

Anexo N° 06 Requisitos para Pasantía Profesional

LISTA DE REQUISITO PARA LA REALIZACIÓN DE PASANTIA PROFESIONAL

- ✓ Solicitud dirigida al director
- ✓ Curriculum Vitae Descriptivo
- ✓ Copia de Título e Nombres de la Nación (Legalizado por Notario)
- ✓ Copia de Resolución de SERUMS
- ✓ Copia de Constancia de Colegiatura
- ✓ Copia de Constancia de Habilitación
- ✓ Certificado de Salud Mental expedida por un psiquiatra
- ✓ Copia de Vacunas
- ✓ (2) Fotos tamaño carnet
- ✓ Fotocopia de DNI
- ✓ 02 Micas A4
- ✓ Ticket de Pago s/ 200.00 Por Derecho de Pasantía (mensual)

"Ingresar los documentos por Mesa de Partes"

Nota: Todo pago se realizará en Caja del Hospital "Carlos Lanfranco La Hoz"



Anexo N° 07 Requisitos para Pasantía Técnico

LISTA DE REQUISITO PARA LA REALIZACIÓN DE PASANTIA TÉCNICO
✓ Solicitud dirigida al Director
✓ Copia de Título a Nombre de la Nación (Legalizado por Notario)
✓ Certificado de Salud Mental expedida por un psiquiatra
✓ (2) Fotos tamaño carnet
✓ Copia de Vecinas
✓ Fotocopia de DNI
✓ 02 Mica A4
✓ Ticket de Pago s/50.00 Por Derecho de Pasantía Técnico (mensual)
"Ingresar los documentos por Mesa de Partes"
Note: Todo pago se realizará en Caja del Hospital "Carlos Lanfranco La Hoz"



Anexo N° 08 Modelo de Solicitud de Pasantía

Solicitud:

Señor:
Director Ejecutivo del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz
Presente.

Yo, de Años de edad, identificado con DNI
N° con domicilio en
Distrito: ante usted con el debido respeto me presento y expongo:

Que habiendo terminado mis estudios superiores en la (Universidad o
Instituto) en la especialidad
de Solicito realizar mi pasantía en la (Unidad o
Departamento) del Hospital que usted dirige, a partir
del al por un periodo de (Mes o meses), recorro a su
despacho para solicitarle que ordene a quien corresponda se me brinde la oportunidad
de realizar mi pasantía.

Por lo expuesto:
Pido a usted señor Director acceder a mi solicitud por ser de justicia y equidad.

Fuente Piedad:

Firma del interesado
DNI N°
Número de Celular
Correo Electrónico





Anexo N° 09 Declaración Jurada de Autofinanciamiento para la realización de Pasantía.

DECLARACION JURADA DE AUTOFINANCIAMIENTO

(NOMBRES Y APELLIDOS DEL PROFESIONAL), identificado con N° DNI con domicilio en postulante de la convocatoria de Pasantía de la especialidad de declaro bajo juramento que asumo mis gastos y otros que se presenten durante el desarrollo de mi pasantía.

Adicionalmente, debo manifestar que la contravención de lo declarado bajo juramento, será causa de resolución de la pasantía.

Punto Fiedra,

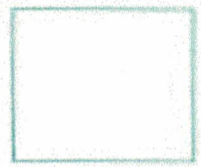


Firma del interesado
DNI N°
Número de Celular
Correo Electrónico



Anexo N° 10 Ficha de Pasantía (Profesional y Técnico)



FICHA DE PASANTES

Universidad.....
Instituto.....
Apellidos y Nombres.....
D.N.I. N°..... Edad..... Teléfono.....
Fecha de Nacimiento..... Email.....
Domicilio.....
Especialidad/Técnico.....

Requisitos solicitados:

• Solicitud dirigida al director	()
• Currículum Vitae Descriptivo	()
• Copia de Título a Nombre de la Nación (Legalizado por Notario)	()
• Copia de Resolución de SERUMS	()
• Copia de Constancia de Colegiatura	()
• Copia de Constancia de Habilitación	()
• Certificado de Salud Mental expedida por un psiquiatra	()
• Copia de Vacunas	()
• (2) Fotos tamaño carnet	()
• Fotocopia de DNI	()
• 02 Micas A4	()
• Ticket de Pago Por Derecho de Pasantía (mensual)	()

Fecha de Inicio..... Fecha de Terminación.....
Sede de Rotación.....
Coordinador.....
Tutor.....
Observaciones.....

Fotos: () Fecha:.....

Firma.....
Nombres y Apellidos.....
DNI N°.....




