagnósticos y el CIE 10. |  |  |  |  |
| 1. La referencia y contrarreferencia, según corresponda. |  |  |  |  |
| **CON RESPECTO AL TRATAMIENTO:** |  |  |  |  |
| 1. Las indicaciones generales: posición, dieta, balance hídrico, oxígeno, movilización, protección, sujeción. |  |  |  |  |
| 1. Las indicaciones no farmacológicas y farmacológicas, en relación con el/los diagnóstico/s, incluyendo las indicaciones condicionales. |  |  |  |  |
| 1. Los procedimientos terapéuticos que corresponda, con consentimiento informado. |  |  |  |  |
| 1. El seguimiento de acuerdo al cuadro clínico, detección de signos de peligro y registro de las evoluciones con la frecuencia necesaria. |  |  |  |  |
| 1. Las reacciones adversas a los medicamentos (RAM), detectadas, medidas para su control y notificación. |  |  |  |  |
| 1. Las complicaciones detectadas y las medidas adoptadas para su control. |  |  |  |  |
| 1. Los exámenes auxiliares de laboratorio, de imágenes e interconsultas indicados, de acuerdo a la evolución del paciente. |  |  |  |  |
| 1. Las medidas generales de orientación a la familia, según la enfermedad. |  |  |  |  |
| 1. La evolución y pronóstico. |  |  |  |  |
| 1. La referencia o contrarreferencia, según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. El alta, la epicrisis y las indicaciones de alta, cuando corresponda. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR:** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **INSTRUMENTOS DE EVALUACION DE LA COMPETENCIA No. 4** | |
| **COMPETENCIA.** | 1. Atender al paciente adulto o adulto mayor con enfermedad infecciosa aguda o crónica, **de acuerdo a guías técnicas vigentes o las evidencias científicas actuales.** |
| **ELEMENTOS DE COMPETENCIA.** | 4.1 Diagnosticar las enfermedades infecciosas en el paciente adulto o adulto mayor |
| 4.2 Tratar al paciente adulto o adulto mayor con enfermedad infecciosa |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DATOS DEL MÉDICO RESIDENTE EVALUADO (A)** | | |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL DESEMPEÑO DEL MÉDICO RESIDENTE DURANTE**  **LA ATENCION AL PACIENTE ADULTO O ADULTO MAYOR CON ENFERMEDAD INFECCIOSA AGUDA O CRÓNICA** |

**INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:**

1. **Observe al Médico residente durante la atención al paciente adulto o adulto mayor con enfermedad infecciosa aguda o crónica, de acuerdo a guías técnicas vigentes o las evidencias científicas actuales.**
2. Aplique la lista de cotejo durante la observación del desempeño.
3. Absténgase de hacer comentarios durante la evaluación del desempeño.
4. Marque SI, cuando el aspecto evaluado, se cumple y NO, cuando no se cumple.
5. Si alguno de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
6. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
7. Anote los aspectos en los que el Médico residente debe mejorar.
8. Presente al Médico residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.
9. El Docente evaluador y el Médico residente consignan su firma.

| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| **DURANTE EL DIAGNOSTICO:** |  |  |  |  |
| 1. Saluda, se presenta y se muestra cordial con el paciente o su acompañante, buscando establecer empatía. |  |  |  |  |
| 1. Aplica normas de bioseguridad, incluyendo el lavado de las manos antes y después de la atención |  |  |  |  |
| 1. Efectúa la evaluación clínica en forma integral considerando: antecedentes personales, generales, fisiológicos, patológicos, epidemiológicos y familiares; en especial los relacionados con la enfermedad. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la anamnesis de la enfermedad actual incluyendo: tiempo de enfermedad, forma de inicio, curso, relato cronológico y funciones biológicas. |  |  |  |  |
| 1. Efectúa el examen físico en forma integral, en función del cuadro clínico, e incluye: funciones vitales, examen general, regional y por aparatos o sistemas, según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. Reconoce los síndromes detectados. |  |  |  |  |
| 1. Elabora el Plan de trabajo considerando los diagnósticos presuntivos |  |  |  |  |
| 1. Solicita los exámenes de apoyo al diagnóstico, de acuerdo a los diagnósticos presuntivos. |  |  |  |  |
| 1. Realiza las interconsultas en forma oportuna, de acuerdo a los diagnósticos presuntivos. |  |  |  |  |
| 1. Solicita o realiza los procedimientos diagnósticos. con consentimiento informado. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el diagnóstico, de acuerdo con los hallazgos clínicos y resultados de los exámenes de apoyo al diagnóstico y procedimientos diagnósticos y los registra de acuerdo al CIE 10. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la referencia y contrarreferencia, según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el registro en la HC. |  |  |  |  |
| **DURANTE EL TRATAMIENTO:** |  |  |  |  |
| 1. Efectúa las indicaciones generales: posición, dieta, balance hídrico, oxígeno, movilización, protección, sujeción. |  |  |  |  |
| 1. Efectúa las indicaciones no farmacológicas y farmacológicas, en relación con el/los diagnóstico/s, tomando en cuenta las interacciones y los efectos secundarios de los medicamentos e incluyendo las indicaciones condicionales. |  |  |  |  |
| 1. Realiza los procedimientos terapéuticos que corresponda, con consentimiento informado. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el seguimiento de acuerdo al cuadro clínico, registrando las evoluciones con la frecuencia requerida. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la detección de signos de alarma y complicaciones y las trata eficazmente |  |  |  |  |
| 1. Detecta tempranamente las reacciones adversas a los medicamentos (RAM), las controla eficazmente y las notifica. |  |  |  |  |
| 1. Realiza exámenes auxiliares de laboratorio, de imágenes e interconsultas de acuerdo a la evolución del paciente. |  |  |  |  |
| 1. Indica las medidas generales de orientación a la familia según la enfermedad. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el alta, la epicrisis y las indicaciones de alta, cuando corresponda. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la referencia o contrarreferencia, según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el registro en la HC. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el Reporte de enfermedades de notificación inmediata. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR:** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL PRODUCTO ELABORADO POR EL MÉDICO RESIDENTE:**  **H. C. CON REGISTRO DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE ADULTO O ADULTO MAYOR CON ENFERMEDAD INFECCIOSA AGUDA O CRÓNICA** |

**INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:**

1. **Revise dos historias clínicas elaboradas por el Residente, con registro de la** **atención al paciente adulto o adulto mayor con enfermedad infecciosa aguda o crónica**
2. Aplique la lista de cotejo al producto.
3. Marque **SI**, cuando el aspecto evaluado, se cumple y **NO**, cuando no se cumple.
4. Si alguno de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
5. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
6. Anote los aspectos en los que el Médico residente debe mejorar.
7. Presente al Médico residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.
8. El Docente evaluador y el Médico residente consignan su firma.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| **LA H.C. INCLUYE, CON LETRA LEGIBLE, PULCRITUD Y SIN ENMENDADURAS:** |  |  |  |  |
| **CON RESPECTO AL DIAGNÓSTICO:** |  |  |  |  |
| 1. Los datos de identificación del paciente. |  |  |  |  |
| 1. La anamnesis completa. |  |  |  |  |
| 1. El examen físico general regional y por aparatos o sistemas, según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. El diagnóstico presuntivo. |  |  |  |  |
| 1. El Plan de trabajo considerando los diagnósticos presuntivos. |  |  |  |  |
| 1. Los exámenes de apoyo al diagnóstico solicitados, sus informes e interpretación. |  |  |  |  |
| 1. Las interconsultas realizadas y sus informes. |  |  |  |  |
| 1. Los procedimientos diagnósticos realizados con consentimiento informado y sus informes. |  |  |  |  |
| 1. El diagnóstico, de acuerdo con los hallazgos clínicos y resultados de los estudios auxiliares de laboratorio, imágenes y procedimientos diagnósticos y el CIE 10. |  |  |  |  |
| 1. La referencia y contrarreferencia, según corresponda. |  |  |  |  |
| **CON RESPECTO AL TRATAMIENTO:** |  |  |  |  |
| 1. Las indicaciones generales: posición, dieta, balance hídrico, oxígeno, movilización, protección, sujeción. |  |  |  |  |
| 1. Las indicaciones no farmacológicas y farmacológicas, en relación con el/los diagnóstico/s, incluyendo las indicaciones condicionales. |  |  |  |  |
| 1. Los procedimientos terapéuticos que corresponda, con consentimiento informado. |  |  |  |  |
| 1. El seguimiento de acuerdo al cuadro clínico, detección de signos de peligro y registro de las evoluciones con la frecuencia necesaria. |  |  |  |  |
| 1. Las reacciones adversas a los medicamentos (RAM), detectadas, medidas para su control y notificación. |  |  |  |  |
| 1. Las complicaciones detectadas y las medidas adoptadas para su control. |  |  |  |  |
| 1. Los exámenes auxiliares de laboratorio, de imágenes e interconsultas indicados, de acuerdo a la evolución del paciente. |  |  |  |  |
| 1. Las medidas generales de orientación a la familia, según la enfermedad. |  |  |  |  |
| 1. La evolución y pronóstico. |  |  |  |  |
| 1. La referencia o contrarreferencia, según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. El alta, la epicrisis y las indicaciones de alta, cuando corresponda. |  |  |  |  |
| 1. El Reporte de enfermedades de notificación inmediata. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR:** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **INSTRUMENTOS DE EVALUACION DE LA COMPETENCIA No. 5** | |
| **COMPETENCIA.** | 1. Atender al paciente adulto o adulto mayor con enfermedad neumológica, **de acuerdo a guías técnicas vigentes o las evidencias científicas actuales.** |
| **ELEMENTOS DE COMPETENCIA.** | 5.1 Diagnosticar las enfermedades neumológicas en el paciente adulto o adulto mayor. |
| 5.2 Tratar al paciente adulto o adulto mayor con enfermedad neumológica. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DATOS DEL MÉDICO RESIDENTE EVALUADO (A)** | | |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL DESEMPEÑO DEL MÉDICO RESIDENTE DURANTE LA**  **LA ATENCIÓN AL PACIENTE ADULTO O ADULTO MAYOR CON ENFERMEDAD NEUMOLÓGICA.** |

**INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:**

1. **Observe al Médico residente durante la atención al paciente adulto o adulto mayor con enfermedad neumológica, de acuerdo a guías técnicas vigentes o las evidencias científicas actuales.**
2. Aplique la lista de cotejo durante la observación del desempeño.
3. Absténgase de hacer comentarios durante la evaluación del desempeño.
4. Marque SI, cuando el aspecto evaluado, se cumple y NO, cuando no se cumple.
5. Si alguno de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
6. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
7. Anote los aspectos en los que el Médico residente debe mejorar.
8. Presente al Médico residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.
9. El Docente evaluador y el Médico residente consignan su firma.

| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| **DURANTE EL DIAGNOSTICO:** |  |  |  |  |
| 1. Saluda, se presenta y se muestra cordial con el paciente o su acompañante, buscando establecer empatía. |  |  |  |  |
| 1. Aplica normas de bioseguridad, incluyendo el lavado de las manos antes y después de la atención |  |  |  |  |
| 1. Efectúa la evaluación clínica en forma integral considerando: antecedentes personales, generales, fisiológicos, patológicos, epidemiológicos y familiares; en especial los relacionados con la enfermedad. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la anamnesis de la enfermedad actual incluyendo: tiempo de enfermedad, forma de inicio, curso, relato cronológico y funciones biológicas. |  |  |  |  |
| 1. Efectúa el examen físico en forma integral, en función del cuadro clínico, e incluye: funciones vitales, examen general, regional y por aparatos o sistemas, según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. Reconoce los síndromes detectados. |  |  |  |  |
| 1. Elabora el Plan de trabajo considerando los diagnósticos presuntivos |  |  |  |  |
| 1. Solicita los exámenes de apoyo al diagnóstico, de acuerdo a los diagnósticos presuntivos. |  |  |  |  |
| 1. Realiza las interconsultas en forma oportuna, de acuerdo a los diagnósticos presuntivos. |  |  |  |  |
| 1. Solicita o realiza los procedimientos diagnósticos. con consentimiento informado. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el diagnóstico, de acuerdo con los hallazgos clínicos y resultados de los exámenes de apoyo al diagnóstico y procedimientos diagnósticos y los registra de acuerdo al CIE 10. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la referencia y contrarreferencia, según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el registro en la HC. |  |  |  |  |
| **DURANTE EL TRATAMIENTO:** |  |  |  |  |
| 1. Efectúa las indicaciones generales: posición, dieta, balance hídrico, oxígeno, movilización, protección, sujeción. |  |  |  |  |
| 1. Efectúa las indicaciones no farmacológicas y farmacológicas, en relación con el/los diagnóstico/s, tomando en cuenta las interacciones y los efectos secundarios de los medicamentos e incluyendo las indicaciones condicionales. |  |  |  |  |
| 1. Realiza los procedimientos terapéuticos que corresponda, con consentimiento informado. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el seguimiento de acuerdo al cuadro clínico, registrando las evoluciones con la frecuencia requerida. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la detección de signos de alarma y complicaciones y las trata eficazmente |  |  |  |  |
| 1. Detecta tempranamente las reacciones adversas a los medicamentos (RAM), las controla eficazmente y las notifica. |  |  |  |  |
| 1. Realiza exámenes auxiliares de laboratorio, de imágenes e interconsultas de acuerdo a la evolución del paciente. |  |  |  |  |
| 1. Indica las medidas generales de orientación a la familia según la enfermedad. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el alta, la epicrisis y las indicaciones de alta, cuando corresponda. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la referencia o contrarreferencia, según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el registro en la HC. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL PRODUCTO ELABORADO POR EL MÉDICO RESIDENTE:**  **H. C. CON REGISTRO DE LA ATENCIÓN ALPACIENTE ADULTO O ADULTO MAYOR CON ENFERMEDAD NEUMOLÓGICA.** |

**INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:**

1. **Revise dos historias clínicas elaboradas por el Residente, con registro de la** **atención al paciente adulto o adulto mayor con enfermedad neumológica**
2. Aplique la lista de cotejo al producto.
3. Marque **SI**, cuando el aspecto evaluado, se cumple y **NO**, cuando no se cumple.
4. Si alguno de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
5. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
6. Anote los aspectos en los que el Médico residente debe mejorar.
7. Presente al Médico residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.
8. El Docente evaluador y el Médico residente consignan su firma.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| **LA H.C. INCLUYE, CON LETRA LEGIBLE, PULCRITUD Y SIN ENMENDADURAS:** |  |  |  |  |
| **CON RESPECTO AL DIAGNÓSTICO,** |  |  |  |  |
| 1. Los datos de identificación del paciente. |  |  |  |  |
| 1. La anamnesis completa. |  |  |  |  |
| 1. El examen físico general regional y por aparatos o sistemas, según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. El diagnóstico presuntivo. |  |  |  |  |
| 1. El Plan de trabajo considerando los diagnósticos presuntivos. |  |  |  |  |
| 1. Los exámenes de apoyo al diagnóstico solicitados, sus informes e interpretación. |  |  |  |  |
| 1. Las interconsultas realizadas y sus informes. |  |  |  |  |
| 1. Los procedimientos diagnósticos realizados con consentimiento informado y sus informes. |  |  |  |  |
| 1. El diagnóstico, de acuerdo con los hallazgos clínicos y resultados de los estudios auxiliares de laboratorio, imágenes y procedimientos diagnósticos y al CIE 10. |  |  |  |  |
| 1. La referencia y contrarreferencia, según corresponda. |  |  |  |  |
| **CON RESPECTO AL TRATAMIENTO,** |  |  |  |  |
| 1. Las indicaciones generales: posición, dieta, balance hídrico, oxígeno, movilización, protección, sujeción. |  |  |  |  |
| 1. Las indicaciones no farmacológicas y farmacológicas, en relación con el/los diagnóstico/s, incluyendo las indicaciones condicionales. |  |  |  |  |
| 1. Los procedimientos terapéuticos que corresponda, con consentimiento informado. |  |  |  |  |
| 1. El seguimiento de acuerdo al cuadro clínico, detección de signos de peligro y registro de las evoluciones, con la frecuencia necesaria. |  |  |  |  |
| 1. Las reacciones adversas a los medicamentos (RAM), detectadas, medidas para su control y notificación. |  |  |  |  |
| 1. Las complicaciones detectadas y las medidas adoptadas para su control. |  |  |  |  |
| 1. Los exámenes auxiliares de laboratorio, de imágenes e interconsultas indicados, de acuerdo a la evolución del paciente. |  |  |  |  |
| 1. Las medidas generales de orientación a la familia, según la enfermedad. |  |  |  |  |
| 1. La evolución y pronóstico. |  |  |  |  |
| 1. La referencia o contrarreferencia, según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. El alta, la epicrisis y las indicaciones de alta, cuando corresponda. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR:** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **INSTRUMENTOS DE EVALUACION DE LA COMPETENCIA No. 6** | |
| **COMPETENCIA.** | 1. Atender al paciente adulto o adulto mayor con enfermedad cardiovascular, **de acuerdo a guías técnicas vigentes o las evidencias científicas actuales.** |
| **ELEMENTOS DE COMPETENCIA.** | 6.1 Diagnosticar las enfermedades cardiovasculares en el paciente adulto o adulto mayor. |
| 6.2 Tratar al paciente adulto o adulto mayor con enfermedad cardiovascular. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DATOS DEL MÉDICO RESIDENTE EVALUADO (A)** | | |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL DESEMPEÑO DEL MÉDICO RESIDENTE DURANTE**  **LA ATENCIÓN AL PACIENTE ADULTO O ADULTO MAYOR CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR.** |

**INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:**

1. **Observe al Médico residente durante la atención al paciente adulto o adulto mayor con enfermedad cardiovascular, de acuerdo a guías técnicas vigentes o las evidencias científicas actuales.**
2. Aplique la lista de cotejo durante la observación del desempeño.
3. Absténgase de hacer comentarios durante la evaluación del desempeño.
4. Marque SI, cuando el aspecto evaluado, se cumple y NO, cuando no se cumple.
5. Si alguno de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
6. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
7. Anote los aspectos en los que el Médico residente debe mejorar.
8. Presente al Médico residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.
9. El Docente evaluador y el Médico residente consignan su firma.

| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| **DURANTE EL DIAGNÓSTICO:** |  |  |  |  |
| 1. Saluda, se presenta y se muestra cordial con el paciente o su acompañante, buscando establecer empatía. |  |  |  |  |
| 1. Aplica normas de bioseguridad, incluyendo el lavado de las manos antes y después de la atención |  |  |  |  |
| 1. Efectúa la evaluación clínica en forma integral considerando: antecedentes personales, generales, fisiológicos, patológicos, epidemiológicos y familiares; en especial los relacionados con la enfermedad. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la anamnesis de la enfermedad actual incluyendo: tiempo de enfermedad, forma de inicio, curso, relato cronológico y funciones biológicas. |  |  |  |  |
| 1. Efectúa el examen físico en forma integral, en función del cuadro clínico, e incluye: funciones vitales, examen general, regional y por aparatos o sistemas, según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. Reconoce los síndromes detectados. |  |  |  |  |
| 1. Elabora el Plan de trabajo considerando los diagnósticos presuntivos |  |  |  |  |
| 1. Solicita los exámenes de apoyo al diagnóstico, de acuerdo a los diagnósticos presuntivos. |  |  |  |  |
| 1. Realiza las interconsultas en forma oportuna, de acuerdo a los diagnósticos presuntivos. |  |  |  |  |
| 1. Solicita o realiza los procedimientos diagnósticos. con consentimiento informado. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el diagnóstico, de acuerdo con los hallazgos clínicos y resultados de los exámenes de apoyo al diagnóstico y procedimientos diagnósticos y los registra de acuerdo al CIE 10. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la referencia y contrarreferencia, según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el registro en la HC. |  |  |  |  |
| **DURANTE EL TRATAMIENTO:** |  |  |  |  |
| 1. Efectúa las indicaciones generales: posición, dieta, balance hídrico, oxígeno, movilización, protección, sujeción. |  |  |  |  |
| 1. Efectúa las indicaciones no farmacológicas y farmacológicas, en relación con el/los diagnóstico/s, tomando en cuenta las interacciones y los efectos secundarios de los medicamentos e incluyendo las indicaciones condicionales. |  |  |  |  |
| 1. Realiza los procedimientos terapéuticos que corresponda, con consentimiento informado. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el seguimiento de acuerdo al cuadro clínico, registrando las evoluciones con la frecuencia requerida. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la detección de signos de alarma y complicaciones y las trata eficazmente |  |  |  |  |
| 1. Detecta tempranamente las reacciones adversas a los medicamentos (RAM), las controla eficazmente y las notifica. |  |  |  |  |
| 1. Realiza exámenes auxiliares de laboratorio, de imágenes e interconsultas de acuerdo a la evolución del paciente. |  |  |  |  |
| 1. Indica las medidas generales de orientación a la familia según la enfermedad. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el alta, la epicrisis y las indicaciones de alta, cuando corresponda. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la referencia o contrarreferencia, según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el registro en la HC. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR:** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL PRODUCTO ELABORADO POR EL MÉDICO RESIDENTE:**  **H. C. CON REGISTRO DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE ADULTO O ADULTO MAYOR, CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR.** |

**INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:**

1. **Revise dos historias clínicas elaboradas por el Residente, con registro de la** **atención al paciente adulto o adulto mayor con enfermedad cardiovascular**
2. Aplique la lista de cotejo al producto.
3. Marque **SI**, cuando el aspecto evaluado, se cumple y **NO**, cuando no se cumple.
4. Si alguno de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
5. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
6. Anote los aspectos en los que el Médico residente debe mejorar.
7. Presente al Médico residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.
8. El Docente evaluador y el Médico residente consignan su firma.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| **LA H.C. INCLUYE, CON LETRA LEGIBLE, PULCRITUD Y SIN ENMENDADURAS:** |  |  |  |  |
| **CON RESPECTO AL DIAGNÓSTICO:** |  |  |  |  |
| 1. Los datos de identificación del paciente. |  |  |  |  |
| 1. La anamnesis completa. |  |  |  |  |
| 1. El examen físico general regional y por aparatos o sistemas, según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. El diagnóstico presuntivo. |  |  |  |  |
| 1. El Plan de trabajo considerando los diagnósticos presuntivos. |  |  |  |  |
| 1. Los exámenes de apoyo al diagnóstico solicitados, sus informes e interpretación. |  |  |  |  |
| 1. Las interconsultas realizadas y sus informes. |  |  |  |  |
| 1. Los procedimientos diagnósticos realizados con consentimiento informado y sus informes. |  |  |  |  |
| 1. El diagnóstico, de acuerdo con los hallazgos clínicos y resultados de los estudios auxiliares de laboratorio, imágenes y procedimientos diagnósticos y al CIE 10. |  |  |  |  |
| 1. La referencia y contrarreferencia, según corresponda. |  |  |  |  |
| **CON RESPECTO AL TRATAMIENTO:** |  |  |  |  |
| 1. Las indicaciones generales: posición, dieta, balance hídrico, oxígeno, movilización, protección, sujeción. |  |  |  |  |
| 1. Las indicaciones no farmacológicas y farmacológicas, en relación con el/los diagnóstico/s, incluyendo las indicaciones condicionales. |  |  |  |  |
| 1. Los procedimientos terapéuticos que corresponda, con consentimiento informado. |  |  |  |  |
| 1. El seguimiento de acuerdo al cuadro clínico, detección de signos de peligro y registro de las evoluciones, con la frecuencia necesaria. |  |  |  |  |
| 1. Las reacciones adversas a los medicamentos (RAM), detectadas, medidas para su control y notificación. |  |  |  |  |
| 1. Las complicaciones detectadas y las medidas adoptadas para su control. |  |  |  |  |
| 1. Los exámenes auxiliares de laboratorio, de imágenes e interconsultas indicados, de acuerdo a la evolución del paciente. |  |  |  |  |
| 1. Las medidas generales de orientación a la familia, según la enfermedad. |  |  |  |  |
| 1. La evolución y pronóstico. |  |  |  |  |
| 1. La referencia o contrarreferencia, según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. El alta, la epicrisis y las indicaciones de alta, cuando corresponda. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR:** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **INSTRUMENTOS DE EVALUACION DE LA COMPETENCIA No. 7** | |
| **COMPETENCIA.** | 1. Atender al paciente adulto o adulto mayor con enfermedad neurológica, **de acuerdo a guías técnicas vigentes o las evidencias científicas actuales.** |
| **ELEMENTOS DE COMPETENCIA.** | 7.1 Diagnosticar las enfermedades neurológicas en el paciente adulto o adulto mayor. |
| 7.2 Tratar al paciente adulto o adulto mayor con enfermedad neurológica. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DATOS DEL MÉDICO RESIDENTE EVALUADO (A)** | | |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL DESEMPEÑO DEL MÉDICO RESIDENTE DURANTE**  **LA ATENCIÓN AL PACIENTE ADULTO O ADULTO MAYOR CON ENFERMEDAD NEUROLÓGICA.** |

**INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:**

1. **Observe al Médico residente durante la atención al paciente adulto o adulto mayor con enfermedad neurológica, de acuerdo a guías técnicas vigentes o las evidencias científicas actuales.**
2. Aplique la lista de cotejo durante la observación del desempeño.
3. Absténgase de hacer comentarios durante la evaluación del desempeño.
4. Marque SI, cuando el aspecto evaluado, se cumple y NO, cuando no se cumple.
5. Si alguno de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
6. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
7. Anote los aspectos en los que el Médico residente debe mejorar.
8. Presente al Médico residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.
9. El Docente evaluador y el Médico residente consignan su firma.

| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| **DURANTE EL DIAGNÓSTICO:** |  |  |  |  |
| 1. Saluda, se presenta y se muestra cordial con el paciente o su acompañante, buscando establecer empatía. |  |  |  |  |
| 1. Aplica normas de bioseguridad, incluyendo el lavado de las manos antes y después de la atención |  |  |  |  |
| 1. Efectúa la evaluación clínica en forma integral considerando: antecedentes personales, generales, fisiológicos, patológicos, epidemiológicos y familiares; en especial los relacionados con la enfermedad. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la anamnesis de la enfermedad actual incluyendo: tiempo de enfermedad, forma de inicio, curso, relato cronológico y funciones biológicas. |  |  |  |  |
| 1. Efectúa el examen físico en forma integral, en función del cuadro clínico, e incluye: funciones vitales, examen general, regional y por aparatos o sistemas, según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. Reconoce los síndromes detectados. |  |  |  |  |
| 1. Elabora el Plan de trabajo considerando los diagnósticos presuntivos |  |  |  |  |
| 1. Solicita los exámenes de apoyo al diagnóstico, de acuerdo a los diagnósticos presuntivos. |  |  |  |  |
| 1. Realiza las interconsultas en forma oportuna, de acuerdo a los diagnósticos presuntivos. |  |  |  |  |
| 1. Solicita o realiza los procedimientos diagnósticos. con consentimiento informado. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el diagnóstico, de acuerdo con los hallazgos clínicos y resultados de los exámenes de apoyo al diagnóstico y procedimientos diagnósticos y los registra de acuerdo al CIE 10. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la referencia y contrarreferencia, según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el registro en la HC. |  |  |  |  |
| **DURANTE EL TRATAMIENTO:** |  |  |  |  |
| 1. Efectúa las indicaciones generales: posición, dieta, balance hídrico, oxígeno, movilización, protección, sujeción. |  |  |  |  |
| 1. Efectúa las indicaciones no farmacológicas y farmacológicas, en relación con el/los diagnóstico/s, tomando en cuenta las interacciones y los efectos secundarios de los medicamentos e incluyendo las indicaciones condicionales. |  |  |  |  |
| 1. Realiza los procedimientos terapéuticos que corresponda, con consentimiento informado. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el seguimiento de acuerdo al cuadro clínico, registrando las evoluciones con la frecuencia requerida. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la detección de signos de alarma y complicaciones y las trata eficazmente |  |  |  |  |
| 1. Detecta tempranamente las reacciones adversas a los medicamentos (RAM), las controla eficazmente y las notifica. |  |  |  |  |
| 1. Realiza exámenes auxiliares de laboratorio, de imágenes e interconsultas de acuerdo a la evolución del paciente. |  |  |  |  |
| 1. Indica las medidas generales de orientación a la familia según la enfermedad. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el alta, la epicrisis y las indicaciones de alta, cuando corresponda. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la referencia o contrarreferencia, según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el registro en la HC. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR:** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL PRODUCTO ELABORADO POR EL MÉDICO RESIDENTE:**  **HISTORIA CLINICA CON REGISTRO DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE ADULTO O ADULTO MAYOR CON ENFERMEDAD NEUROLÓGICA.** |

**INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:**

1. **Revise dos historias clínicas elaboradas por el Residente, con registro de la** **atención al paciente adulto o adulto mayor con enfermedad neurológica**
2. Aplique la lista de cotejo al producto.
3. Marque **SI**, cuando el aspecto evaluado, se cumple y **NO**, cuando no se cumple.
4. Si alguno de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
5. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
6. Anote los aspectos en los que el Médico residente debe mejorar.
7. Presente al Médico residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.
8. El Docente evaluador y el Médico residente consignan su firma.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| **LA H.C. INCLUYE, CON LETRA LEGIBLE, PULCRITUD Y SIN ENMENDADURAS:** |  |  |  |  |
| **CON RESPECTO AL DIAGNÓSTICO:** |  |  |  |  |
| 1. Los datos de identificación del paciente. |  |  |  |  |
| 1. La anamnesis completa. |  |  |  |  |
| 1. El examen físico general regional y por aparatos o sistemas, según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. El diagnóstico presuntivo. |  |  |  |  |
| 1. El Plan de trabajo considerando los diagnósticos presuntivos. |  |  |  |  |
| 1. Los exámenes de apoyo al diagnóstico solicitados, sus informes e interpretación. |  |  |  |  |
| 1. Las interconsultas realizadas y sus informes. |  |  |  |  |
| 1. Los procedimientos diagnósticos realizados con consentimiento informado y sus informes. |  |  |  |  |
| 1. El diagnóstico, de acuerdo con los hallazgos clínicos y resultados de los estudios auxiliares de laboratorio, imágenes y procedimientos diagnósticos y al CIE 10. |  |  |  |  |
| 1. La referencia y contrarreferencia, según corresponda. |  |  |  |  |
| **CON RESPECTO AL TRATAMIENTO:** |  |  |  |  |
| 1. Las indicaciones generales: posición, dieta, balance hídrico, oxígeno, movilización, protección, sujeción. |  |  |  |  |
| 1. Las indicaciones no farmacológicas y farmacológicas, en relación con el/los diagnóstico/s, incluyendo las indicaciones condicionales. |  |  |  |  |
| 1. Los procedimientos terapéuticos que corresponda, con consentimiento informado. |  |  |  |  |
| 1. El seguimiento de acuerdo al cuadro clínico, detección de signos de peligro y registro de las evoluciones, con la frecuencia necesaria. |  |  |  |  |
| 1. Las reacciones adversas a los medicamentos (RAM), detectadas, medidas para su control y notificación. |  |  |  |  |
| 1. Las complicaciones detectadas y las medidas adoptadas para su control. |  |  |  |  |
| 1. Los exámenes auxiliares de laboratorio, de imágenes e interconsultas indicados, de acuerdo a la evolución del paciente. |  |  |  |  |
| 1. Las medidas generales de orientación a la familia, según la enfermedad. |  |  |  |  |
| 1. La evolución y pronóstico. |  |  |  |  |
| 1. La referencia o contrarreferencia, según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. El alta, la epicrisis y las indicaciones de alta, cuando corresponda. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR:** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **INSTRUMENTOS DE EVALUACION DE LA COMPETENCIA No. 8** | |
| **COMPETENCIA.** | 1. Atender al paciente adulto o adulto mayor enfermedad gastroenterológica, **de acuerdo a guías técnicas vigentes o las evidencias científicas actuales.** |
| **ELEMENTOS DE COMPETENCIA.** | * 1. Diagnosticar las enfermedades gastroenterológicas en el paciente adulto o adulto mayor. |
| * 1. Tratar al paciente adulto o adulto mayor con enfermedad gastroenterológica. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DATOS DEL MÉDICO RESIDENTE EVALUADO (A)** | | |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL DESEMPEÑO DEL MÉDICO RESIDENTE DURANTE**  **LA ATENCIÓN AL PACIENTE ADULTO O ADULTO MAYOR CON ENFERMEDAD GASTROENTEROLÓGICA.** |

**INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:**

1. **Observe al Médico residente durante la atención al paciente adulto o adulto mayor con enfermedad gastroenterológica, de acuerdo a guías técnicas vigentes o las evidencias científicas actuales.**
2. Aplique la lista de cotejo durante la observación del desempeño.
3. Absténgase de hacer comentarios durante la evaluación del desempeño.
4. Marque **SI**, cuando el aspecto evaluado, se cumple y **NO**, cuando no se cumple.
5. Si alguno de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
6. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
7. Anote los aspectos en los que el Médico residente debe mejorar.
8. Presente al Médico residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.

| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| **DURANTE EL DIAGNOSTICO:** |  |  |  |  |
| 1. Saluda, se presenta y se muestra cordial con el paciente o su acompañante, buscando establecer empatía. |  |  |  |  |
| 1. Aplica normas de bioseguridad, incluyendo el lavado de las manos antes y después de la atención |  |  |  |  |
| 1. Efectúa la evaluación clínica en forma integral considerando: antecedentes personales, generales, fisiológicos, patológicos, epidemiológicos y familiares; en especial los relacionados con la enfermedad. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la anamnesis de la enfermedad actual incluyendo: tiempo de enfermedad, forma de inicio, curso, relato cronológico y funciones biológicas. |  |  |  |  |
| 1. Efectúa el examen físico en forma integral, en función del cuadro clínico, e incluye: funciones vitales, examen general, regional y por aparatos o sistemas, según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. Reconoce los síndromes detectados. |  |  |  |  |
| 1. Elabora el Plan de trabajo considerando los diagnósticos presuntivos |  |  |  |  |
| 1. Solicita los exámenes de apoyo al diagnóstico, de acuerdo a los diagnósticos presuntivos. |  |  |  |  |
| 1. Realiza las interconsultas en forma oportuna, de acuerdo a los diagnósticos presuntivos. |  |  |  |  |
| 1. Solicita o realiza los procedimientos diagnósticos. con consentimiento informado. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el diagnóstico, de acuerdo con los hallazgos clínicos y resultados de los exámenes de apoyo al diagnóstico y procedimientos diagnósticos y los registra de acuerdo al CIE 10. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la referencia y contrarreferencia, según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el registro en la HC. |  |  |  |  |
| **DURANTE EL TRATAMIENTO:** |  |  |  |  |
| 1. Efectúa las indicaciones generales: posición, dieta, balance hídrico, oxígeno, movilización, protección, sujeción. |  |  |  |  |
| 1. Efectúa las indicaciones no farmacológicas y farmacológicas, en relación con el/los diagnóstico/s, tomando en cuenta las interacciones y los efectos secundarios de los medicamentos e incluyendo las indicaciones condicionales. |  |  |  |  |
| 1. Realiza los procedimientos terapéuticos que corresponda, con consentimiento informado. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el seguimiento de acuerdo al cuadro clínico, registrando las evoluciones con la frecuencia requerida. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la detección de signos de alarma y complicaciones y las trata eficazmente |  |  |  |  |
| 1. Detecta tempranamente las reacciones adversas a los medicamentos (RAM), las controla eficazmente y las notifica. |  |  |  |  |
| 1. Realiza exámenes auxiliares de laboratorio, de imágenes e interconsultas de acuerdo a la evolución del paciente. |  |  |  |  |
| 1. Indica las medidas generales de orientación a la familia según la enfermedad. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el alta, la epicrisis y las indicaciones de alta, cuando corresponda. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la referencia o contrarreferencia, según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el registro en la HC. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR:** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL PRODUCTO ELABORADO POR EL MÉDICO RESIDENTE:**  **HISTORIA CLINICA CON REGISTRO DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE ADULTO O ADULTO MAYOR CON ENFERMEDAD GASTROENTEROLÓGICA.** |

**INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:**

1. **Revise dos historias clínicas elaboradas por el Residente, con registro de la** **atención al paciente adulto o adulto mayor con enfermedad gastroenterológica**
2. Aplique la lista de cotejo al producto.
3. Marque **SI**, cuando el aspecto evaluado, se cumple y **NO**, cuando no se cumple.
4. Si alguno de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
5. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
6. Anote los aspectos en los que el Médico residente debe mejorar.
7. Presente al Médico residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.
8. El Docente evaluador y el Médico residente consignan su firma.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| **LA H.C. INCLUYE, CON LETRA LEGIBLE, PULCRITUD Y SIN ENMENDADURAS:** |  |  |  |  |
| **CON RESPECTO AL DIAGNÓSTICO,** |  |  |  |  |
| 1. Los datos de identificación del paciente. |  |  |  |  |
| 1. La anamnesis completa. |  |  |  |  |
| 1. El examen físico general regional y por aparatos o sistemas, según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. El diagnóstico presuntivo. |  |  |  |  |
| 1. El Plan de trabajo considerando los diagnósticos presuntivos. |  |  |  |  |
| 1. Los exámenes de apoyo al DIAGNOSTICO solicitados, sus informes e interpretación. |  |  |  |  |
| 1. Las interconsultas realizadas y sus informes. |  |  |  |  |
| 1. Los procedimientos diagnósticos realizados con consentimiento informado y sus informes. |  |  |  |  |
| 1. El diagnóstico, de acuerdo con los hallazgos clínicos y resultados de los estudios auxiliares de laboratorio, imágenes y procedimientos diagnósticos y al CIE 10. |  |  |  |  |
| 1. La referencia y contrarreferencia, según corresponda. |  |  |  |  |
| **CON RESPECTO AL TRATAMIENTO,** |  |  |  |  |
| 1. Las indicaciones generales: posición, dieta, balance hídrico, oxígeno, movilización, protección, sujeción. |  |  |  |  |
| 1. Las indicaciones no farmacológicas y farmacológicas, en relación con el/los diagnóstico/s, incluyendo las indicaciones condicionales. |  |  |  |  |
| 1. Los procedimientos terapéuticos que corresponda, con consentimiento informado. |  |  |  |  |
| 1. El seguimiento de acuerdo al cuadro clínico, detección de signos de peligro y registro de las evoluciones, con la frecuencia necesaria. |  |  |  |  |
| 1. Las reacciones adversas a los medicamentos (RAM), detectadas, medidas para su control y notificación. |  |  |  |  |
| 1. Las complicaciones detectadas y las medidas adoptadas para su control. |  |  |  |  |
| 1. Los exámenes auxiliares de laboratorio, de imágenes e interconsultas indicados, de acuerdo a la evolución del paciente. |  |  |  |  |
| 1. Las medidas generales de orientación a la familia, según la enfermedad. |  |  |  |  |
| 1. La evolución y pronóstico. |  |  |  |  |
| 1. La referencia o contrarreferencia, según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. El alta, la epicrisis y las indicaciones de alta, cuando corresponda. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **INSTRUMENTOS DE EVALUACION DE LA COMPETENCIA No. 9** | |
| **COMPETENCIA** | 1. Atender al paciente adulto o adulto mayor con enfermedad nefrológica, de acuerdo a guías técnicas vigentes o las evidencias científicas actuales. |
| **ELEMENTOS DE COMPETENCIA** | 9.1 Diagnosticar las enfermedades nefrológicas en el paciente adulto o adulto mayor |
| 9.2 Tratar al paciente adulto o adulto mayor con enfermedad nefrológica |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DATOS DEL MÉDICO RESIDENTE EVALUADO (A)** | | |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL DESEMPEÑO DEL MÉDICO RESIDENTE DURANTE**  **LA ATENCIÓN AL PACIENTE ADULTO O ADULTO MAYOR CON ENFERMEDAD NEFROLÓGICA.** |

**INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:**

1. **Observe al Médico residente durante la atención al paciente adulto o adulto mayor con enfermedad nefrológica, de acuerdo a guías técnicas vigentes o las evidencias científicas actuales.**
2. Aplique la lista de cotejo durante la observación del desempeño.
3. Absténgase de hacer comentarios durante la evaluación del desempeño.
4. Marque **SI**, cuando el aspecto evaluado, se cumple y **NO**, cuando no se cumple.
5. Si alguno de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
6. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
7. Anote los aspectos en los que el Médico residente debe mejorar.
8. Presente al Médico residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.

| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| **DURANTE EL DIAGNOSTICO:** |  |  |  |  |
| 1. Saluda, se presenta y se muestra cordial con el paciente o su acompañante, buscando establecer empatía. |  |  |  |  |
| 1. Aplica normas de bioseguridad, incluyendo el lavado de las manos antes y después de la atención |  |  |  |  |
| 1. Efectúa la evaluación clínica en forma integral considerando: antecedentes personales, generales, fisiológicos, patológicos, epidemiológicos y familiares; en especial los relacionados con la enfermedad. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la anamnesis de la enfermedad actual incluyendo: tiempo de enfermedad, forma de inicio, curso, relato cronológico y funciones biológicas. |  |  |  |  |
| 1. Efectúa el examen físico en forma integral, en función del cuadro clínico, e incluye: funciones vitales, examen general, regional y por aparatos o sistemas, según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. Reconoce los síndromes detectados. |  |  |  |  |
| 1. Elabora el Plan de trabajo considerando los diagnósticos presuntivos |  |  |  |  |
| 1. Solicita los exámenes de apoyo al diagnóstico, de acuerdo a los diagnósticos presuntivos. |  |  |  |  |
| 1. Realiza las interconsultas en forma oportuna, de acuerdo a los diagnósticos presuntivos. |  |  |  |  |
| 1. Solicita o realiza los procedimientos diagnósticos. con consentimiento informado. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el diagnóstico, de acuerdo con los hallazgos clínicos y resultados de los exámenes de apoyo al diagnóstico y procedimientos diagnósticos y los registra de acuerdo al CIE 10. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la referencia y contrarreferencia, según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el registro en la HC. |  |  |  |  |
| **DURANTE EL TRATAMIENTO:** |  |  |  |  |
| 1. Efectúa las indicaciones generales: posición, dieta, balance hídrico, oxígeno, movilización, protección, sujeción. |  |  |  |  |
| 1. Efectúa las indicaciones no farmacológicas y farmacológicas, en relación con el/los diagnóstico/s, tomando en cuenta las interacciones y los efectos secundarios de los medicamentos e incluyendo las indicaciones condicionales. |  |  |  |  |
| 1. Realiza los procedimientos terapéuticos que corresponda, con consentimiento informado. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el seguimiento de acuerdo al cuadro clínico, registrando las evoluciones con la frecuencia requerida. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la detección de signos de alarma y complicaciones y las trata eficazmente |  |  |  |  |
| 1. Detecta tempranamente las reacciones adversas a los medicamentos (RAM), las controla eficazmente y las notifica. |  |  |  |  |
| 1. Realiza exámenes auxiliares de laboratorio, de imágenes e interconsultas de acuerdo a la evolución del paciente. |  |  |  |  |
| 1. Indica las medidas generales de orientación a la familia según la enfermedad. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el alta, la epicrisis y las indicaciones de alta, cuando corresponda. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la referencia o contrarreferencia, según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el registro en la HC. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL PRODUCTO ELABORADO POR EL MÉDICO RESIDENTE:**  **HISTORIA CLINICA CON REGISTRO DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE ADULTO O ADULTO MAYOR CON ENFERMEDAD NEFROLÓGICA.** |

**INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:**

1. **Revise dos historias clínicas elaboradas por el Residente, con registro de la** **atención al paciente adulto o adulto mayor con enfermedad nefrológica**
2. Aplique la lista de cotejo al producto.
3. Marque **SI**, cuando el aspecto evaluado, se cumple y **NO**, cuando no se cumple.
4. Si alguno de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
5. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
6. Anote los aspectos en los que el Médico residente debe mejorar.
7. Presente al Médico residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.
8. El Docente evaluador y el Médico residente consignan su firma.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| **LA H.C. INCLUYE, CON LETRA LEGIBLE, PULCRITUD Y SIN ENMENDADURAS:** |  |  |  |  |
| **CON RESPECTO AL DIAGNÓSTICO,** |  |  |  |  |
| 1. Los datos de identificación del paciente. |  |  |  |  |
| 1. La anamnesis completa. |  |  |  |  |
| 1. El examen físico general regional y por aparatos o sistemas, según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. El diagnóstico presuntivo. |  |  |  |  |
| 1. El Plan de trabajo considerando los diagnósticos presuntivos. |  |  |  |  |
| 1. Los exámenes de apoyo al DIAGNOSTICO solicitados, sus informes e interpretación. |  |  |  |  |
| 1. Las interconsultas realizadas y sus informes. |  |  |  |  |
| 1. Los procedimientos diagnósticos realizados con consentimiento informado y sus informes. |  |  |  |  |
| 1. El diagnóstico, de acuerdo con los hallazgos clínicos y resultados de los estudios auxiliares de laboratorio, imágenes y procedimientos diagnósticos y al CIE 10. |  |  |  |  |
| 1. La referencia y contrarreferencia, según corresponda. |  |  |  |  |
| **CON RESPECTO AL TRATAMIENTO,** |  |  |  |  |
| 1. Las indicaciones generales: posición, dieta, balance hídrico, oxígeno, movilización, protección, sujeción. |  |  |  |  |
| 1. Las indicaciones no farmacológicas y farmacológicas, en relación con el/los diagnóstico/s, incluyendo las indicaciones condicionales. |  |  |  |  |
| 1. Los procedimientos terapéuticos que corresponda, con consentimiento informado. |  |  |  |  |
| 1. El seguimiento de acuerdo al cuadro clínico, detección de signos de peligro y registro de las evoluciones, con la frecuencia necesaria. |  |  |  |  |
| 1. Las reacciones adversas a los medicamentos (RAM), detectadas, medidas para su control y notificación. |  |  |  |  |
| 1. Las complicaciones detectadas y las medidas adoptadas para su control. |  |  |  |  |
| 1. Los exámenes auxiliares de laboratorio, de imágenes e interconsultas indicados, de acuerdo a la evolución del paciente. |  |  |  |  |
| 1. Las medidas generales de orientación a la familia, según la enfermedad. |  |  |  |  |
| 1. La evolución y pronóstico. |  |  |  |  |
| 1. La referencia o contrarreferencia, según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. El alta, la epicrisis y las indicaciones de alta, cuando corresponda. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **INSTRUMENTOS DE EVALUACION DE LA COMPETENCIA No. 10** | |
| **COMPETENCIA** | 1. Atender al paciente adulto o adulto mayor con enfermedad reumatológica, de acuerdo a guías técnicas vigentes o las evidencias científicas actuales. |
| **ELEMENTOS DE COMPETENCIA** | 10.1 Diagnosticar las enfermedades reumatológicas en el paciente adulto o adulto mayor |
| 10.2 Tratar al paciente adulto o adulto mayor con enfermedad reumatológica |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DATOS DEL MÉDICO RESIDENTE EVALUADO (A)** | | |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL DESEMPEÑO DEL MÉDICO RESIDENTE DURANTE**  **LA ATENCIÓN AL PACIENTE ADULTO O ADULTO MAYOR CON ENFERMEDAD REUMATOLÓGICA.** |

**INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:**

1. **Observe al Médico residente durante la atención al paciente adulto o adulto mayor con enfermedad reumatológica, de acuerdo a guías técnicas vigentes o las evidencias científicas actuales.**
2. Aplique la lista de cotejo durante la observación del desempeño.
3. Absténgase de hacer comentarios durante la evaluación del desempeño.
4. Marque **SI**, cuando el aspecto evaluado, se cumple y **NO**, cuando no se cumple.
5. Si alguno de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
6. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
7. Anote los aspectos en los que el Médico residente debe mejorar.
8. Presente al Médico residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.

| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| **DURANTE EL DIAGNÓSTICO:** |  |  |  |  |
| 1. Saluda, se presenta y se muestra cordial con el paciente o su acompañante, buscando establecer empatía. |  |  |  |  |
| 1. Aplica normas de bioseguridad, incluyendo el lavado de las manos antes y después de la atención |  |  |  |  |
| 1. Efectúa la evaluación clínica en forma integral considerando: antecedentes personales, generales, fisiológicos, patológicos, epidemiológicos y familiares; en especial los relacionados con la enfermedad. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la anamnesis de la enfermedad actual incluyendo: tiempo de enfermedad, forma de inicio, curso, relato cronológico y funciones biológicas. |  |  |  |  |
| 1. Efectúa el examen físico en forma integral, en función del cuadro clínico, e incluye: funciones vitales, examen general, regional y por aparatos o sistemas, según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. Reconoce los síndromes detectados. |  |  |  |  |
| 1. Elabora el Plan de trabajo considerando los diagnósticos presuntivos |  |  |  |  |
| 1. Solicita los exámenes de apoyo al diagnóstico, de acuerdo a los diagnósticos presuntivos. |  |  |  |  |
| 1. Realiza las interconsultas en forma oportuna, de acuerdo a los diagnósticos presuntivos. |  |  |  |  |
| 1. Solicita o realiza los procedimientos diagnósticos. con consentimiento informado. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el diagnóstico, de acuerdo con los hallazgos clínicos y resultados de los exámenes de apoyo al diagnóstico y procedimientos diagnósticos y los registra de acuerdo al CIE 10. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la referencia y contrarreferencia, según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el registro en la HC. |  |  |  |  |
| **DURANTE EL TRATAMIENTO:** |  |  |  |  |
| 1. Efectúa las indicaciones generales: posición, dieta, balance hídrico, oxígeno, movilización, protección, sujeción. |  |  |  |  |
| 1. Efectúa las indicaciones no farmacológicas y farmacológicas, en relación con el/los diagnóstico/s, tomando en cuenta las interacciones y los efectos secundarios de los medicamentos e incluyendo las indicaciones condicionales. |  |  |  |  |
| 1. Realiza los procedimientos terapéuticos que corresponda, con consentimiento informado. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el seguimiento de acuerdo al cuadro clínico, registrando las evoluciones con la frecuencia requerida. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la detección de signos de alarma y complicaciones y las trata eficazmente |  |  |  |  |
| 1. Detecta tempranamente las reacciones adversas a los medicamentos (RAM), las controla eficazmente y las notifica. |  |  |  |  |
| 1. Realiza exámenes auxiliares de laboratorio, de imágenes e interconsultas de acuerdo a la evolución del paciente. |  |  |  |  |
| 1. Indica las medidas generales de orientación a la familia según la enfermedad. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el alta, la epicrisis y las indicaciones de alta, cuando corresponda. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la referencia o contrarreferencia, según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el registro en la HC. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR:** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL PRODUCTO ELABORADO POR EL MÉDICO RESIDENTE:**  **HISTORIA CLINICA CON REGISTRO DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE ADULTO O ADULTO MAYOR CON ENFERMEDAD REUMATOLÓGICA.** |

**INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:**

1. **Revise dos historias clínicas elaboradas por el Residente, con registro de la** **atención al paciente adulto o adulto mayor con enfermedad reumatológica**
2. Aplique la lista de cotejo al producto.
3. Marque **SI**, cuando el aspecto evaluado, se cumple y **NO**, cuando no se cumple.
4. Si alguno de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
5. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
6. Anote los aspectos en los que el Médico residente debe mejorar.
7. Presente al Médico residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.
8. El Docente evaluador y el Médico residente consignan su firma.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| **LA H.C. INCLUYE, CON LETRA LEGIBLE, PULCRITUD Y SIN ENMENDADURAS:** |  |  |  |  |
| **CON RESPECTO AL DIAGNÓSTICO,** |  |  |  |  |
| 1. Los datos de identificación del paciente. |  |  |  |  |
| 1. La anamnesis completa. |  |  |  |  |
| 1. El examen físico general regional y por aparatos o sistemas, según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. El diagnóstico presuntivo. |  |  |  |  |
| 1. El Plan de trabajo considerando los diagnósticos presuntivos. |  |  |  |  |
| 1. Los exámenes de apoyo al DIAGNOSTICO solicitados, sus informes e interpretación. |  |  |  |  |
| 1. Las interconsultas realizadas y sus informes. |  |  |  |  |
| 1. Los procedimientos diagnósticos realizados con consentimiento informado y sus informes. |  |  |  |  |
| 1. El diagnóstico, de acuerdo con los hallazgos clínicos y resultados de los estudios auxiliares de laboratorio, imágenes y procedimientos diagnósticos y al CIE 10. |  |  |  |  |
| 1. La referencia y contrarreferencia, según corresponda. |  |  |  |  |
| **CON RESPECTO AL TRATAMIENTO,** |  |  |  |  |
| 1. Las indicaciones generales: posición, dieta, balance hídrico, oxígeno, movilización, protección, sujeción. |  |  |  |  |
| 1. Las indicaciones no farmacológicas y farmacológicas, en relación con el/los diagnóstico/s, incluyendo las indicaciones condicionales. |  |  |  |  |
| 1. Los procedimientos terapéuticos que corresponda, con consentimiento informado. |  |  |  |  |
| 1. El seguimiento de acuerdo al cuadro clínico, detección de signos de peligro y registro de las evoluciones, con la frecuencia necesaria. |  |  |  |  |
| 1. Las reacciones adversas a los medicamentos (RAM), detectadas, medidas para su control y notificación. |  |  |  |  |
| 1. Las complicaciones detectadas y las medidas adoptadas para su control. |  |  |  |  |
| 1. Los exámenes auxiliares de laboratorio, de imágenes e interconsultas indicados, de acuerdo a la evolución del paciente. |  |  |  |  |
| 1. Las medidas generales de orientación a la familia, según la enfermedad. |  |  |  |  |
| 1. La evolución y pronóstico. |  |  |  |  |
| 1. La referencia o contrarreferencia, según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. El alta, la epicrisis y las indicaciones de alta, cuando corresponda. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **INSTRUMENTOS DE EVALUACION DE LA COMPETENCIA No. 11** | |
| **COMPETENCIA** | 1. Atender al paciente adulto o adulto mayor con enfermedad endocrinológica o metabólica, de acuerdo a guías técnicas vigentes o las evidencias científicas actuales. |
| **ELEMENTOS DE COMPETENCIA** | 11.1 Diagnosticar las enfermedades endocrinológicas o metabólicas en el paciente adulto o adulto mayor |
| 11.2 Tratar al paciente adulto y adulto con enfermedad endocrinológica o metabólica |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DATOS DEL MÉDICO RESIDENTE EVALUADO (A)** | | |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL DESEMPEÑO DEL MÉDICO RESIDENTE DURANTE**  **LA ATENCIÓN AL PACIENTE ADULTO O ADULTO MAYOR CON ENFERMEDAD ENDOCRINOLÓGICA O METABÓLICA.** |

**INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:**

1. **Observe al Médico residente durante la atención al paciente adulto o adulto mayor con enfermedad endocrinológica o metabólica, de acuerdo a guías técnicas vigentes o las evidencias científicas actuales.**
2. Aplique la lista de cotejo durante la observación del desempeño.
3. Absténgase de hacer comentarios durante la evaluación del desempeño.
4. Marque **SI**, cuando el aspecto evaluado, se cumple y **NO**, cuando no se cumple.
5. Si alguno de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
6. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
7. Anote los aspectos en los que el Médico residente debe mejorar.
8. Presente al Médico residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.

| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| **DURANTE EL DIAGNOSTICO:** |  |  |  |  |
| 1. Saluda, se presenta y se muestra cordial con el paciente o su acompañante, buscando establecer empatía. |  |  |  |  |
| 1. Aplica normas de bioseguridad, incluyendo el lavado de las manos antes y después de la atención |  |  |  |  |
| 1. Efectúa la evaluación clínica en forma integral considerando: antecedentes personales, generales, fisiológicos, patológicos, epidemiológicos y familiares; en especial los relacionados con la enfermedad. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la anamnesis de la enfermedad actual incluyendo: tiempo de enfermedad, forma de inicio, curso, relato cronológico y funciones biológicas. |  |  |  |  |
| 1. Efectúa el examen físico en forma integral, en función del cuadro clínico, e incluye: funciones vitales, examen general, regional y por aparatos o sistemas, según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. Reconoce los síndromes detectados. |  |  |  |  |
| 1. Elabora el Plan de trabajo considerando los diagnósticos presuntivos |  |  |  |  |
| 1. Solicita los exámenes de apoyo al diagnóstico, de acuerdo a los diagnósticos presuntivos. |  |  |  |  |
| 1. Realiza las interconsultas en forma oportuna, de acuerdo a los diagnósticos presuntivos. |  |  |  |  |
| 1. Solicita o realiza los procedimientos diagnósticos. con consentimiento informado. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el diagnóstico, de acuerdo con los hallazgos clínicos y resultados de los exámenes de apoyo al diagnóstico y procedimientos diagnósticos y los registra de acuerdo al CIE 10. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la referencia y contrarreferencia, según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el registro en la HC. |  |  |  |  |
| **DURANTE EL TRATAMIENTO:** |  |  |  |  |
| 1. Efectúa las indicaciones generales: posición, dieta, balance hídrico, oxígeno, movilización, protección, sujeción. |  |  |  |  |
| 1. Efectúa las indicaciones no farmacológicas y farmacológicas, en relación con el/los diagnóstico/s, tomando en cuenta las interacciones y los efectos secundarios de los medicamentos e incluyendo las indicaciones condicionales. |  |  |  |  |
| 1. Realiza los procedimientos terapéuticos que corresponda, con consentimiento informado. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el seguimiento de acuerdo al cuadro clínico, registrando las evoluciones con la frecuencia requerida. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la detección de signos de alarma y complicaciones y las trata eficazmente |  |  |  |  |
| 1. Detecta tempranamente las reacciones adversas a los medicamentos (RAM), las controla eficazmente y las notifica. |  |  |  |  |
| 1. Realiza exámenes auxiliares de laboratorio, de imágenes e interconsultas de acuerdo a la evolución del paciente. |  |  |  |  |
| 1. Indica las medidas generales de orientación a la familia según la enfermedad. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el alta, la epicrisis y las indicaciones de alta, cuando corresponda. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la referencia o contrarreferencia, según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el registro en la HC. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL PRODUCTO ELABORADO POR EL MÉDICO RESIDENTE:**  **HISTORIA CLINICA CON REGISTRO DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE ADULTO O ADULTO MAYOR CON ENFERMEDAD ENDOCRINOLÓGICA O METABÓLICA.** |

**INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:**

1. **Revise dos historias clínicas elaboradas por el Residente, con registro de la** **atención al paciente adulto o adulto mayor con enfermedad endocrinológica o metabólica**
2. Aplique la lista de cotejo al producto.
3. Marque **SI**, cuando el aspecto evaluado, se cumple y **NO**, cuando no se cumple.
4. Si alguno de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
5. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
6. Anote los aspectos en los que el Médico residente debe mejorar.
7. Presente al Médico residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.
8. El Docente evaluador y el Médico residente consignan su firma.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| **LA H.C. INCLUYE, CON LETRA LEGIBLE, PULCRITUD Y SIN ENMENDADURAS:** |  |  |  |  |
| **CON RESPECTO AL DIAGNÓSTICO,** |  |  |  |  |
| 1. Los datos de identificación del paciente. |  |  |  |  |
| 1. La anamnesis completa. |  |  |  |  |
| 1. El examen físico general regional y por aparatos o sistemas, según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. El diagnóstico presuntivo. |  |  |  |  |
| 1. El Plan de trabajo considerando los diagnósticos presuntivos. |  |  |  |  |
| 1. Los exámenes de apoyo al diagnostico solicitados, sus informes e interpretación. |  |  |  |  |
| 1. Las interconsultas realizadas y sus informes. |  |  |  |  |
| 1. Los procedimientos diagnósticos realizados con consentimiento informado y sus informes. |  |  |  |  |
| 1. El diagnóstico, de acuerdo con los hallazgos clínicos y resultados de los estudios auxiliares de laboratorio, imágenes y procedimientos diagnósticos y al CIE 10. |  |  |  |  |
| 1. La referencia y contrarreferencia, según corresponda. |  |  |  |  |
| **CON RESPECTO AL TRATAMIENTO** |  |  |  |  |
| 1. Las indicaciones generales: posición, dieta, balance hídrico, oxígeno, movilización, protección, sujeción. |  |  |  |  |
| 1. Las indicaciones no farmacológicas y farmacológicas, en relación con el/los diagnóstico/s, incluyendo las indicaciones condicionales. |  |  |  |  |
| 1. Los procedimientos terapéuticos que corresponda, con consentimiento informado. |  |  |  |  |
| 1. El seguimiento de acuerdo al cuadro clínico, detección de signos de peligro y registro de las evoluciones, con la frecuencia necesaria. |  |  |  |  |
| 1. Las reacciones adversas a los medicamentos (RAM), detectadas, medidas para su control y notificación. |  |  |  |  |
| 1. Las complicaciones detectadas y las medidas adoptadas para su control. |  |  |  |  |
| 1. Los exámenes auxiliares de laboratorio, de imágenes e interconsultas indicados, de acuerdo a la evolución del paciente. |  |  |  |  |
| 1. Las medidas generales de orientación a la familia, según la enfermedad. |  |  |  |  |
| 1. La evolución y pronóstico. |  |  |  |  |
| 1. La referencia o contrarreferencia, según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. El alta, la epicrisis y las indicaciones de alta, cuando corresponda. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **INSTRUMENTOS DE EVALUACION DE LA COMPETENCIA No. 12** | |
| **COMPETENCIA** | 1. Atender al paciente adulto o adulto mayor con enfermedad hematológica y oncológica, de acuerdo a guías técnicas vigentes o las evidencias científicas actuales. |
| **ELEMENTOS DE COMPETENCIA** | 12.1 Diagnosticar las enfermedades hematológicas y oncológicas en el paciente adulto o adulto mayor |
| 12.2 Realizar el manejo conjunto con el hematólogo, del paciente adulto o adulto mayor con enfermedad hematológica |
| 12.3 Realizar el manejo conjunto con el oncólogo, del paciente adulto o adulto mayor con enfermedad oncológica. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DATOS DEL MÉDICO RESIDENTE EVALUADO (A)** | | |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL DESEMPEÑO DEL MÉDICO RESIDENTE DURANTE EL MANEJO CONJUNTO CON EL HEMATOLOGO, DEL PACIENTE ADULTO O ADULTO MAYOR CON ENFERMEDAD HEMATOLÓGICA** |

**INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:**

1. **Observe al Médico residente durante el manejo conjunto con el hematólogo, del paciente adulto o adulto mayor con enfermedad hematológica, de acuerdo a guías técnicas vigentes o las evidencias científicas actuales.**
2. Aplique la lista de cotejo durante la observación del desempeño.
3. Absténgase de hacer comentarios durante la evaluación del desempeño.
4. Marque **SI**, cuando el aspecto evaluado, se cumple y **NO**, cuando no se cumple.
5. Si alguno de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
6. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
7. Anote los aspectos en los que el Médico residente debe mejorar.
8. Presente al Médico residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.

| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| **DURANTE EL DIAGNOSTICO:** |  |  |  |  |
| 1. Saluda, se presenta y se muestra cordial con el paciente o su acompañante, buscando establecer empatía. |  |  |  |  |
| 1. Aplica normas de bioseguridad, incluyendo el lavado de las manos antes y después de la atención |  |  |  |  |
| 1. Efectúa la evaluación clínica en forma integral considerando: antecedentes personales, generales, fisiológicos, patológicos, epidemiológicos y familiares; en especial los relacionados con la enfermedad. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la anamnesis de la enfermedad actual incluyendo: tiempo de enfermedad, forma de inicio, curso, relato cronológico y funciones biológicas. |  |  |  |  |
| 1. Efectúa el examen físico en forma integral, en función del cuadro clínico, e incluye: funciones vitales, examen general, regional y por aparatos o sistemas, según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. Reconoce los síndromes detectados. |  |  |  |  |
| 1. Elabora el Plan de trabajo considerando los diagnósticos presuntivos |  |  |  |  |
| 1. Solicita los exámenes de apoyo al diagnóstico, de acuerdo a los diagnósticos presuntivos. |  |  |  |  |
| 1. Realiza las interconsultas en forma oportuna, de acuerdo a los diagnósticos presuntivos. |  |  |  |  |
| 1. Solicita o realiza los procedimientos diagnósticos. con consentimiento informado. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el diagnóstico, de acuerdo con los hallazgos clínicos y resultados de los exámenes de apoyo al diagnóstico y procedimientos diagnósticos y los registra de acuerdo al CIE 10. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la referencia y contrarreferencia, según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el registro en la HC. |  |  |  |  |
| **DURANTE EL TRATAMIENTO:** |  |  |  |  |
| 1. Efectúa las indicaciones generales: posición, dieta, balance hídrico, oxígeno, movilización, protección, sujeción. |  |  |  |  |
| 1. Efectúa las indicaciones no farmacológicas y farmacológicas, en relación con el/los diagnóstico/s, tomando en cuenta las interacciones y los efectos secundarios de los medicamentos e incluyendo las indicaciones condicionales. |  |  |  |  |
| 1. Realiza los procedimientos terapéuticos que corresponda, con consentimiento informado. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el seguimiento de acuerdo al cuadro clínico, registrando las evoluciones con la frecuencia requerida. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la detección de signos de alarma y complicaciones y las trata eficazmente |  |  |  |  |
| 1. Detecta tempranamente las reacciones adversas a los medicamentos (RAM), las controla eficazmente y las notifica. |  |  |  |  |
| 1. Realiza exámenes auxiliares de laboratorio, de imágenes e interconsultas de acuerdo a la evolución del paciente. |  |  |  |  |
| 1. Indica las medidas generales de orientación a la familia según la enfermedad. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el alta, la epicrisis y las indicaciones de alta, cuando corresponda. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la referencia o contrarreferencia, según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el registro en la HC. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL PRODUCTO ELABORADO POR EL MÉDICO RESIDENTE:**  **HISTORIA CLINICA. CON REGISTRO DEL MANEJO CONJUNTO CON EL HEMATOLOGO, DEL PACIENTE ADULTO O ADULTO MAYOR**  **CON ENFERMEDAD HEMATOLÓGICA** |

**INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:**

1. **Revise dos historias clínicas elaboradas por el Residente, con registro del manejo conjunto con el hematólogo, del paciente adulto o adulto mayor con enfermedad hematológica**
2. Aplique la lista de cotejo al producto.
3. Marque **SI**, cuando el aspecto evaluado, se cumple y **NO**, cuando no se cumple.
4. Si alguno de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
5. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
6. Anote los aspectos en los que el Médico residente debe mejorar.
7. Presente al Médico residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.
8. El Docente evaluador y el Médico residente consignan su firma.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| **LA H.C. INCLUYE, CON LETRA LEGIBLE, PULCRITUD Y SIN ENMENDADURAS:** |  |  |  |  |
| **CON RESPECTO AL DIAGNÓSTICO:** |  |  |  |  |
| 1. Los datos de identificación del paciente. |  |  |  |  |
| 1. La anamnesis completa. |  |  |  |  |
| 1. El examen físico general regional y por aparatos o sistemas, según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. El diagnóstico presuntivo. |  |  |  |  |
| 1. El Plan de trabajo considerando los diagnósticos presuntivos. |  |  |  |  |
| 1. Los exámenes de apoyo al diagnóstico solicitados, sus informes e interpretación. |  |  |  |  |
| 1. Las interconsultas realizadas y sus informes. |  |  |  |  |
| 1. Los procedimientos diagnósticos realizados con consentimiento informado y sus informes. |  |  |  |  |
| 1. El diagnóstico, de acuerdo con los hallazgos clínicos y resultados de los estudios auxiliares de laboratorio, imágenes y procedimientos diagnósticos y al CIE 10. |  |  |  |  |
| 1. La referencia y contrarreferencia, según corresponda. |  |  |  |  |
| **CON RESPECTO AL TRATAMIENTO:** |  |  |  |  |
| 1. Las indicaciones generales: posición, dieta, balance hídrico, oxígeno, movilización, protección, sujeción. |  |  |  |  |
| 1. Las indicaciones no farmacológicas y farmacológicas, en relación con el/los diagnóstico/s, incluyendo las indicaciones condicionales. |  |  |  |  |
| 1. Los procedimientos terapéuticos que corresponda, con consentimiento informado. |  |  |  |  |
| 1. El seguimiento de acuerdo al cuadro clínico, detección de signos de peligro y registro de las evoluciones, con la frecuencia necesaria. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la detección de signos de alarma y complicaciones y las trata eficazmente |  |  |  |  |
| 1. Las reacciones adversas a los medicamentos (RAM), detectadas, medidas para su control y notificación. |  |  |  |  |
| 1. Las complicaciones detectadas y las medidas adoptadas para su control. |  |  |  |  |
| 1. Los exámenes auxiliares de laboratorio, de imágenes e interconsultas indicados, de acuerdo a la evolución del paciente. |  |  |  |  |
| 1. Las medidas generales de orientación a la familia, según la enfermedad. |  |  |  |  |
| 1. La evolución y pronóstico. |  |  |  |  |
| 1. La referencia o contrarreferencia, según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. El alta, la epicrisis y las indicaciones de alta, cuando corresponda. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR:** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL DESEMPEÑO DEL MÉDICO RESIDENTE DURANTE EL MANEJO CONJUNTO CON EL ONCÓLOGO, DEL PACIENTE ADULTO O ADULTO MAYOR CON ENFERMEDAD ONCOLÓGICA.** |

**INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:**

1. **Observe al Médico residente durante el manejo conjunto con el oncólogo, del paciente adulto o adulto mayor con enfermedad oncológica, de acuerdo a guías técnicas vigentes o las evidencias científicas actuales.**
2. Aplique la lista de cotejo durante la observación del desempeño.
3. Absténgase de hacer comentarios durante la evaluación del desempeño.
4. Marque **SI**, cuando el aspecto evaluado, se cumple y **NO**, cuando no se cumple.
5. Si alguno de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
6. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
7. Anote los aspectos en los que el Médico residente debe mejorar.
8. Presente al Médico residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.

| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| **DURANTE EL DIAGNOSTICO:** |  |  |  |  |
| 1. Saluda, se presenta y se muestra cordial con el paciente o su acompañante, buscando establecer empatía. |  |  |  |  |
| 1. Aplica normas de bioseguridad, incluyendo el lavado de las manos antes y después de la atención |  |  |  |  |
| 1. Efectúa la evaluación clínica en forma integral considerando: antecedentes personales, generales, fisiológicos, patológicos, epidemiológicos y familiares; en especial los relacionados con la enfermedad. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la anamnesis de la enfermedad actual incluyendo: tiempo de enfermedad, forma de inicio, curso, relato cronológico y funciones biológicas. |  |  |  |  |
| 1. Efectúa el examen físico en forma integral, en función del cuadro clínico, e incluye: funciones vitales, examen general, regional y por aparatos o sistemas, según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. Reconoce los síndromes detectados. |  |  |  |  |
| 1. Elabora el Plan de trabajo considerando los diagnósticos presuntivos |  |  |  |  |
| 1. Solicita los exámenes de apoyo al diagnóstico, de acuerdo a los diagnósticos presuntivos. |  |  |  |  |
| 1. Realiza las interconsultas en forma oportuna, de acuerdo a los diagnósticos presuntivos. |  |  |  |  |
| 1. Solicita o realiza los procedimientos diagnósticos. con consentimiento informado. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el diagnóstico, de acuerdo con los hallazgos clínicos y resultados de los exámenes de apoyo al diagnóstico y procedimientos diagnósticos y los registra de acuerdo al CIE 10. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la referencia y contrarreferencia, según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el registro en la HC. |  |  |  |  |
| **DURANTE EL TRATAMIENTO:** |  |  |  |  |
| 1. Efectúa las indicaciones generales: posición, dieta, balance hídrico, oxígeno, movilización, protección, sujeción. |  |  |  |  |
| 1. Efectúa las indicaciones no farmacológicas y farmacológicas, en relación con el/los diagnóstico/s, tomando en cuenta las interacciones y los efectos secundarios de los medicamentos e incluyendo las indicaciones condicionales. |  |  |  |  |
| 1. Realiza los procedimientos terapéuticos que corresponda, con consentimiento informado. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el seguimiento de acuerdo al cuadro clínico, registrando las evoluciones con la frecuencia requerida. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la detección de signos de alarma y complicaciones y las trata eficazmente |  |  |  |  |
| 1. Detecta tempranamente las reacciones adversas a los medicamentos (RAM), las controla eficazmente y las notifica. |  |  |  |  |
| 1. Realiza exámenes auxiliares de laboratorio, de imágenes e interconsultas de acuerdo a la evolución del paciente. |  |  |  |  |
| 1. Indica las medidas generales de orientación a la familia según la enfermedad. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el alta, la epicrisis y las indicaciones de alta, cuando corresponda. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la referencia o contrarreferencia, según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el registro en la HC. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL PRODUCTO ELABORADO POR EL MÉDICO RESIDENTE:**  **HISTORIA CLINICA CON REGISTRO DEL MANEJO CONJUNTO CON EL ONCÓLOGO, DEL PACIENTE ADULTO O ADULTO MAYOR CON ENFERMEDAD ONCOLÓGICA** |

**INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:**

1. **Revise dos historias clínicas elaboradas por el Residente, con registro del manejo conjunto con el oncólogo, del paciente adulto o adulto mayor con enfermedad oncológica**
2. Aplique la lista de cotejo al producto.
3. Marque **SI**, cuando el aspecto evaluado, se cumple y **NO**, cuando no se cumple.
4. Si alguno de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
5. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
6. Anote los aspectos en los que el Médico residente debe mejorar.
7. Presente al Médico residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.
8. El Docente evaluador y el Médico residente consignan su firma.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| **LA H.C. INCLUYE, CON LETRA LEGIBLE, PULCRITUD Y SIN ENMENDADURAS:** |  |  |  |  |
| **CON RESPECTO AL DIAGNÓSTICO:** |  |  |  |  |
| 1. Los datos de identificación del paciente. |  |  |  |  |
| 1. La anamnesis completa. |  |  |  |  |
| 1. El examen físico general regional y por aparatos o sistemas, según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. El diagnóstico presuntivo. |  |  |  |  |
| 1. El Plan de trabajo considerando los diagnósticos presuntivos. |  |  |  |  |
| 1. Los exámenes de apoyo al diagnóstico solicitados, sus informes e interpretación. |  |  |  |  |
| 1. Las interconsultas realizadas y sus informes. |  |  |  |  |
| 1. Los procedimientos diagnósticos realizados con consentimiento informado y sus informes. |  |  |  |  |
| 1. El diagnóstico, de acuerdo con los hallazgos clínicos y resultados de los estudios auxiliares de laboratorio, imágenes y procedimientos diagnósticos y al CIE 10. |  |  |  |  |
| 1. La referencia y contrarreferencia, según corresponda. |  |  |  |  |
| **CON RESPECTO AL TRATAMIENTO:** |  |  |  |  |
| 1. Las indicaciones generales: posición, dieta, balance hídrico, oxígeno, movilización, protección, sujeción. |  |  |  |  |
| 1. Las indicaciones no farmacológicas y farmacológicas, en relación con el/los diagnóstico/s, incluyendo las indicaciones condicionales. |  |  |  |  |
| 1. Los procedimientos terapéuticos que corresponda, con consentimiento informado. |  |  |  |  |
| 1. El seguimiento de acuerdo al cuadro clínico, detección de signos de peligro y registro de las evoluciones, con la frecuencia necesaria. |  |  |  |  |
| 1. Las reacciones adversas a los medicamentos (RAM), detectadas, medidas para su control y notificación. |  |  |  |  |
| 1. Las complicaciones detectadas y las medidas adoptadas para su control. |  |  |  |  |
| 1. Los exámenes auxiliares de laboratorio, de imágenes e interconsultas indicados, de acuerdo a la evolución del paciente. |  |  |  |  |
| 1. Las medidas generales de orientación a la familia, según la enfermedad. |  |  |  |  |
| 1. La evolución y pronóstico. |  |  |  |  |
| 1. La referencia o contrarreferencia, según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. El alta, la epicrisis y las indicaciones de alta, cuando corresponda. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR:** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **INSTRUMENTOS DE EVALUACION DE LA COMPETENCIA No. 13** | |
| **COMPETENCIA.** | 1. Atender al paciente adulto o adulto mayor con enfermedad dermatológica, **de acuerdo a guías técnicas vigentes o las evidencias científicas actuales.** |
| **ELEMENTOS DE COMPETENCIA.** | 13.1 Diagnosticar las enfermedades dermatológicas en el paciente adulto o adulto mayor. |
| 13.2 Tratar al paciente adulto o adulto mayor con enfermedad dermatológica. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DATOS DEL MÉDICO RESIDENTE EVALUADO (A)** | | |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL DESEMPEÑO DEL MÉDICO RESIDENTE DURANTE**  **LA ATENCIÓN AL PACIENTE ADULTO O ADULTO MAYOR CON ENFERMEDAD DERMATOLÓGICA.** |

**INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:**

1. **Observe al Médico residente durante la atención al paciente adulto o adulto mayor con enfermedad dermatológica, de acuerdo a guías técnicas vigentes o las evidencias científicas actuales.**
2. Aplique la lista de cotejo durante la observación del desempeño.
3. Absténgase de hacer comentarios durante la evaluación del desempeño.
4. Marque **SI**, cuando el aspecto evaluado, se cumple y **NO**, cuando no se cumple.
5. Si alguno de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
6. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
7. Anote los aspectos en los que el Médico residente debe mejorar.
8. Presente al Médico residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.

| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| **DURANTE EL DIAGNOSTICO:** |  |  |  |  |
| 1. Saluda, se presenta y se muestra cordial con el paciente o su acompañante, buscando establecer empatía. |  |  |  |  |
| 1. Aplica normas de bioseguridad, incluyendo el lavado de las manos antes y después de la atención |  |  |  |  |
| 1. Efectúa la evaluación clínica en forma integral considerando: antecedentes personales, generales, fisiológicos, patológicos, epidemiológicos y familiares; en especial los relacionados con la enfermedad. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la anamnesis de la enfermedad actual incluyendo: tiempo de enfermedad, forma de inicio, curso, relato cronológico y funciones biológicas. |  |  |  |  |
| 1. Efectúa el examen físico en forma integral, en función del cuadro clínico, e incluye: funciones vitales, examen general, regional y por aparatos o sistemas, según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. Reconoce los síndromes detectados. |  |  |  |  |
| 1. Elabora el Plan de trabajo considerando los diagnósticos presuntivos |  |  |  |  |
| 1. Solicita los exámenes de apoyo al diagnóstico, de acuerdo a los diagnósticos presuntivos. |  |  |  |  |
| 1. Realiza las interconsultas en forma oportuna, de acuerdo a los diagnósticos presuntivos. |  |  |  |  |
| 1. Solicita o realiza los procedimientos diagnósticos. con consentimiento informado. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el diagnóstico, de acuerdo con los hallazgos clínicos y resultados de los exámenes de apoyo al diagnóstico y procedimientos diagnósticos y los registra de acuerdo al CIE 10. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la referencia y contrarreferencia, según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el registro en la HC. |  |  |  |  |
| **DURANTE EL TRATAMIENTO:** |  |  |  |  |
| 1. Efectúa las indicaciones generales: posición, dieta, balance hídrico, oxígeno, movilización, protección, sujeción. |  |  |  |  |
| 1. Efectúa las indicaciones no farmacológicas y farmacológicas, en relación con el/los diagnóstico/s, tomando en cuenta las interacciones y los efectos secundarios de los medicamentos e incluyendo las indicaciones condicionales. |  |  |  |  |
| 1. Realiza los procedimientos terapéuticos que corresponda, con consentimiento informado. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el seguimiento de acuerdo al cuadro clínico, registrando las evoluciones con la frecuencia requerida. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la detección de signos de alarma y complicaciones y las trata eficazmente |  |  |  |  |
| 1. Detecta tempranamente las reacciones adversas a los medicamentos (RAM), las controla eficazmente y las notifica. |  |  |  |  |
| 1. Realiza exámenes auxiliares de laboratorio, de imágenes e interconsultas de acuerdo a la evolución del paciente. |  |  |  |  |
| 1. Indica las medidas generales de orientación a la familia según la enfermedad. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el alta, la epicrisis y las indicaciones de alta, cuando corresponda. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la referencia o contrarreferencia, según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el registro en la HC. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR:** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL PRODUCTO ELABORADO POR EL MÉDICO RESIDENTE:**  **HISTORIA CLINICA CON REGISTRO DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE ADULTO O ADULTO MAYOR CON ENFERMEDAD DERMATOLÓGICA** |

**INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:**

1. **Revise dos historias clínicas elaboradas por el Residente, con registro de la atención a pacientes adultos y adultos mayores con enfermedad dermatológica**
2. Aplique la lista de cotejo al producto.
3. Marque **SI**, cuando el aspecto evaluado, se cumple y **NO**, cuando no se cumple.
4. Si alguno de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
5. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
6. Anote los aspectos en los que el Médico residente debe mejorar.
7. Presente al Médico residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.
8. El Docente evaluador y el Médico residente consignan su firma.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| **LA H.C. INCLUYE, CON LETRA LEGIBLE, PULCRITUD Y SIN ENMENDADURAS:** |  |  |  |  |
| **CON RESPECTO AL DIAGNÓSTICO:** |  |  |  |  |
| 1. Los datos de identificación del paciente. |  |  |  |  |
| 1. La anamnesis completa. |  |  |  |  |
| 1. El examen físico general regional y por aparatos o sistemas, según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. El diagnóstico presuntivo. |  |  |  |  |
| 1. El Plan de trabajo considerando los diagnósticos presuntivos. |  |  |  |  |
| 1. Los exámenes de apoyo al diagnóstico solicitados, sus informes e interpretación. |  |  |  |  |
| 1. Las interconsultas realizadas y sus informes. |  |  |  |  |
| 1. Los procedimientos diagnósticos realizados con consentimiento informado y sus informes. |  |  |  |  |
| 1. El diagnóstico, de acuerdo con los hallazgos clínicos y resultados de los estudios auxiliares de laboratorio, imágenes y procedimientos diagnósticos y al CIE 10. |  |  |  |  |
| 1. La referencia y contrarreferencia, según corresponda. |  |  |  |  |
| **CON RESPECTO AL TRATAMIENTO:** |  |  |  |  |
| 1. Las indicaciones generales: posición, dieta, balance hídrico, oxígeno, movilización, protección, sujeción. |  |  |  |  |
| 1. Las indicaciones no farmacológicas y farmacológicas, en relación con el/los diagnóstico/s, incluyendo las indicaciones condicionales. |  |  |  |  |
| 1. Los procedimientos terapéuticos que corresponda, con consentimiento informado. |  |  |  |  |
| 1. El seguimiento de acuerdo al cuadro clínico, detección de signos de peligro y registro de las evoluciones, con la frecuencia necesaria. |  |  |  |  |
| 1. Las reacciones adversas a los medicamentos (RAM), detectadas, medidas para su control y notificación. |  |  |  |  |
| 1. Las complicaciones detectadas y las medidas adoptadas para su control. |  |  |  |  |
| 1. Los exámenes auxiliares de laboratorio, de imágenes e interconsultas indicados, de acuerdo a la evolución del paciente. |  |  |  |  |
| 1. Las medidas generales de orientación a la familia, según la enfermedad. |  |  |  |  |
| 1. La evolución y pronóstico. |  |  |  |  |
| 1. La referencia o contrarreferencia, según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. El alta, la epicrisis y las indicaciones de alta, cuando corresponda. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR:** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **INSTRUMENTOS DE EVALUACION DE LA COMPETENCIA No. 14** | |
| **COMPETENCIA.** | 1. Atender al paciente adulto o adulto mayor con enfermedad inmunológica, **de acuerdo a guías técnicas vigentes o las evidencias científicas actuales.** |
| **ELEMENTOS DE COMPETENCIA.** | 14.1 Diagnosticar las enfermedades inmunológicas en el paciente adulto o adulto mayor. |
| 14.2 Tratar al paciente adulto o adulto mayor con enfermedad inmunológica. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DATOS DEL MÉDICO RESIDENTE EVALUADO (A)** | | |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL DESEMPEÑO DEL MÉDICO RESIDENTE DURANTE**  **LA ATENCIÓN AL PACIENTE ADULTO O ADULTO MAYOR CON ENFERMEDAD INMUNOLÓGICA.** |

**INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:**

1. **Observe al Médico residente durante la atención al paciente adulto o adulto mayor con enfermedad inmunológica, de acuerdo a guías técnicas vigentes o las evidencias científicas actuales.**
2. Aplique la lista de cotejo durante la observación del desempeño.
3. Absténgase de hacer comentarios durante la evaluación del desempeño.
4. Marque **SI**, cuando el aspecto evaluado, se cumple y **NO**, cuando no se cumple.
5. Si alguno de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
6. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
7. Anote los aspectos en los que el Médico residente debe mejorar.
8. Presente al Médico residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.

| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| **DURANTE EL DIAGNOSTICO:** |  |  |  |  |
| 1. Saluda, se presenta y se muestra cordial con el paciente o su acompañante, buscando establecer empatía. |  |  |  |  |
| 1. Aplica normas de bioseguridad, incluyendo el lavado de las manos antes y después de la atención |  |  |  |  |
| 1. Efectúa la evaluación clínica en forma integral considerando: antecedentes personales, generales, fisiológicos, patológicos, epidemiológicos y familiares; en especial los relacionados con la enfermedad. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la anamnesis de la enfermedad actual incluyendo: tiempo de enfermedad, forma de inicio, curso, relato cronológico y funciones biológicas. |  |  |  |  |
| 1. Efectúa el examen físico en forma integral, en función del cuadro clínico, e incluye: funciones vitales, examen general, regional y por aparatos o sistemas, según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. Reconoce los síndromes detectados. |  |  |  |  |
| 1. Elabora el Plan de trabajo considerando los diagnósticos presuntivos |  |  |  |  |
| 1. Solicita los exámenes de apoyo al diagnóstico, de acuerdo a los diagnósticos presuntivos. |  |  |  |  |
| 1. Realiza las interconsultas en forma oportuna, de acuerdo a los diagnósticos presuntivos. |  |  |  |  |
| 1. Solicita o realiza los procedimientos diagnósticos. con consentimiento informado. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el diagnóstico, de acuerdo con los hallazgos clínicos y resultados de los exámenes de apoyo al diagnóstico y procedimientos diagnósticos y los registra de acuerdo al CIE 10. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la referencia y contrarreferencia, según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el registro en la HC. |  |  |  |  |
| **DURANTE EL TRATAMIENTO:** |  |  |  |  |
| 1. Efectúa las indicaciones generales: posición, dieta, balance hídrico, oxígeno, movilización, protección, sujeción. |  |  |  |  |
| 1. Efectúa las indicaciones no farmacológicas y farmacológicas, en relación con el/los diagnóstico/s, tomando en cuenta las interacciones y los efectos secundarios de los medicamentos e incluyendo las indicaciones condicionales. |  |  |  |  |
| 1. Realiza los procedimientos terapéuticos que corresponda, con consentimiento informado. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el seguimiento de acuerdo al cuadro clínico, registrando las evoluciones con la frecuencia requerida. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la detección de signos de alarma y complicaciones y las trata eficazmente |  |  |  |  |
| 1. Detecta tempranamente las reacciones adversas a los medicamentos (RAM), las controla eficazmente y las notifica. |  |  |  |  |
| 1. Realiza exámenes auxiliares de laboratorio, de imágenes e interconsultas de acuerdo a la evolución del paciente. |  |  |  |  |
| 1. Indica las medidas generales de orientación a la familia según la enfermedad. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el alta, la epicrisis y las indicaciones de alta, cuando corresponda. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la referencia o contrarreferencia, según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el registro en la HC. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR:** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL PRODUCTO ELABORADO POR EL MÉDICO RESIDENTE:**  **HISTORIA CLINICA CON REGISTRO DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE ADULTO O ADULTO MAYOR CON ENFERMEDAD INMUNOLÓGICA** |

**INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:**

1. **Revise dos historias clínicas elaboradas por el Residente, con registro de la atención a pacientes adultos y adultos mayores con enfermedad inmunológica**
2. Aplique la lista de cotejo al producto.
3. Marque **SI**, cuando el aspecto evaluado, se cumple y **NO**, cuando no se cumple.
4. Si alguno de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
5. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
6. Anote los aspectos en los que el Médico residente debe mejorar.
7. Presente al Médico residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.
8. El Docente evaluador y el Médico residente consignan su firma.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| **LA H.C. INCLUYE, CON LETRA LEGIBLE, PULCRITUD Y SIN ENMENDADURAS:** |  |  |  |  |
| **CON RESPECTO AL DIAGNÓSTICO:** |  |  |  |  |
| 1. Los datos de identificación del paciente. |  |  |  |  |
| 1. La anamnesis completa. |  |  |  |  |
| 1. El examen físico general regional y por aparatos o sistemas, según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. El diagnóstico presuntivo. |  |  |  |  |
| 1. El Plan de trabajo considerando los diagnósticos presuntivos. |  |  |  |  |
| 1. Los exámenes de apoyo al DIAGNOSTICO solicitados, sus informes e interpretación. |  |  |  |  |
| 1. Las interconsultas realizadas y sus informes. |  |  |  |  |
| 1. Los procedimientos diagnósticos realizados con consentimiento informado y sus informes. |  |  |  |  |
| 1. El diagnóstico, de acuerdo con los hallazgos clínicos y resultados de los estudios auxiliares de laboratorio, imágenes y procedimientos diagnósticos y al CIE 10. |  |  |  |  |
| 1. La referencia y contrarreferencia, según corresponda. |  |  |  |  |
| **CON RESPECTO AL TRATAMIENTO:** |  |  |  |  |
| 1. Las indicaciones generales: posición, dieta, balance hídrico, oxígeno, movilización, protección, sujeción. |  |  |  |  |
| 1. Las indicaciones no farmacológicas y farmacológicas, en relación con el/los diagnóstico/s, incluyendo las indicaciones condicionales. |  |  |  |  |
| 1. Los procedimientos terapéuticos que corresponda, con consentimiento informado. |  |  |  |  |
| 1. El seguimiento de acuerdo al cuadro clínico, detección de signos de peligro y registro de las evoluciones, con la frecuencia necesaria. |  |  |  |  |
| 1. Las reacciones adversas a los medicamentos (RAM), detectadas, medidas para su control y notificación. |  |  |  |  |
| 1. Las complicaciones detectadas y las medidas adoptadas para su control. |  |  |  |  |
| 1. Los exámenes auxiliares de laboratorio, de imágenes e interconsultas indicados, de acuerdo a la evolución del paciente. |  |  |  |  |
| 1. Las medidas generales de orientación a la familia, según la enfermedad. |  |  |  |  |
| 1. La evolución y pronóstico. |  |  |  |  |
| 1. La referencia o contrarreferencia, según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. El alta, la epicrisis y las indicaciones de alta, cuando corresponda. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR:** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **INSTRUMENTOS DE EVALUACION DE LA COMPETENCIA No. 15** | |
| **COMPETENCIA.** | 1. Atender al paciente adulto o adulto mayor con enfermedad alérgica, **de acuerdo a guías técnicas vigentes o las evidencias científicas actuales.** |
| **ELEMENTOS DE COMPETENCIA.** | 15.1 Diagnosticar las enfermedades alérgicas en el paciente adulto o adulto mayor. |
| 15.2 Tratar al paciente adulto o adulto mayor con enfermedad alérgica. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DATOS DEL MÉDICO RESIDENTE EVALUADO (A)** | | |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL DESEMPEÑO DEL MÉDICO RESIDENTE DURANTE**  **LA ATENCIÓN AL PACIENTE ADULTO O ADULTO MAYOR CON ENFERMEDAD ALÉRGICA.** |

**INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:**

1. **Observe al Médico residente durante la atención al paciente adulto o adulto mayor con enfermedad alérgica, de acuerdo a guías técnicas vigentes o las evidencias científicas actuales.**
2. Aplique la lista de cotejo durante la observación del desempeño.
3. Absténgase de hacer comentarios durante la evaluación del desempeño.
4. Marque **SI**, cuando el aspecto evaluado, se cumple y **NO**, cuando no se cumple.
5. Si alguno de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
6. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
7. Anote los aspectos en los que el Médico residente debe mejorar.
8. Presente al Médico residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.

| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| **DURANTE EL DIAGNOSTICO:** |  |  |  |  |
| 1. Saluda, se presenta y se muestra cordial con el paciente o su acompañante, buscando establecer empatía. |  |  |  |  |
| 1. Aplica normas de bioseguridad, incluyendo el lavado de las manos antes y después de la atención |  |  |  |  |
| 1. Efectúa la evaluación clínica en forma integral considerando: antecedentes personales, generales, fisiológicos, patológicos, epidemiológicos y familiares; en especial los relacionados con la enfermedad. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la anamnesis de la enfermedad actual incluyendo: tiempo de enfermedad, forma de inicio, curso, relato cronológico y funciones biológicas. |  |  |  |  |
| 1. Efectúa el examen físico en forma integral, en función del cuadro clínico, e incluye: funciones vitales, examen general, regional y por aparatos o sistemas, según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. Reconoce los síndromes detectados. |  |  |  |  |
| 1. Elabora el Plan de trabajo considerando los diagnósticos presuntivos |  |  |  |  |
| 1. Solicita los exámenes de apoyo al diagnóstico, de acuerdo a los diagnósticos presuntivos. |  |  |  |  |
| 1. Realiza las interconsultas en forma oportuna, de acuerdo a los diagnósticos presuntivos. |  |  |  |  |
| 1. Solicita o realiza los procedimientos diagnósticos. con consentimiento informado. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el diagnóstico, de acuerdo con los hallazgos clínicos y resultados de los exámenes de apoyo al diagnóstico y procedimientos diagnósticos y los registra de acuerdo al CIE 10. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la referencia y contrarreferencia, según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el registro en la HC. |  |  |  |  |
| **DURANTE EL TRATAMIENTO:** |  |  |  |  |
| 1. Efectúa las indicaciones generales: posición, dieta, balance hídrico, oxígeno, movilización, protección, sujeción. |  |  |  |  |
| 1. Efectúa las indicaciones no farmacológicas y farmacológicas, en relación con el/los diagnóstico/s, tomando en cuenta las interacciones y los efectos secundarios de los medicamentos e incluyendo las indicaciones condicionales. |  |  |  |  |
| 1. Realiza los procedimientos terapéuticos que corresponda, con consentimiento informado. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el seguimiento de acuerdo al cuadro clínico, registrando las evoluciones con la frecuencia requerida. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la detección de signos de alarma y complicaciones y las trata eficazmente |  |  |  |  |
| 1. Detecta tempranamente las reacciones adversas a los medicamentos (RAM), las controla eficazmente y las notifica. |  |  |  |  |
| 1. Realiza exámenes auxiliares de laboratorio, de imágenes e interconsultas de acuerdo a la evolución del paciente. |  |  |  |  |
| 1. Indica las medidas generales de orientación a la familia según la enfermedad. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el alta, la epicrisis y las indicaciones de alta, cuando corresponda. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la referencia o contrarreferencia, según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el registro en la HC. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR:** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL PRODUCTO ELABORADO POR EL MÉDICO RESIDENTE:**  **HISTORIA CLINICA CON REGISTRO DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE ADULTO O ADULTO MAYOR CON ENFERMEDAD ALÉRGICA** |

**INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:**

1. **Revise dos historias clínicas elaboradas por el Residente, con registro de la atención a pacientes adultos y adultos mayores con enfermedad alérgica**
2. Aplique la lista de cotejo al producto.
3. Marque **SI**, cuando el aspecto evaluado, se cumple y **NO**, cuando no se cumple.
4. Si alguno de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
5. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
6. Anote los aspectos en los que el Médico residente debe mejorar.
7. Presente al Médico residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.
8. El Docente evaluador y el Médico residente consignan su firma.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| **LA H.C. INCLUYE, CON LETRA LEGIBLE, PULCRITUD Y SIN ENMENDADURAS:** |  |  |  |  |
| **CON RESPECTO AL DIAGNÓSTICO,** |  |  |  |  |
| 1. Los datos de identificación del paciente. |  |  |  |  |
| 1. La anamnesis completa. |  |  |  |  |
| 1. El examen físico general regional y por aparatos o sistemas, según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. El diagnóstico presuntivo. |  |  |  |  |
| 1. El Plan de trabajo considerando los diagnósticos presuntivos. |  |  |  |  |
| 1. Los exámenes de apoyo al DIAGNOSTICO solicitados, sus informes e interpretación. |  |  |  |  |
| 1. Las interconsultas realizadas y sus informes. |  |  |  |  |
| 1. Los procedimientos diagnósticos realizados con consentimiento informado y sus informes. |  |  |  |  |
| 1. El diagnóstico, de acuerdo con los hallazgos clínicos y resultados de los estudios auxiliares de laboratorio, imágenes y procedimientos diagnósticos y al CIE 10. |  |  |  |  |
| 1. La referencia y contrarreferencia, según corresponda. |  |  |  |  |
| **CON RESPECTO AL TRATAMIENTO,** |  |  |  |  |
| 1. Las indicaciones generales: posición, dieta, balance hídrico, oxígeno, movilización, protección, sujeción. |  |  |  |  |
| 1. Las indicaciones no farmacológicas y farmacológicas, en relación con el/los diagnóstico/s, incluyendo las indicaciones condicionales. |  |  |  |  |
| 1. Los procedimientos terapéuticos que corresponda, con consentimiento informado. |  |  |  |  |
| 1. El seguimiento de acuerdo al cuadro clínico, detección de signos de peligro y registro de las evoluciones, con la frecuencia necesaria. |  |  |  |  |
| 1. Las reacciones adversas a los medicamentos (RAM), detectadas, medidas para su control y notificación. |  |  |  |  |
| 1. Las complicaciones detectadas y las medidas adoptadas para su control. |  |  |  |  |
| 1. Los exámenes auxiliares de laboratorio, de imágenes e interconsultas indicados, de acuerdo a la evolución del paciente. |  |  |  |  |
| 1. Las medidas generales de orientación a la familia, según la enfermedad. |  |  |  |  |
| 1. La evolución y pronóstico. |  |  |  |  |
| 1. La referencia o contrarreferencia, según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. El alta, la epicrisis y las indicaciones de alta, cuando corresponda. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR:** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **INSTRUMENTOS DE EVALUACION DE LA COMPETENCIA No. 16** | |
| **COMPETENCIA.** | 1. Atender al paciente adulto o adulto mayor con enfermedad psiquiátrica, **de acuerdo a guías técnicas vigentes o las evidencias científicas actuales.** |
| **ELEMENTOS DE COMPETENCIA.** | 16.1 Realizar el diagnóstico presuntivo de las enfermedadespsiquiátricas en el paciente adulto o adulto mayor. |
| 16.2 Realizar el tratamiento inicial al paciente adulto o adulto mayor con enfermedad psiquiátrica. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DATOS DEL MÉDICO RESIDENTE EVALUADO (A)** | | |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL DESEMPEÑO DEL MÉDICO RESIDENTE DURANTE**  **LA ATENCIÓN AL PACIENTE ADULTO O ADULTO MAYOR CON ENFERMEDAD PSIQUIATRICA.** |

**INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:**

1. **Observe al Médico residente durante la atención al paciente adulto o adulto mayor con enfermedad psiquiátrica, de acuerdo a guías técnicas vigentes o las evidencias científicas actuales.**
2. Aplique la lista de cotejo durante la observación del desempeño.
3. Absténgase de hacer comentarios durante la evaluación del desempeño.
4. Marque **SI**, cuando el aspecto evaluado, se cumple y **NO**, cuando no se cumple.
5. Si alguno de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
6. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
7. Anote los aspectos en los que el Médico residente debe mejorar.
8. Presente al Médico residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.

| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| **DURANTE EL DIAGNOSTICO PRESUNTIVO:** |  |  |  |  |
| 1. Saluda, se presenta y se muestra cordial con el paciente o su acompañante, buscando establecer empatía. |  |  |  |  |
| 1. Aplica normas de bioseguridad, incluyendo el lavado de las manos antes y después de la atención |  |  |  |  |
| 1. Efectúa la evaluación clínica en forma integral considerando: antecedentes personales, generales, fisiológicos, patológicos, epidemiológicos y familiares; en especial los relacionados con la enfermedad. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la anamnesis de la enfermedad actual incluyendo: tiempo de enfermedad, forma de inicio, curso, relato cronológico y funciones biológicas. |  |  |  |  |
| 1. Efectúa el examen físico en forma integral, en función del cuadro clínico, e incluye: funciones vitales, examen general, regional y por aparatos o sistemas, según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. Reconoce los síndromes detectados. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el diagnóstico presuntivo, de acuerdo con los hallazgos clínicos y resultados de los exámenes de apoyo al diagnóstico y los registra de acuerdo al CIE 10. |  |  |  |  |
| 1. Realiza las interconsultas en forma oportuna, de acuerdo a los diagnósticos presuntivos. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la referencia y contrarreferencia, según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el registro en la HC. |  |  |  |  |
| **DURANTE EL TRATAMIENTO INICIAL:** |  |  |  |  |
| 1. Efectúa las indicaciones no farmacológicas y farmacológicas iniciales, en relación con el/los diagnóstico/s, tomando en cuenta las interacciones y los efectos secundarios de los medicamentos e incluyendo las indicaciones condicionales. |  |  |  |  |
| 1. Indica las medidas generales de orientación a la familia según la enfermedad. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la referencia o contrarreferencia, según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el registro en la HC. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR:** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL PRODUCTO ELABORADO POR EL MÉDICO RESIDENTE:**  **HISTORIA CLINICA CON REGISTRO DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO Y TRATAMIENTO INICIAL DELPACIENTE**  **ADULTO O ADULTO MAYOR CON ENFERMEDAD PSIQUIÁTRICA** |

**INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:**

1. **Revise dos historias clínicas elaboradas por el Residente, con registro del diagnóstico presuntivo y tratamiento inicial de pacientes adultos y adultos mayores con enfermedad psiquiátrica**
2. Aplique la lista de cotejo al producto.
3. Marque **SI**, cuando el aspecto evaluado, se cumple y **NO**, cuando no se cumple.
4. Si alguno de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
5. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
6. Anote los aspectos en los que el Médico residente debe mejorar.
7. Presente al Médico residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.
8. El Docente evaluador y el Médico residente consignan su firma.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| **LA H.C. INCLUYE, CON LETRA LEGIBLE, PULCRITUD Y SIN ENMENDADURAS:** |  |  |  |  |
| **CON RESPECTO AL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO:** |  |  |  |  |
| 1. Los datos de identificación del paciente. |  |  |  |  |
| 1. La anamnesis completa. |  |  |  |  |
| 1. El examen físico general regional y por aparatos o sistemas, según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. El diagnóstico presuntivo y el CIE 10. |  |  |  |  |
| 1. Las interconsultas realizadas y sus informes. |  |  |  |  |
| 1. La referencia y contrarreferencia, según corresponda. |  |  |  |  |
| **CON RESPECTO AL TRATAMIENTO INICIAL:** |  |  |  |  |
| 1. las indicaciones no farmacológicas y farmacológicas iniciales |  |  |  |  |
| 1. Las medidas generales de orientación a la familia según la enfermedad. |  |  |  |  |
| 1. La referencia o contrarreferencia, según corresponda. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR:** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **INSTRUMENTOS DE EVALUACION DE LA COMPETENCIA No. 17** | |
| **COMPETENCIA.** | 1. Atender al paciente adulto o adulto mayor con fiebre de origen desconocido, **de acuerdo a guías técnicas vigentes o las evidencias científicas actuales.** |
| **ELEMENTOS DE COMPETENCIA.** | 17.1 Diagnosticar las enfermedades que causan fiebre de origen desconocido, en el paciente adulto o adulto mayor. |
| 17.2 Tratar al paciente adulto o adulto mayor con enfermedad que causa fiebre de origen desconocido. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DATOS DEL RESIDENTE EVALUADO (A)** | | |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL DESEMPEÑO DEL MÉDICO RESIDENTE DURANTE**  **LA ATENCIÓN AL PACIENTE ADULTO O ADULTO MAYOR CON FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO** |

**INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:**

1. **Observe al Médico residente durante la atención al paciente adulto o adulto mayor con fiebre de origen desconocido, de acuerdo a guías técnicas vigentes o las evidencias científicas actuales.**
2. Aplique la lista de cotejo durante la observación del desempeño.
3. Absténgase de hacer comentarios durante la evaluación del desempeño.
4. Marque **SI**, cuando el aspecto evaluado, se cumple y **NO**, cuando no se cumple.
5. Si alguno de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
6. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
7. Anote los aspectos en los que el Médico residente debe mejorar.
8. Presente al Médico residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.

| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| **DURANTE EL DIAGNOSTICO:** |  |  |  |  |
| 1. Saluda, se presenta y se muestra cordial con el paciente o su acompañante, buscando establecer empatía. |  |  |  |  |
| 1. Aplica normas de bioseguridad, incluyendo el lavado de las manos antes y después de la atención |  |  |  |  |
| 1. Efectúa la evaluación clínica en forma integral considerando: antecedentes personales, generales, fisiológicos, patológicos, epidemiológicos y familiares; en especial los relacionados con la enfermedad. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la anamnesis de la enfermedad actual incluyendo: tiempo de enfermedad, forma de inicio, curso, relato cronológico y funciones biológicas. |  |  |  |  |
| 1. Efectúa el examen físico en forma integral, en función del cuadro clínico, e incluye: funciones vitales, examen general, regional y por aparatos o sistemas, según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. Reconoce los síndromes detectados. |  |  |  |  |
| 1. Elabora el Plan de trabajo considerando los diagnósticos presuntivos |  |  |  |  |
| 1. Solicita los exámenes de apoyo al diagnóstico, de acuerdo a los diagnósticos presuntivos. |  |  |  |  |
| 1. Realiza las interconsultas en forma oportuna, de acuerdo a los diagnósticos presuntivos. |  |  |  |  |
| 1. Solicita o realiza los procedimientos diagnósticos. con consentimiento informado. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el diagnóstico, de acuerdo con los hallazgos clínicos y resultados de los exámenes de apoyo al diagnóstico y procedimientos diagnósticos y los registra de acuerdo al CIE 10. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la referencia y contrarreferencia, según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el registro en la HC. |  |  |  |  |
| **DURANTE EL TRATAMIENTO:** |  |  |  |  |
| 1. Efectúa las indicaciones generales: posición, dieta, balance hídrico, oxígeno, movilización, protección, sujeción. |  |  |  |  |
| 1. Efectúa las indicaciones no farmacológicas y farmacológicas, en relación con el/los diagnóstico/s, tomando en cuenta las interacciones y los efectos secundarios de los medicamentos e incluyendo las indicaciones condicionales. |  |  |  |  |
| 1. Realiza los procedimientos terapéuticos que corresponda, con consentimiento informado. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el seguimiento de acuerdo al cuadro clínico, registrando las evoluciones con la frecuencia requerida. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la detección de signos de alarma y complicaciones y las trata eficazmente |  |  |  |  |
| 1. Detecta tempranamente las reacciones adversas a los medicamentos (RAM), las controla eficazmente y las notifica. |  |  |  |  |
| 1. Realiza exámenes auxiliares de laboratorio, de imágenes e interconsultas de acuerdo a la evolución del paciente. |  |  |  |  |
| 1. Indica las medidas generales de orientación a la familia según la enfermedad. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el alta, la epicrisis y las indicaciones de alta, cuando corresponda. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la referencia o contrarreferencia, según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el registro en la HC. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR:** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL PRODUCTO ELABORADO POR EL MÉDICO RESIDENTE:**  **HISTORIA CLINICA CON REGISTRO DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE ADULTO O ADULTO MAYOR**  **CON FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO** |

**INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:**

1. **Revise dos historias clínicas elaboradas por el Residente, con registro de la atención al paciente adulto o adulto mayor con fiebre de origen desconocido**
2. Aplique la lista de cotejo al producto.
3. Marque **SI**, cuando el aspecto evaluado, se cumple y **NO**, cuando no se cumple.
4. Si alguno de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
5. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
6. Anote los aspectos en los que el Médico residente debe mejorar.
7. Presente al Médico residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.
8. El Docente evaluador y el Médico residente consignan su firma.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| **LA H.C. INCLUYE, CON LETRA LEGIBLE, PULCRITUD Y SIN ENMENDADURAS:** |  |  |  |  |
| **CON RESPECTO AL DIAGNÓSTICO:** |  |  |  |  |
| 1. Los datos de identificación del paciente. |  |  |  |  |
| 1. La anamnesis completa. |  |  |  |  |
| 1. El examen físico general regional y por aparatos o sistemas, según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. El diagnóstico presuntivo. |  |  |  |  |
| 1. El Plan de trabajo considerando los diagnósticos presuntivos. |  |  |  |  |
| 1. Los exámenes de apoyo al diagnóstico solicitados, sus informes e interpretación. |  |  |  |  |
| 1. Las interconsultas realizadas y sus informes. |  |  |  |  |
| 1. Los procedimientos diagnósticos realizados con consentimiento informado y sus informes. |  |  |  |  |
| 1. El diagnóstico, de acuerdo con los hallazgos clínicos y resultados de los estudios auxiliares de laboratorio, imágenes y procedimientos diagnósticos y el CIE 10. |  |  |  |  |
| 1. La referencia y contrarreferencia, según corresponda. |  |  |  |  |
| **CON RESPECTO AL TRATAMIENTO:** |  |  |  |  |
| 1. Las indicaciones generales: posición, dieta, balance hídrico, oxígeno, movilización, protección, sujeción. |  |  |  |  |
| 1. Las indicaciones no farmacológicas y farmacológicas, en relación con el/los diagnóstico/s, incluyendo las indicaciones condicionales. |  |  |  |  |
| 1. Los procedimientos terapéuticos que corresponda, con consentimiento informado. |  |  |  |  |
| 1. El seguimiento de acuerdo al cuadro clínico, detección de signos de peligro y registro de las evoluciones, con la frecuencia necesaria. |  |  |  |  |
| 1. Las reacciones adversas a los medicamentos (RAM), detectadas, medidas para su control y notificación. |  |  |  |  |
| 1. Las complicaciones detectadas y las medidas adoptadas para su control. |  |  |  |  |
| 1. Los exámenes auxiliares de laboratorio, de imágenes e interconsultas indicados, de acuerdo a la evolución del paciente. |  |  |  |  |
| 1. Las medidas generales de orientación a la familia, según la enfermedad. |  |  |  |  |
| 1. La evolución y pronóstico. |  |  |  |  |
| 1. La referencia o contrarreferencia, según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. El alta, la epicrisis y las indicaciones de alta, cuando corresponda. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR:** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **INSTRUMENTOS DE EVALUACION DE LA COMPETENCIA No. 18** | |
| **COMPETENCIA.** | 1. Ejecutar interconsultas derivadas de otros especialistas, **de acuerdo a guías técnicas vigentes o las evidencias científicas actuales y las evidencias científicas actuales.** |
| **ELEMENTOS DE COMPETENCIA.** | 18.1 Evaluar al paciente adulto y adulto mayor, motivo de la interconsulta. |
| 18.2 Proponer el plan terapéutico para el paciente adulto o adulto mayor motivo de la interconsulta |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DATOS DEL MÉDICO RESIDENTE EVALUADO (A)** | | |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL DESEMPEÑO DEL MÉDICO RESIDENTE DURANTE**  **LA ATENCIÓN AL PACIENTE ADULTO O ADULTO MAYOR, MOTIVO DE INTERCONSULTA**. |

**INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:**

1. **Observe al Médico residente durante la atención al paciente adulto o adulto mayor motivo de interconsulta, de acuerdo a guías técnicas vigentes o las evidencias científicas actuales.**
2. Aplique la lista de cotejo durante la observación del desempeño.
3. Absténgase de hacer comentarios durante la evaluación del desempeño.
4. Marque **SI**, cuando el aspecto evaluado, se cumple y **NO**, cuando no se cumple.
5. Si alguno de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
6. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
7. Anote los aspectos en los que el Médico residente debe mejorar.
8. Presente al Médico residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.

| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| **DURANTE EL DIAGNOSTICO:** |  |  |  |  |
| 1. Saluda, se presenta y se muestra cordial buscando establecer empatía con el paciente y su acompañante |  |  |  |  |
| 1. Aplica normas de bioseguridad, incluyendo el lavado de las manos antes y después de la atención |  |  |  |  |
| 1. Revisa la H.C. previa en todo su contenido. |  |  |  |  |
| 1. Efectúa la anamnesis de la enfermedad actual en forma dirigida, incluyendo síntomas y signos destacados y funciones vitales. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el examen físico incluyendo una breve descripción de los hallazgos destacados. |  |  |  |  |
| 1. Plante el diagnóstico. |  |  |  |  |
| 1. Propone estudios auxiliares y procedimientos para el diagnóstico. |  |  |  |  |
| 1. Propone un plan de tratamiento acorde con el diagnóstico. |  |  |  |  |
| 1. Efectúa otras recomendaciones que considere necesarias (citas, interconsultas, transferencias, etc.) |  |  |  |  |
| 1. La información es registrada en la H.C. en el formato de interconsulta. |  |  |  |  |
| **DURANTE LA PROPUESTA DEL PLAN DE TRATAMIENTO:** |  |  |  |  |
| 1. Propone el plan de tratamiento de acuerdo al diagnóstico. |  |  |  |  |
| 1. Prescribe el tratamiento de acuerdo al diagnóstico de la enfermedad, tomando en cuenta todas las patologías detectadas. |  |  |  |  |
| 1. Sugiere realizar la referencia y contrarreferencia, según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. Registra el tratamiento en la HC, en el formato de interconsulta. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR:** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL PRODUCTO ELABORADO POR EL MÉDICO RESIDENTE:**  **HISTORIA CLINICA CON REGISTRO EN EL FORMATO DE INTERCONSULTA, DE LA ATENCIÓN EFECTUADA AL PACIENTE**  **MOTIVO DE INTERCONSULTA.** |

**INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:**

1. **Revise dos historias clínicas elaboradas por el Residente, con registro en el formato de interconsulta, de la atención efectuada al paciente motivo de interconsulta.**
2. Aplique la lista de cotejo al producto.
3. Marque **SI**, cuando el aspecto evaluado, se cumple y **NO**, cuando no se cumple.
4. Si alguno de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
5. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
6. Anote los aspectos en los que el Médico residente debe mejorar.
7. Presente al Médico residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.
8. El Docente evaluador y el Médico residente consignan su firma.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| **EN EL FORMATO DE INTERCONSULTA, SE ENCUENTRAN REGISTRADOS CON LETRA CLARA, LEGIBLE Y SIN ENMENDADURAS:** |  |  |  |  |
| **CON RESPECTO AL DIAGNÓSTICO:** |  |  |  |  |
| 1. Los datos de identificación del paciente |  |  |  |  |
| 1. Las funciones vitales |  |  |  |  |
| 1. La anamnesis dirigida |  |  |  |  |
| 1. El examen físico clínico general y preferencial |  |  |  |  |
| 1. El diagnóstico |  |  |  |  |
| 1. Los estudios auxiliares de diagnóstico solicitados |  |  |  |  |
| 1. Las interconsultas sugeridas |  |  |  |  |
| 1. Los procedimientos diagnósticos realizados o sugeridos, con el consentimiento informado |  |  |  |  |
| 1. Las medidas terapéuticas no farmacológicas y farmacológicas sugeridas |  |  |  |  |
| **CON RESPECTO AL PLAN DE TRATAMIENTO:** |  |  |  |  |
| 1. Las indicaciones generales: posición, dieta, balance hídrico, oxígeno, movilización, protección, sujeción. |  |  |  |  |
| 1. El tratamiento inicial, sintomático y de soporte, sugerido |  |  |  |  |
| 1. Las indicaciones no farmacológicas y farmacológicas, según el diagnóstico. |  |  |  |  |
| 1. La referencia y contrarreferencia sugerida. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR:** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **INSTRUMENTOS DE EVALUACION DE LA COMPETENCIA No. 19** | |
| **COMPETENCIA.** | 1. Atender al paciente adulto o adulto mayor con patología múltiple, **de acuerdo a guías técnicas vigentes o las evidencias científicas actuales.** |
| **ELEMENTOS DE COMPETENCIA.** | 19.1 Diagnosticar al paciente adulto o adulto mayor con patología múltiple. |
| 19.2 Tratar al paciente adulto o adulto mayor con patología múltiple. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DATOS DEL RESIDENTE EVALUADO (A)** | | |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL DESEMPEÑO DEL MÉDICO RESIDENTE DURANTE LA**  **ATENCIÓN AL PACIENTE ADULTO O ADULTO MAYOR CON PATOLOGÍA MÚLTIPLE.** |

**INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:**

1. **Observe al Médico residente durante la atención al paciente adulto o adulto mayor con patología múltiple, de acuerdo a guías técnicas vigentes o las evidencias científicas actuales.**
2. Aplique la lista de cotejo durante la observación del desempeño.
3. Absténgase de hacer comentarios durante la evaluación del desempeño.
4. Marque **SI**, cuando el aspecto evaluado, se cumple y **NO**, cuando no se cumple.
5. Si alguno de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
6. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
7. Anote los aspectos en los que el Médico residente debe mejorar.
8. Presente al Médico residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.

| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| **DURANTE EL DIAGNOSTICO:** |  |  |  |  |
| 1. Saluda, se presenta y se muestra cordial con el paciente o su acompañante, buscando establecer empatía. |  |  |  |  |
| 1. Aplica normas de bioseguridad, incluyendo el lavado de las manos antes y después de la atención |  |  |  |  |
| 1. Efectúa la evaluación clínica en forma integral considerando: antecedentes personales, generales, fisiológicos, patológicos, epidemiológicos y familiares; en especial los relacionados con la enfermedad. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la anamnesis de la enfermedad actual incluyendo: tiempo de enfermedad, forma de inicio, curso, relato cronológico y funciones biológicas. |  |  |  |  |
| 1. Efectúa el examen físico en forma integral, en función del cuadro clínico, e incluye: funciones vitales, examen general, regional y por aparatos o sistemas, según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. Reconoce los síndromes detectados. |  |  |  |  |
| 1. Elabora el Plan de trabajo considerando los diagnósticos presuntivos |  |  |  |  |
| 1. Solicita los exámenes de apoyo al diagnóstico, de acuerdo a los diagnósticos presuntivos. |  |  |  |  |
| 1. Realiza las interconsultas en forma oportuna, de acuerdo a los diagnósticos presuntivos. |  |  |  |  |
| 1. Solicita o realiza los procedimientos diagnósticos. con consentimiento informado. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el diagnóstico, de acuerdo con los hallazgos clínicos y resultados de los exámenes de apoyo al diagnóstico y procedimientos diagnósticos y los registra de acuerdo al CIE 10. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la referencia y contrarreferencia, según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el registro en la HC. |  |  |  |  |
| **DURANTE EL TRATAMIENTO:** |  |  |  |  |
| 1. Efectúa las indicaciones generales: posición, dieta, balance hídrico, oxígeno, movilización, protección, sujeción. |  |  |  |  |
| 1. Efectúa las indicaciones no farmacológicas y farmacológicas, en relación con el/los diagnóstico/s, tomando en cuenta las interacciones y los efectos secundarios de los medicamentos e incluyendo las indicaciones condicionales. |  |  |  |  |
| 1. Realiza los procedimientos terapéuticos que corresponda, con consentimiento informado. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el seguimiento de acuerdo al cuadro clínico, registrando las evoluciones con la frecuencia requerida. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la detección de signos de alarma y complicaciones y las trata eficazmente |  |  |  |  |
| 1. Detecta tempranamente las reacciones adversas a los medicamentos (RAM), las controla eficazmente y las notifica. |  |  |  |  |
| 1. Realiza exámenes auxiliares de laboratorio, de imágenes e interconsultas de acuerdo a la evolución del paciente. |  |  |  |  |
| 1. Indica las medidas generales de orientación a la familia según la enfermedad. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el alta, la epicrisis y las indicaciones de alta, cuando corresponda. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la referencia o contrarreferencia, según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el registro en la HC. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR:** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL PRODUCTO ELABORADO POR EL MÉDICO RESIDENTE:**  **HISTORIA CLINICA CON REGISTRO DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE ADULTO O ADULTO MAYOR CON PATOLOGÍA MÚLTIPLE** |

**INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:**

1. **Revise dos historias clínicas elaboradas por el Residente, con registro de la atención al paciente adulto o adulto mayor con patología múltiple**
2. Aplique la lista de cotejo al producto.
3. Marque **SI**, cuando el aspecto evaluado, se cumple y **NO**, cuando no se cumple.
4. Si alguno de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
5. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
6. Anote los aspectos en los que el Médico residente debe mejorar.
7. Presente al Médico residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.
8. El Docente evaluador y el Médico residente consignan su firma.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| **LA H.C. INCLUYE, CON LETRA LEGIBLE, PULCRITUD Y SIN ENMENDADURAS:** |  |  |  |  |
| **CON RESPECTO AL DIAGNÓSTICO:** |  |  |  |  |
| 1. Los datos de identificación del paciente. |  |  |  |  |
| 1. La anamnesis completa. |  |  |  |  |
| 1. El examen físico general regional y por aparatos o sistemas, según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. El diagnóstico presuntivo. |  |  |  |  |
| 1. El Plan de trabajo considerando los diagnósticos presuntivos. |  |  |  |  |
| 1. Los exámenes de apoyo al diagnóstico solicitados, sus informes e interpretación. |  |  |  |  |
| 1. Las interconsultas realizadas y sus informes. |  |  |  |  |
| 1. Los procedimientos diagnósticos realizados con consentimiento informado y sus informes. |  |  |  |  |
| 1. El diagnóstico, de acuerdo con los hallazgos clínicos y resultados de los estudios auxiliares de laboratorio, imágenes y procedimientos diagnósticos y al CIE 10. |  |  |  |  |
| 1. La referencia y contrarreferencia, según corresponda. |  |  |  |  |
| **CON RESPECTO AL TRATAMIENTO:** |  |  |  |  |
| 1. Las indicaciones generales: posición, dieta, balance hídrico, oxígeno, movilización, protección, sujeción. |  |  |  |  |
| 1. Las indicaciones no farmacológicas y farmacológicas, en relación con el/los diagnóstico/s, incluyendo las indicaciones condicionales. |  |  |  |  |
| 1. Los procedimientos terapéuticos que corresponda, con consentimiento informado. |  |  |  |  |
| 1. El seguimiento de acuerdo al cuadro clínico, detección de signos de peligro y registro de las evoluciones, con la frecuencia necesaria. |  |  |  |  |
| 1. Las reacciones adversas a los medicamentos (RAM), detectadas, medidas para su control y notificación. |  |  |  |  |
| 1. Las complicaciones detectadas y las medidas adoptadas para su control. |  |  |  |  |
| 1. Los exámenes auxiliares de laboratorio, de imágenes e interconsultas indicados, de acuerdo a la evolución del paciente. |  |  |  |  |
| 1. Las medidas generales de orientación a la familia, según la enfermedad. |  |  |  |  |
| 1. La evolución y pronóstico. |  |  |  |  |
| 1. La referencia o contrarreferencia, según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. El alta, la epicrisis y las indicaciones de alta, cuando corresponda. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR:** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |