

**LIBRO DEL ESPECIALISTA
EN
FORMACIÓN**

**MEDICINA PREVENTIVA
Y SALUD PÚBLICA**



**MINISTERIO
DE SANIDAD
Y CONSUMO**

**MINISTERIO
DE EDUCACIÓN
Y CULTURA**

Consejo Nacional de Especialidades Médicas

NOTA INFORMATIVA A LOS RESIDENTES

El Libro del Residente se trata de una experiencia nueva, por lo que es deseo de la Subdirección General de Formación Sanitaria y de los grupos de trabajo que lo han elaborado, que sea tratado como un proyecto piloto al que los propios residentes, podrán añadir las sugerencias que crean convenientes, dirigiéndolas a la Subdirección General de Formación Sanitaria, M^o de Sanidad y Consumo, P^o del Prado 18-20, 28071 - MADRID. Fax: (91) 596.4412.

Así mismo, se informa que será la Jefatura de Estudios de la Escuela la encargada de sellar las hojas de los residentes, así como numerarlas e incorporar hojas nuevas, si fuera necesario.

DATOS PERSONALES

NOMBRE: _____

PRIMER APELLIDO: _____

SEGUNDO APELLIDO: _____

DIRECCIÓN: _____

TELÉFONO: _____

FECHA DE LICENCIATURA: _____

FACULTAD: _____

N° OBTENIDO EN LA PRUEBA MIR: _____

UNIDAD DOCENTE DE ADSCRIPCIÓN:

SERVICIOS ADSCRITOS A LA UNIDAD DOCENTE:

A) Hospitalarios:

B) Extrahospitalarios:

**FECHA DE INCORPORACIÓN A LA UNIDAD DO-
CENTE:** _____

TUTOR ASIGNADO:

FECHA PREVISTA DE FINALIZACIÓN PERÍODO

M.I.R. : _____

**COMISIONES DE LAS QUE SE HA PARTICIPADO
DURANTE EL M.I.R.:**

COMISIÓN	CARGO	TIEMPO

V° B° EL TUTOR

COMISIÓN	CARGO	TIEMPO

V°B° EL TUTOR

CURSOS RECIBIDOS:

1.- CURSO SUPERIOR DE SALUD PÚBLICA.

ESCUELA QUE IMPARTIÓ EL CURSO: _____	AÑO DE REALIZACIÓN: _____
TÍTULO DEL TRABAJO DE CAMPO: _____	AÑO DE PRESENTACIÓN _____

Vº Bº EL TUTOR

2.- OTROS CURSOS.

LUGAR	MATERIA	CRÉDITOS

Vº Bº EL TUTOR

EVALUACIÓN DEL CURSO SUPERIOR DE SALUD PÚBLICA.

Para cada una de las proposiciones por favor, indique, en que medida está de acuerdo o en desacuerdo con el enunciado. Marque su respuesta con una escala de 1 a 5 (1=No estoy en absoluto de acuerdo, 5=Estoy completamente de acuerdo.). También agradeceríamos que añadiese en el espacio previsto cualquier comentario que considere oportuno, en relación con alguna cuestión en particular o con algunos aspectos que quiera resaltar. Muchas gracias por su colaboración.

• PROGRAMACIÓN Y METODOLOGÍA

- 1.- Considero que, antes de realizar el curso, he sido suficientemente informado sobre los fines del mismo y los métodos de trabajo.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

- 2.- Los objetivos del curso se corresponden con mis actividades profesionales.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

- 3.- La metodología utilizada es pertinente a los objetivos del curso.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

- 4.- La atmósfera general del curso ha presentado un carácter de seriedad satisfactorio.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

• **PROFESORADO**

1.- La disposición al diálogo ha sido buena.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2.- Se ha conseguido transmitir conceptos e ideas fundamentales.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3.- Se ha sabido mantener la atención.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

• **RESULTADO**

1.- El curso me ha permitido mejorar mi nivel de conocimientos.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2.- Considero que me permitirá desarrollar una actividad favorable al enfoque sistemático de los problemas de salud.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3.- Considero que este curso me ha capacitado para poner en práctica, satisfactoriamente, los conocimientos adquiridos.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

4.- La utilidad del curso la calificaría como:

NULA	ESCASA	BUENA	ALTA	MUY ALTA
-------------	---------------	--------------	-------------	-----------------

5.- De acuerdo con los contenidos teóricos y prácticos del curso, la duración del mismo la calificaría como:

	CORTA	ADECUADA	LARGA
TEÓRICO			
PRÁCTICO			

6.- Señale los contenidos y aspectos teóricos o prácticos que usted hubiera incluido o eliminado del presente curso.

* TEÓRICO:

* PRÁCTICO

EVALUACIÓN DEL MÓDULO DE:

DEL CURSO SUPERIOR DE SALUD PÚBLICA.

Para cada una de las proposiciones por favor, indique, en que medida está de acuerdo o en desacuerdo con el enunciado. Marque su respuesta con una escala de 1 a 5 (1=No estoy en absoluto de acuerdo, 5=Estoy completamente de acuerdo.). También agradeceríamos que añadiese en el espacio previsto cualquier comentario que considere oportuno, en relación con alguna cuestión en particular o con algunos aspectos que quiera resaltar. Muchas gracias por su colaboración.

• PROGRAMACIÓN Y METODOLOGÍA

- 1.- Considero que, antes de realizar el módulo, he sido suficientemente informado sobre los fines del mismo y los métodos de trabajo.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

- 2.- Los objetivos del módulo se corresponden con mis actividades profesionales.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

- 3.- La metodología utilizada es pertinente a los objetivos del módulo.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

- 4.- La atmósfera general del módulo ha presentado un carácter de seriedad satisfactorio.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

• **PROFESORADO**

1.- La disposición al diálogo ha sido buena.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2.- Se ha conseguido transmitir conceptos e ideas fundamentales.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3.- Se ha sabido mantener la atención.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

• **RESULTADO**

1.- El módulo me ha permitido mejorar mi nivel de conocimientos.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2.- Considero que me permitirá desarrollar una actividad favorable al enfoque sistemático de los problemas de salud.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3.- Considero que este módulo me ha capacitado para poner en práctica, satisfactoriamente, los conocimientos adquiridos.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

4.- La utilidad del módulo la calificaría como:

NULA	ESCASA	BUENA	ALTA	MUY ALTA
------	--------	-------	------	----------

DEPENDENCIA DE ROTACIÓN	TIPO DE ACTIVIDAD			FECHA DE INICIO Y FIN	RESPONSABLE DOCENTE (Nombre y firma)
	F.T.P.	F.D.	F.I.		
	F.T.P.	F.D.	F.I.		
	F.T.P.	F.D.	F.I.		
	F.T.P.	F.D.	F.I.		
	F.T.P.	F.D.	F.I.		
	F.T.P.	F.D.	F.I.		
	F.T.P.	F.D.	F.I.		
	F.T.P.	F.D.	F.I.		
	F.T.P.	F.D.	F.I.		
	F.T.P.	F.D.	F.I.		
	F.T.P.	F.D.	F.I.		

* F.T.P.- Formación Teórica - Práctica, F.D.- Formación Docente, F.I.- Formación Investigadora.

V° B° EL TUTOR

2.- EN DIFERENTE UNIDAD A LA QUE SE EN CUENTRA ADSCRITO.

DEPENDENCIA DE ROTACIÓN	TIPO DE ACTIVIDAD			FECHA DE INICIO Y FIN	RESPONSABLE DOCENTE (Nombre y firma)
	F.T.P.	F.D.	F.I.		
	F.T.P.	F.D.	F.I.		
	F.T.P.	F.D.	F.I.		
	F.T.P.	F.D.	F.I.		
	F.T.P.	F.D.	F.I.		
	F.T.P.	F.D.	F.I.		
	F.T.P.	F.D.	F.I.		
	F.T.P.	F.D.	F.I.		
	F.T.P.	F.D.	F.I.		
	F.T.P.	F.D.	F.I.		

* F.T.P.- Formación Teórica - Práctica, F.D.- Formación Docente, F.I.- Formación Investigadora.

