1. NOMBRE DE E.E.: 2. NRC:

3. NOMBRE DE ACADÉMICO: 4. PERIODO ESCOLAR:

**5.** **A. HOSPITAL DEL CICLO CLINICO**.

 **CAE**: \_\_\_ **H. Reg.”LFN”**:\_\_\_\_ **CECAN**: \_\_\_ **ISSSTE**:\_\_\_ **IMSS:\_\_\_\_**

 **B. CLINICA-UMF: \_\_\_\_ NOMBRE DE LA CLINICA O U.M.F:**

**6. DIA Y HORARIO DEL CICLO CLINICO** \*

|  |
| --- |
|  |

**7. ROL DE ALUMNOS PARA EL CAMPO CLINICO. *Distribución de estudiantes asistentes a ciclo clínico con fecha-horario, actividad práctica a realizar y área de la actividad, asignado por el docente. (En hospital: 5 alumnos máximo en área de hospitalización y 3 alumnos máximo en un consultorio NOM-234-SSA1-2003).***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **I.GRUPO:****A,B,C…** | **II. INTEGRANTES**  | **III. FECHA** | **IV. HORARIO** | **V. ACTIVIDAD A REALIZAR** | **VI. ÁREA DENTRO DEL SERVICIO DONDE SE REALIZA LA ACTIVIDAD\*\***  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**8. LISTA DE ESTUDIANTES (opcional):**

|  |
| --- |
| Grupo A |
|  |
|  |
|  |
| Grupo B |
|  |
|  |
|  |

**Instrucciones de llenado:**

1. **Escribir nombre de la E.E.**
2. **Escribir el NRC de la E.E.**
3. **Escribir nombre del académico.**
4. **Escribir periodo escolar correspondiente.**
5. **A. En caso de campo clínico en hospital: marcar con una X el hospital donde se estará llevando la E.E.**

**B. En caso de campo clínico en clínica o UMF: marcar con una X esta opción y escribir el nombre de la clínica o UMF**

1. **Anotar día/días y hora(s) oficial(es) de campo clínico como aparece en el horario asignado por la Facultad de Medicina.**
2. **Llenar las columnas de acuerdo a lo solicitado en cada una de ellas. Puede agregar las filas necesarias al formato.**
3. **Escribe el grupo que acudirá en la fecha programada, puede ser grupo por día o varios grupos por hora**
4. **Escribe nombres de los integrantes del o los grupos asistentes**
5. **Escribe la fecha programada para la actividad**
6. **Escribe el horario en el que asistirán**
7. **Escribe la actividad que estarán realizando: elaboración de historia clínica, observación de procedimiento clínico o quirúrgico, consulta u otro.**
8. **Escribe el área donde se ubicara el grupo de estudiantes: piso, urgencias, consulta externa, quirófano. No se está permitiendo acceso a UCI adulto o pediátrica.**
9. **(Opcional) Verificar e incluir la lista de estudiantes que corresponda a los inscritos a la E.E. en la lista de asistencia con el grupo al que pertenecen.**

**Recomendaciones finales:**

\*Si requiere de ajustes dentro de sus horarios establecidos en el sistema, favor de dirigirse con Secretaria Académica. Para lo anterior se requiere el aval con firma del 100% de los alumnos y solicitar cambio mediante oficio dirigido a Secretaria Académica. Cambios ya iniciado el curso, requiere el aval con firma del 100% de los alumnos y solicitar cambio mediante oficio dirigido a Secretaria Académica

\*Notificar cualquier cambio en horario o ajuste del rol a la brevedad posible a la coordinación de ciclo clínico al correo: dugarcia@uv.mx

\***LA FECHA LIMITE DE ENTREGA DEL FORMATO:** *Primer viernes de marzo* para el **periodo febrero-julio**. *Primer viernes de septiembre*  para **periodo agosto-enero**. Al correo dugarcia@uv.mx o entrega directamente en la Coordinación de ciclo clínico en cubículo de Educación Médica de la facultad junto a simulación.