Anexo N° 11 Ficha de Control de Asistencia de Pasantía



Ministerio de Salud

Ministerio de Salud



CONTROL DE ASISTENCIA PASANTIA

Nombre y Apellidos _____

Institución de Procedencia _____

Sede de Rotación _____

Fecha de Inicio _____

Fecha de Terminó _____

FECHA	SERVICIO DE ROTACIÓN	HORA DE ENTRADA	HORA DE SALIDA	FIRMA

FIRMA JEFATURA DEL SERVICIO



Ministerio de Salud

Ministerio de Salud



Anexo N° 12 Ficha de Evaluación de Pasantía



EVALUACION DE PASANTIA

Nombre y Apellidos.....
 Institución de Procedencia.....
 Sede de Rotación.....
 Fecha de Inicio.....
 Fecha de Término.....
 Especialidad.....

N°	PARAMETROS DE EVALUACION	EXCELENTE (5 Puntos)	BUENO (4 Puntos)	REGULAR (3 Puntos)	MALO (2 Puntos)	OBSERVACIONES
1	Puntualidad y Asistencia					
	Relaciones Interpersonales e Identificación con la Institución					
	Participación y/o interés del Pasantista					
	Conocimientos de la Especialidad					
	NOTA					

Firma del Evaluador

Firma del Jefe del Departamento
y/o Servicio del Hospital "Carlos Lanfranco La Hoz"



Anexo N° 13 Requisito para constancia de Pasantía

LISTA DE REQUISITO PARA LA EMISION DE CONSTANCIA DE PASANTIA
✓ Solicitud Dirigida al director ejecutivo del HCLLH. ✓ Ficha de Asistencia. ✓ Ficha de Notas, otorgado por el Departamento o Servicio. ✓ Fotocopia de DNI ✓ Ticket de Pago S/. 20.00 por concepto de Constancia de Pasantia.
"Ingresar los documentos por Mesa de Partes"
Nota: Todo pago se realizará en Caja del Hospital "Carlos Lanfranco La Hoz"



Anexo N° 14 Requisitos para Estudiantes

LISTA DE REQUISITO PARA ESTUDIANTES
✓ Carta de Presentación o Credencial
✓ Certificado de Salud (Minsa)
✓ Certificado de Salud Mental expedida por un Psiquiatra
✓ Copia de Vacunas
✓ (2) Fotos tamaño carnet
✓ Fotocopia de DNI
✓ 02 Micas A4
✓ Ticket de Pago por concepto de derecho a Campo clínico
S/. 25.00 por concepto de derecho a Campo Clínico – Universidad Privada
S/. 20.00 por concepto de derecho a Campo Clínico – Universidad Nacional
S/. 15.00 por concepto de derecho a Campo Clínico – Instituto Privado
S/. 10.00 por concepto de derecho a Campo Clínico – Instituto Nacional
"Ingresar los documentos por Mesa de Partes"
Nota: Todo pago se realizará en Caja del Hospital "Carlos Lanfranco La Hoz"



Anexo N° 15 Ficha de Estudiantes



FICHA INTEGRAL
ESTUDIANTES DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD

Universidad.....
Nacional () Particular ()
Apellidos y Nombres.....
D.N.I N°..... Edad..... Teléfono.....
Fecha de Nacimiento..... Email.....
Domicilio.....
Especialidad.....
Curso.....

Requisitos solicitados:

• Carta de Presentación o Credencial	()
• Certificado de Salud MINSA	()
• Certificado de Salud Mental	()
• Copia de Vacunas	()
• (2) Fotos tamaño carnet	()
• Fotocopia de DNI	()
• 02 Micas A4	()
• Ticket de Pago Por concepto de derecho a Campo clínico	()

Fecha de Inicio..... Fecha de Terminó.....
Sede de Rotación.....
Coordinador.....
Tutor.....
Observaciones.....

Folios: () Fecha:

Firma

Nombres y Apellidos.....

DNI N°.....



Anexo N° 16 Requisitos para Constancia de Estudiantes, Internos y Médicos Residentes

LISTA DE REQUISITO PARA LA EMISION DE CONSTANCIA DE ESTUDIANTES, INTERNOS Y MEDICOS RESIDENTES
✓ Solicitud Dirigida al Director Ejecutivo del HCLLH. ✓ Constancia de Asistencia, otorgado por el Jefe de la Unidad de Personal (Control de Asistencia) ✓ Constancia de Notas, otorgado por el Coordinador o Tutor de Sede Docente. ✓ Fotocopia de DNI ✓ Ticket de Pago S/. 20.00 por concepto de Constancia de Residentado, Internado o Prácticas.
"Ingresar los documentos por Mesa de Partes"
Nota: Todo pago se realizará en Caja del Hospital "Carlos Lanfranco La Hoz"