V° B° EL TUTOR

DEPENDENCIA DE ROTACIÓN	TIPO DE ACTIVIDAD			FECHA DE INICIO Y FIN	RESPONSABLE DOCENTE (Nombre y firma)
	F.T.P.	F.D.	F.I.		
	F.T.P.	F.D.	F.I.		
	F.T.P.	F.D.	F.I.		
	F.T.P.	F.D.	F.I.		
	F.T.P.	F.D.	F.I.		
	F.T.P.	F.D.	F.I.		
	F.T.P.	F.D.	F.I.		
	F.T.P.	F.D.	F.I.		
	F.T.P.	F.D.	F.I.		
	F.T.P.	F.D.	F.I.		
	F.T.P.	F.D.	F.I.		
	F.T.P.	F.D.	F.I.		

* F.T.P.- Formación Teórica - Práctica, F.D.- Formación Docente, F.I.- Formación Investigadora.

V° B° EL TUTOR

3.- DESARROLLO DE LAS ROTACIONES

ÁREA DE FORMACIÓN	FECHA DE INICIO Y FIN	CONTENIDO DESARROLLADO	ACTIVIDAD REALIZADA	GRADO DE RESPONSABILIDAD			RESPONSABLE DOCENTE (Nombre y firma)
				1	2	3	
				1	2	3	
				1	2	3	
				1	2	3	

* 1=En colaboración con el responsable docente, 2=Bajo la dirección del responsable docente,
3=Con la supervisión del responsable docente.

V° B° EL TUTOR

ÁREA DE FORMACIÓN	FECHA DE INICIO Y FIN	CONTENIDO DESARROLLADO	ACTIVIDAD REALIZADA	GRADO DE RESPONSABILIDAD			RESPONSABLE DOCENTE (Nombre y firma)
				1	2	3	
				1	2	3	
				1	2	3	
				1	2	3	
				1	2	3	

* 1=En colaboración con el responsable docente, 2=Bajo la dirección del responsable docente, 3=Con la supervisión del responsable docente.

Vº Bº EL TUTOR

4.- GUARDIAS.

DE LA ESPECIALIDAD	PERIODO	ACTIVIDAD	RESPONSA- BLE DOCEN- TE (Fecha y firma)

Vº Bº EL TUTOR

DE LA ESPECIALIDAD	PERIODO	ACTIVIDAD	RESPONSA- BLE DOCEN- TE (Fecha y firma)

Vº Bº EL TUTOR

ACTIVIDAD DOCENTE

1.- SESIONES GENERALES DE LA UNIDAD O DE LAS DEPENDENCIAS A ELLA ADSCRITA (CLÍNICAS, EPIDEMIOLOGICAS, CONTROL CALIDAD, EVALUACIÓN, BIBLIOGRAFÍAS, ETC.). PRESENTADAS EN PRIMERA PERSONA.

TITULO	TIPO DE ACTO	FECHA	RESPONSABLE DOCENTE (Nombre y firma)

Vº Bº EL TUTOR

2.- SESIONES EN COLABORACIÓN CON OTROS SERVICIOS (CLÍNICAS, EPIDEMIOLÓGICAS, CONTROL CALIDAD, EVALUACIÓN, BIBLIOGRAFÍAS, ETC.). PRESENTADAS EN PRIMERA PERSONA.

TITULO	TIPO DE ACTO	FECHA	RESPONSABLE DOCENTE (Nombre y firma)

Vº Bº EL TUTOR

TITULO	TIPO DE ACTO	FECHA	RESPONSABLE DOCENTE (Nombre y firma)

Vº Bº EL TUTOR

**3.- SESIONES EN LAS DEPENDENCIAS DE ROTACIÓN
(CLÍNICAS, EPIDEMIOLÓGICAS, CONTROL CALIDAD,
EVALUACIÓN, BIBLIOGRAFÍAS, ETC.). PRESENTADAS EN
PRIMERA PERSONA.**

TITULO	TIPO DE ACTO	FECHA	RESPONSABLE DOCENTE (Nombre y firma)

Vº Bº EL TUTOR

TITULO	TIPO DE ACTO	FECHA	RESPONSABLE DOCENTE (Nombre y firma)

V° B° EL TUTOR

4.- CONFERENCIAS, COLOQUIOS, MESAS REDONDAS, CURSOS, ETC. EN LOS QUE HAYA PARTICIPADO COMO PONENTE

TITULO	TIPO DE ACTO	FECHA	RESPONSABLE DOCENTE (Nombre y firma)

Vº Bº EL TUTOR

TITULO	TIPO DE ACTO	FECHA	RESPONSABLE DOCENTE (Nombre y firma)

Vº Bº EL TUTOR

5.- ASISTENCIA A CURSOS, CONGRESOS, JORNADAS, SEMINARIOS, ETC. COMO OYENTE (EN CASO DE CURSOS DE DOCTORADO INDICAR NÚMERO DE HORAS DE QUE CONSTA).

TITULO	TIPO DE ACTO	FECHA	RESPONSABLE DOCENTE (Nombre y firma)

V° B° EL TUTOR

TITULO	TIPO DE ACTO	FECHA	RESPONSABLE DOCENTE (Nombre y firma)

V° B° EL TUTOR

6.- COORDINADOR DE CURSOS E IMPARTICIÓN DE CLASES

TITULO	TIPO DE ACTIVIDAD	FECHA Y LUGAR	RESPONSABLE DOCENTE (Nombre y firma)

Vº Bº EL TUTOR

TITULO	TIPO DE ACTIVIDAD	FECHA Y LUGAR	RESPONSABLE DOCENTE (Nombre y firma)

V° B° EL TUTOR

ACTIVIDAD INVESTIGADORA

1.- COMUNICACIONES ACEPTADAS EN CONGRESOS COMO PRIMER FIRMANTE

TÍTULO Y AUTORES (tal y como figuran el libro de publicaciones)	CONGRESO (Denominación y fechas)

V° B° EL TUTOR

TÍTULO Y AUTORES (tal y como figuran el libro de publicaciones)	CONGRESO (Denominación y fechas)

Vº Bº EL TUTOR

**2.- COMUNICACIONES ACEPTADAS EN CONGRESOS
COMO SEGUNDO O SIGUIENTES FIRMANTES.**

TÍTULO Y AUTORES (tal y como figuran el libro de publicaciones)	CONGRESO (Denominación y fechas)

Vº Bº EL TUTOR

TÍTULO Y AUTORES (tal y como figuran el libro de publicaciones)	CONGRESO (Denominación y fechas)

Vº Bº EL TUTOR

3.- PUBLICACIONES: EDITORIALES, ORIGINALES, CAPÍTULOS DE LIBROS, MONOGRAFÍAS, NOTAS CLÍNICAS, CARTAS AL DIRECTOR, VÍDEOS, ETC. (EFECTIVAS O ACEPTADAS EN ESPERA DE PUBLICACIÓN) COMO PRIMER FIRMANTE

TÍTULO Y AUTORES (tal y como figuran el libro de publicaciones)	CONGRESO (Denominación / fechas)

Vº Bº EL TUTOR

TÍTULO Y AUTORES (tal y como figuran el libro de publicaciones)	CONGRESO (Denominación y fechas)

Vº Bº EL TUTOR

4.- PUBLICACIONES: EDITORIALES, ORIGINALES, CAPÍTULOS DE LIBROS, MONOGRAFÍAS, NOTAS CLÍNICAS, CARTAS AL DIRECTOR, VÍDEOS, ETC. (EFECTIVAS O ACEPTADAS EN ESPERA DE PUBLICACIÓN) COMO SEGUNDO O SIGUIENTES FIRMANTES.

TÍTULO Y AUTORES (tal y como figuran el libro de publicaciones)	CONGRESO (Denominación / fechas)

Vº Bº EL TUTOR

TÍTULO Y AUTORES (tal y como figuran el libro de publicaciones)	CONGRESO (Denominación y fechas)

V° B° EL TUTOR

5.- TESIS DOCTORAL

TÍTULO (Definitivo/Provisional)	FECHA DE COMIENZO	DIRECTOR (Nombre y firma)	FASE EN QUE SE ENCUEN- TRA AL CIERRE DEL LIBRO CURRICULAR

V° B° EL TUTOR

TÍTULO (Definitivo/Provisional)	FECHA DE COMIENZO	DIRECTOR (Nombre y firma)	FASE EN QUE SE ENCUENTRA AL CIERRE DEL LIBRO CURRICULAR

Vº Bº EL TUTOR

10.- OTROS

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

OBSERVACIONES

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....