Anexo N° 17 Requisitos para Internos de las Ciencias de la Salud

LISTA DE REQUISITO PARA INTERNOS
✓ Oficio de la Universidad.
✓ Carta de Presentación o credencial.
✓ Ponderado (notas) otorgado por la Universidad.
✓ Record de Notas.
✓ Certificado de Salud con resultados de análisis y placa de RX.
✓ Copia de Carnet de Vacunas.
✓ Certificado de Salud Mental expedida por un psiquiatra.
✓ (2) Fotos tamaño carnet.
✓ Fotocopia de DNI.
✓ Certificados de Antecedentes Policiales.
✓ Certificados de Antecedentes Penales.
✓ Certificado de Antecedentes Judiciales.
✓ Copia de Seguro.
✓ 2 Micas A4.
✓ Ticket de pago por derecho de fotocheck.
<i>"Ingresar los documentos por Mesa de Partes"</i>
Nota: Todo pago se realizará en Caja del Hospital "Carlos Lanfranco La Hoz"



Anexo N° 18 Ficha de Internos de las Ciencias de la Salud



Ministerio de Salud

Hospital Carlos Lanfranco La Hoz



FICHA INTEGRAL
INTERNOS DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD

Universidad.....
 Nacional () Particular ()
 Modalidad () Libre ()
 Apellidos y Nombres.....
 D.N.I. N°..... Edad..... Teléfono.....
 Fecha de Nacimiento..... Email.....
 Domicilio.....
 Especialidad.....
 Curso.....

Requisitos solicitados:

- Oficio de la Universidad. ()
- Carta de Presentación o credencial. ()
- Ponderado (notas) otorgado por la Universidad. ()
- Record de Notas. ()
- Certificado de Salud con resultados de análisis y placa de RX. ()
- Copia de Carnet de Vacunas. ()
- Certificado de Salud Mental expedido por un psiquiatra. ()
- (2) Fotos tamaño carnet. ()
- Fotocopia de DNI. ()
- Certificados de Antecedentes Policiales. ()
- Certificados de Antecedentes Penales. ()
- Certificado de Antecedentes Judiciales. ()
- Copia de Seguro. ()
- 2 Micas A4. ()
- Ticket de pago por derecho de fotocheck. ()

Fecha de Inicio..... Fecha de Terminación.....
 Sede de Rotación.....

Servicios de rotación	Tiempo de Rotaciones			
	1era rotación	2da rotación	3era rotación	4ta rotación
Servicio de Cirugía				
Servicio de Medicina				
Servicio de Pediatría				
Servicio de Ginecología				

Coordinador.....
 Tutor.....
 Observaciones.....

Folios: () Fecha:

Firma.....
 Nombres y Apellidos.....
 DNI N°.....

Anexo N° 19 Ficha de Prendas de Uniforme Internos de Medicina Humana



Anexo N° 01

Ficha de Descripción de las Prendas de Uniforme
Internos de Medicina Humana

Condición	Zona	Prenda	Modelo	Color	Distintivo
Internos / Externos	De uso diario (para circular)	pantalón / chaqueta	Cuello en V	Blanco	Logo bordado de la Universidad o institución donde proceda, en la parte superior derecha de la chaqueta (Internos de Medicina)
		Guantes Blanco			
	Áreas Estériles o semi estériles (Sala de Parto, Neonatalogía, UCI, Quirófano)	pantalón / chaqueta	Cuello en V		
		Zapatos o Zapatillas	Sin agujeros o Zapatillas		

- No se permiten mezclar colores de uniforme, ni el porte de uniforme incompleto. Ejemplo: Camisa de uniforme y Blue Jeans.
- No está permitido el uniforme de colores fluorescentes para circular ni llevar sobre el uniforme accesorios chambray y bufanda.
- Está permitido el uso de mandilón blanco sobre el uniforme.



Anexo N° 20 Ficha de Prendas de Uniforme Internos de Obstetricia





Ministerio de Salud

HOSPITAL Carlos Lanfranco La Hoz



Anexo N° 02
Ficha de Descripción de las Prendas de Uniforme Internos de Obstetricia

PRENDA	MODELO	COLOR	TELA / MATERIAL	OTROS	DISTINTIVO
Chaqueta	Clásico	Guinda	Verano: Lanilla poliéster de algodón delgado. Media Estación: Shantung poliéster. Invierno: Poliéster de algodón grueso.	Dos bolsillos en la parte inferior	Logo bordado de la Universidad o institución de donde procede, en parte superior izquierdo de la chaqueta. (Internos de Obstetricia)
Guandapocho	Clásico	Bianco	Lino	Dos bolsillos (condicional)	
Pantalón	Clásico	Guinda	Verano: Lanilla poliéster de algodón delgado. Media Estación: Shantung poliéster. Invierno: Poliéster de algodón grueso.	Dos bolsillos (condicional)	
Chompa tejido llano	Clásico	Guinda	Lana 100%	Dos bolsillos (condicional)	
Medias		Bianco			
Cabello recogido con malla		Guinda			
Zapatos	Mocasín	Guinda			

* **Distintivo:** Logo de la universidad o institución de donde procede, en la parte superior izquierdo de la chaqueta o mandil.

Anexo N° 21 Ficha de Prendas de Uniforme Internos de Odontología

Condición	Zona	Prenda	Modelo	Color	Distintivo
Internos / Externos	De uso diario (para circular)	pantalón / chaqueta	Cuello en V	Blanco	Logo bordado de la Universidad o institución donde proceda, en la parte superior izquierda de la chaqueta (Internos de Odontología)
		Guardapolvo Blanco			
	Áreas Externas o semi-estériles (Sala de Parto, Neonatología, UCI, Quirófano)	pantalón / chaqueta	Cuello en V		
		Zapatos o Zapatillas	Sin agujeros o Zapatillas		

- No se permiten mezclar colores de uniforme, ni el porte de uniforme incompleto. Ejemplo: Camisa de uniforme y Blue Jeans.
- No está permitido el uniforme de colores fosforescentes para circular ni llevar sobre el uniforme, accesorios chompas y bufanda.
- Está permitida el uso de mandiles blancos sobre el uniforme.



Anexo N° 22 Ficha de Prendas de Uniforme Internos de Nutrición



Ministerio de Salud

HOSPITAL
Carlos Lanfranco La Hoz



Anexo N° 24

Ficha de Descripción de las Prendas de Uniforme Internos de Nutrición

PRENDA	MODELO	COLOR	CALZADO	DISTINTIVO
Pantalón / Chaqueta		Pantalón Mamón noche Chaqueta Crema	Zapatillas o Zapatos Color oscuro negro	Largo bordado de la Universidad o institución de donde procede, en parte superior izquierdo de la chaqueta
Pantalón / Chaqueta	Cuello en V	Logo Hilo mamón		
Pantalón / Chaqueta		Chaleco Mamón		

- No se permiten mezclar colores de uniforme, ni el porte de uniforme incompleto. Ejemplo: Camisa de uniforme y Blue Jeans. No está permitido el uso de Joyas, aretes, bufandas sobre el uniforme.
- Usar cabello recogido
- DISTINTIVO:** Logo bordado de la Universidad o institución de donde procede, en la parte superior izquierdo de la chaqueta mandil
- Durante el procedimiento u atención al usuario no está permitido el uso del celular, respetar la atención del paciente
- Está permitido el uso de mandil blanco sobre el uniforme.



Anexo N° 23 Ficha de Prendas de Uniforme Internos de Enfermería



Anexo N° 05
Ficha de Descripción de las Prendas de Uniforme
Internos de Enfermería

PRENDA	MODELO	COLOR	TELA / MATERIAL	OTROS	DISTINTIVO
Chaqueta	Clásico	Turquesa	Verano: Lanta poliéster de algodón delgado. Media Estación: Shantung poliéster. Invierno: Poliéster de algodón grueso.	Dos bolsillos en la parte inferior	Logo bordado de la Universidad o institución de donde procede, en parte superior izquierdo de la chaqueta. (Internos de Enfermería)
Guardapolvo	Clásico	Turquesa	Lino	Dos bolsillos (condicional)	
Bata	Clásico	Turquesa	Verano: Lanta poliéster de algodón delgado. Media Estación: Shantung poliéster. Invierno: Poliéster de algodón grueso.	Dos bolsillos (condicional)	
Chompa tejido llano	Clásico	Turquesa	Lana 100%	Dos bolsillos (condicional)	
Medias		Azul			
Cabello recogido con malla		Turquesa			
Zapatos	Mocasin	Azul			

• Distintivo: Logo de la universidad o institución de donde procede, en la parte superior izquierda de la chaqueta o bata.



Anexo N° 24 Ficha de Prendas de Uniforme Internos de Patología Clínica y Anatomía Patológica, Tecnología Médica y Diagnóstico Por Imágenes



PERU Ministerio de Salud

Integración - Calidad - Equidad



Anexo N° 24

Ficha de Descripción de las Prendas de Uniforme
Internos de Patología Clínica y Anatomía Patológica, Tecnología Médica y Diagnóstico Por Imágenes

CARRERA	PRENDA	MODELO	COLOR	CALZADO	DISTINTIVO
Tecnólogo en Laboratorio	Pantalón / Mandil		Pantalón Azul Mandil Blanco		
Tecnólogo en Rehabilitación	Pantalón / Chaqueta	Cuello en V	Logo Hilo color celeste	Zapatillas o Zapatos Color: blanco, gris, azul o negro	Logo bordado de la Universidad o institución de donde procede, en parte superior izquierdo de la chaqueta.
Tecnólogo en Radiología	Pantalón / Chaqueta		Chaleco azul acero		

- No se permiten mezclar colores de uniforme, ni el porte de uniforme incompleto. Ejemplo: Camisa de uniforme y Blue Jeans. No está permitido el uso de Joyas, anillos, bufandas sobre el uniforme.
- Usar cabello recogido.
- DISTINTIVO:** Logo bordado de la Universidad o institución de donde procede, en la parte superior izquierdo de la chaqueta /mandil.
- Durante el procedimiento u atención al usuario no está permitido el uso del celular, respetar la atención al paciente.
- Está permitido el uso de mandil blanco sobre el uniforme.



Anexo N° 25 Ficha de Prendas de Uniforme Internos de Psicología



PERU

Ministerio
de Salud

Resolución Ministerial
N° 000000-2012



Anexo N° 07

Ficha de Descripción de las Prendas de Uniforme
Internos de Psicología

PRENDA	MODELO	COLOR	CALZADO	DISTINTIVO
Pantalón / Chaqueta		Pantalón azul noche Chaqueta blanca		
Pantalón / Chaqueta	Cuello en V	Logo HLA celeste	Zapatillas o Zapatos Color: oscuro negro	Logo bordado de la Universidad o Institución de donde procede en parte superior izquierdo de la chaqueta
Pantalón / Chaqueta		Chaleco azul oscuro		

- No se permiten mezclar colores de uniforme, ni el porte de uniforme incompleto. Ejemplo: Camisa de uniforme y Blue Jeans. No está permitido el uso de Joyas, aretes, bufandas sobre el uniforme.
- Usar cabello recogido.
- **DISTINTIVO:** Logo bordado de la Universidad o Institución de donde procede, en la parte superior izquierdo de la chaqueta mandil.
- Durante el procedimiento u atención al usuario no está permitido el uso del celular, respetar la atención del paciente.
- Está permitido el uso de mandilón blanco sobre el uniforme.



Anexo N° 26 Requisitos para Residentado Medico

LISTA DE REQUISITO PARA RESIDENTADO MEDICO
✓ Solicitud dirigida al Director para contrato por Residencia Medica.
✓ Oficio de la Universidad.
✓ Credencial o constancia de presentación.
✓ Copia de Título de Médico Cirujano.
✓ Copia de Habilidad del C.M.P.
✓ Copia de Resolución del SERUMS.
✓ Certificado de Salud con resultado de análisis y placa de RX.
✓ Copia de Carnet de Vacunas.
✓ Certificado de Salud Mental expedido por un psiquiatra.
✓ (3) Fotos tamaño carnet.
✓ Fotocopia de DNI.
✓ Certificados de Antecedentes Policiales.
✓ Certificados de Antecedentes Penales.
✓ Certificado de Antecedentes Judiciales.
✓ Copia de Seguro.
✓ 2 Micas A4.
✓ Copia de Contrato ONP o AFP.
✓ Boucher Banco de la Nación (N° de cuenta).
✓ Ticket de pago por derecho de fotocopia.
"Regresar los documentos por Mesa de Partes"
Nota: Todo pago se realizará en Caja del Hospital "Carlos Lanfranco La Hoz"



Anexo N° 27 Ficha de Residentado Medico



PERU Ministerio de Salud

Resolución Ministerial
L. 000000-2010-MINSA



Anexo 01

**FICHA INTEGRAL
MEDICO RESIDENTE**

Universidad:
 Nacional: Particular:
 Modalidad: Libre:
 Apellidos y Nombres:
 D.N.I. N°: Edad: Teléfono:
 Fecha de Nacimiento: Email:
 Domicilio:
 Especialidad:
 Numero de Colegio Medico:

Requisitos solicitados:

- Solicitud dirigida al Director para contrato por Residencia Medica
- Oficio de la Universidad
- Credencial o constancia de presentación
- Copia de Título de Médico Cirujano
- Copia de Habilitación del C.M.P.
- Copia de Resolución del BERUMS
- Certificado de Salud con resultado de análisis y placa de RX
- Copia de Carnet de Vacunas
- Certificado de Salud Mental expedida por un psiquiatra
- (3) Fotos tamaño carnet
- Fotocopia de DNI
- Certificados de Antecedentes Policiales
- Certificados de Antecedentes Penales
- Certificado de Antecedentes Judiciales
- Copia de Seguro
- 2 Micas A4
- Copia de Contrato ONP o AFP
- Boucher Banco de la Nación (N° de cuenta)
- Ticket de pago por derecho de fotocopy

Fecha de Inicio: Fecha de Termina:
 Sede de Rotación:
 Coordinador:
 Tutor:
 Observaciones:

Folios: ()

Fecha:

Firma
 Nombres y Apellidos:
 DNI N°:



Anexo N° 28 Ficha de Notas de Residentado Medico USMP



Ministerio de Salud

Hospital Carlos Lanfranco La Hoz



Anexo N° 2 (A)
FICHA DE NOTAS
UNIVERSIDAD SAN MARTIN DE PORRES
SEDE: HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ
FICHA DE EVALUACIÓN MENSUAL DE RESIDENTES
REALIZADO: DURANTE EL MES: _____ AÑO: _____

(Apellido y Nombre)		
Especialidad	Sede	Año
Rotación	Sede	Servicio

Puntualidad en Actividades en Servicio (1 a 4 Puntos)	
Tardanzas	
Inasistencias	
Observación	
Participación en Actividades Asistenciales (1 a 4 Puntos)	
Visitas	
Guardias	
Observación	
Actividades Académicas (1 a 4 Puntos)	
Revisión de Revistas	
Discusión de Casos Clínicos	
Relaciones Humanas (1 a 4 Puntos)	
Relación con Pacientes	
Relación con Colegas	
Relación con Personal	
Relación con Jefes	
Habilidad Profesional (1 a 4 Puntos)	
Crédito Clínico	
Habilidad Intervencionista	
Iniciativa Personal	
Observación	
Jefe del Servicio	Tutor
Responsable de Sede Hospitalaria	
Nota Final	



Anexo N° 29 Ficha de Notas de Residentado Medico URP



Anexo N° 02 (B)
Ficha de Notas
Universidad Ricardo Palma
Facultad de Medicina Humana
Escuela de Residentado Médico y Especialización
Hoja de Calificación Mensual (01)
Calificación de Práctica mensual

Apellidos y Nombres.....
N° Matricula.....
Año de estudios.....
Especialidad.....
Sede Hospitalaria.....

DESAPROBADO (menos de 12)	REGULAR (12-15)	BUENO (16-17)	MUY BUENO (18-19)	SOBRESALIENTE (20)
AREA Y CRITERIOS DE EVALUACIÓN			CALIF. POR AREA	PROMEDIO
I. DESEMPEÑO (30% MAX. 6 PUNTOS)				
Asistencia, Puntualidad y permanencia en Servicio, Emergencias, Sala de operaciones, u otros. Presentación y comportamiento personal, interés de aprendizaje, Cumplimiento de obligaciones en el servicio u otros. Participación en las actividades de Coordinación Académica, Trabajo, atención y examen frente al paciente.				
II. ESTANDARES MINIMOS (40% MAX. 8 PUNTOS)				
<u>RENDIMIENTO 25%</u>				
En las salas de Operaciones, Consultorios Externos, Sala de Operaciones, Reuniones Clínicas, Revistas de Revistas.				
<u>DESTREZAS ADQUIRIDAS 15%</u>				
a) Práctica Cualitativa				
b) Práctica Cuantitativa				
III. CONOCIMIENTOS (35% MAX. 7 PUNTOS)				
Promedio de Pruebas Escritas				
Trabajo de Investigación				
PROMEDIO ANUAL EN NUMEROS:				
PROMEDIO ANUAL EN LETRAS:				

Lima.....de.....de.....20.....
OBSERVACIONES.....

Profesor Responsable o Tutor de la Especialidad
Firma y Sello

Tutor de la Rotación
Firma y Sello



Anexo N° 30 Ficha de Notas de Residentado Medico UPSJB



PERU
Ministerio
de Salud

Hospital Carlos
Lanfranco La Hoz





Anexo N° 02 (C)
Ficha de Notas
Universidad Privada San Juan Bautista
Facultad de Ciencias de la Salud
Dirección del Programa de Segunda Especialización
Formato de Calificación Mensual – 01°

Asignatura

Nombre y Apellidos del Médico Residente

CNP N° **DNI N°** **Año de estudios**

N° Matricula **Sede Hospitalaria**

DESAPROBADO (9-11)	REGULAR (12-14)	BUENO (15-16)	MUY BUENO (17-18)	SOBRESALIENTE (19-20)
-----------------------	--------------------	------------------	----------------------	--------------------------

EVALUACIÓN	PONDERADO	CALIFICACIÓN	
		En Letras	En números
CONOCIMIENTOS TEÓRICOS:			
PRACTICA: (Desempeño de las Actividades Programadas y Asistencia, Puntualidad y Permanencia en Servicio, Sala de Operaciones, u otros. Presentación y comportamiento personal, interés de aprendizaje, Cumplimiento de obligaciones en el servicio u otros. Participación en las actividades de coordinación Académica, trato, atención y esmero frente al paciente).			
TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:			

Lima **de** **de** **20**

OBSERVACIONES

.....

Firma y Sello
Coordinador de Sede

.....

Firma y Sello
Tutor de Especialidad

.....

Firma y Sello
Director del Programa de Segunda Especialización en Medicina Humana
Residentado Medico



Ministerio de Salud
Epidemiología y Salud Pública



Nombre y Apellidos	
Universidad	
Sede Docente	
Sede de Rotación	
Fecha de Inicio	
Fecha de Terminó	

[illegible]FIRMA JEFATURA DEL SERVICIO
O DEPARTAMENTO



Ministerio de Salud

Ministerio de Salud
Instituto de Salud



Anexo N° 04

Ficha de Descripción de las Prendas de Uniforme
Médicos Residentes

Condición	Zona	Prenda	Modelo	Color	Distintivo
Internos / Externos	De uso diario (para circular)	pantalón / chaqueta - Guantapolvo	Cuello en V	Azul noche	Logo Escudo de la Universidad o institución donde procede, en la parte superior izquierda de la chaqueta (Médico Residente)
	Áreas Estériles o semi estériles (Sala de Parto, Neonatología, UCI, Quirófano)	pantalón / chaqueta	Cuello en V	Azul eléctrico	
		Zapatos o Zapatillas	Sin agujeros o Zapatillas	Grises, Azul o Negro	

- No se permiten mezclar colores de uniforme, ni el porte de uniforme incompleto. Ejemplo: Camisa de uniforme y Blue Jeans.
- No está permitido el uniforme de colores fosforescentes para circular ni llevar sobre el uniforme, accesorios chompas y bufanda.
- Está permitido el uso de mandilón blanco sobre el uniforme.



Anexo N° 33 Ficha de Programación de Rotaciones de Médicos Residentes

Anexo N° 05 Programación de Rotaciones Internas, Externas e Internacionales Médicos Residentes

Nombre y Apellidos:
Universidad:
Especialidad:

AÑO	PRIMER AÑO											
	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
	MES DE ROTACIÓN											
	SEDE DE ROTACIÓN											
	SERVICIO DE ROTACIÓN											
	DOCUMENTO DE REFERENCIA											
	NOTA											

AÑO	SEGUNDO AÑO											
	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
	MES DE ROTACIÓN											
	SEDE DE ROTACIÓN											
	SERVICIO DE ROTACIÓN											
	DOCUMENTO DE REFERENCIA											
	NOTA											

AÑO	TERCER AÑO											
	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
	MES DE ROTACIÓN											
	SEDE DE ROTACIÓN											
	SERVICIO DE ROTACIÓN											
	DOCUMENTO DE REFERENCIA											
	NOTA											



Anexo N° 34 Formato de Supervisión de Internos de las Ciencias de la Salud y Médicos Residentes

Formato de Supervisión de Estudiantes, Internos y Médicos Residentes

[illegible]

Observation

Firma del Resp. Supervisor UAZ

Finanze del Servizio Sanitario

Jefe de la Unidad de Apoyo
a la Docencia e Investigación

Anexo N° 35 Formato de Consentimiento Informado



PERU
Ministerio de Salud

"Carlos Lanfranco La Hoz"
Unidad de Atención de Emergencia e Investigación



FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LAS ACTIVIDADES DE DOCENCIA DURANTE LA ATENCIÓN DE SALUD

Establecimiento de Salud:

Señor (a) Buenos días (tardes o noches); usted viene a este Establecimiento de Salud para recibir atenciones sanitarias, las mismas que serán brindadas por un profesional médico y/o de las ciencias de la salud que a la vez es docente, este profesional se encontrará acompañado de sus alumnos quienes deberán aprender sobre la enfermedad que usted tiene; aquí observarán, tal vez podrán entrevistarlo(a) o participar en algún procedimiento médico que realice el profesional docente, siempre y cuando usted autorice que ellos estén presentes o conversar con usted o participar en el procedimiento que le realice el profesional de la salud tratante.

Estas actividades docentes se realizarán respetando sus derechos establecidos en la Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud, y su reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 027-2015-SA; sobre el cual adelantamos toda duda o inquietud que usted pueda tener al respecto. Tenga la plena seguridad que al amparo de la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N° 003-2013-JUS, resguardaremos en todo momento su intimidad, confidencialidad de sus datos personales, información sobre su enfermedad, creencias, orientaciones sexuales, religión, hábitos o costumbres culturales, en cumplimiento de las Leyes y Reglamentos, en vigencia.

Considerando que el Reglamento de la Ley N° 29414, Ley que establece los derechos a otorgar o negar su consentimiento de forma libre y voluntaria, para la exploración, tratamiento o modificación de imágenes con fines docentes, luego de la información brindada, le solicitamos su **CONSENTIMIENTO** si así usted lo considera, para que los estudiantes de las ciencias de la salud participen en su atención.

Su autorización contribuye a que, en un futuro cercano, ya profesionales, ellos también puedan otorgar adecuadamente a otras personas.

Si posteriormente decidiera no continuar con la participación de alumnos, hable con su médico tratante para **REVOCAR** o **DESAUTORIZAR** en cualquier momento el consentimiento que usted brindo anteriormente. Cualquiera fuera su decisión, esta no afectará la calidad de atención a la que usted tiene derecho.

EXPRESION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha, de del 202

Nombre:

Yo, D.N.I. N° de Historia Clínica N° declaro haber sido informado (a) de las actividades de docencia que se realizarán durante mi atención en el establecimiento de salud y resuelvo todas mis inquietudes y preguntas al respecto, consciente de mis derechos y en forma voluntaria, en cumplimiento del artículo N° 119 del Decreto Supremo 013-2008-SA. Si () No () doy mi consentimiento para que dos estudiantes (02) de la salud participen durante mi atención, bajo la supervisión y observación del profesional de salud docente. Si se requiere la grabación de un video o audio o toma fotográfica u otro medio de registro y únicamente como parte de material de enseñanza o docencia, no será identificado (a).

Si consiento que sea grabado: Video () Audio () Toma fotográfica ()
NO consiento que sea grabado: Video () Audio () Toma fotográfica ()

Firma o huella del paciente o representante legal
D.N.I.

Firma y sello del profesional de la salud docente que informa y toma el consentimiento
D.N.I.

REVOCATORIA DESAUTORIZACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Fecha, de del 202

del 202

Firma o huella del paciente o representante legal
D.N.I.

Firma y sello del profesional de la salud docente que informó y tomó el consentimiento
D.N.I.
Nota: Cualquier profesional de la salud



Anexo N° 36 Cuestionario de Inducción
Anexo N.º 2

Este cuestionario tiene por finalidad recopilar la información que permite evaluar el Programa de Inducción, con el fin de realizar medidas correctivas para el mejoramiento del mismo.

Instrucciones:

- Marque con una (x) la respuesta que usted considere viable.
- No dejar preguntas en blancos.
- El cuestionario es anónimo, por lo tanto, no es necesario identificarse.

ASPECTO	Excelente	Bueno	Regular	Deficiente
1. Ambiente físico				
a) La sala donde se dictó la inducción fue:				
b) La iluminación y sonido de la sala fue:				
2. Material de Apoyo				
a) Se recibió materiales de apoyo (folletos, trípticos, revistas, otros)				
b) Recursos Multimedia				
c) El Power Point PPT				
3. Desenvolvimiento de los expositores				
a) La explicación de los temas por partes de los expositores fue:				
4. Contenido del Programa	SI			NO
a) Se suministro información general del HCLLH, en cuanto a la Misión, Visión, Valores, Objetivos, Organigrama, etc.				

5. Generales

¿Considera que la Inducción recibida le proporciona aportes para identificarse e integrarse en la institución?

De ser positiva su respuesta o negativa, sírvase a explicar:

.....

¿La Charla recibida le proporciona aportes para desarrollarse de forma favorable en la institución?

.....

¿Qué aspectos del Programa de Inducción se puede mejorar?

.....

.....

.....

.....



Anexo N° 37 Requisitos para Proyecto de Investigación

LISTA DE REQUISITO PARA LA APROBACIÓN Y EJECUCIÓN DE UN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Carta del investigador dirigida al Dr. JOSE ANTONIO MENDOZA ROJAS, Director Ejecutivo del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, solicitando revisión y aprobación del Proyecto adjuntando lo siguiente:

- ✓ 2 Copias del Proyecto de Investigación
- ✓ 1 Copia digital al correo carli.hof@hclahoz.net o asociacioninvestigadores@hclahoz.net
- ✓ Carta de Compromiso del investigador (indicar correo y n° de teléfono)
- ✓ Carta del tutor, comprometiéndose al asesoramiento del Proyecto en el área donde desea realizar la investigación.
- ✓ Carta de aprobación del jefe de Departamento y/o Servicio, para la ejecución del Proyecto.
- ✓ Nómina del equipo de Investigación. *
- ✓ Carta de aprobación del comité de Ética de la Universidad o Resolución Decanal * (Solo personal externo)
- ✓ Instrumento de Recolección de Datos Aprobado por la Universidad a través de validación de expertos (Metodólogo, Estadista y Especialista)
- ✓ Ticket de pago
- ✓ S/. 400.00 c/u por la revisión del Proyecto de Investigación sin Vínculo
- ✓ S/. 350.00 c/u por la revisión del Proyecto de Investigación con Vínculo

*Opcional

"Ingresar los documentos por Mesa de Partes"

Nota: Todo pago se realizará en Caja del Hospital "Carlos Lanfranco La Hoz"

