|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. NOMBRE DE EE:** CICLO CLINICO DE | | | | | | **2. NRC:** | | | | |
| **3.** **NOMBRE DE ACADÉMICO:** | | | | | | **4. PERIODO ESCOLAR:** Agosto 2024 – Enero 2025 | | | | |
| **5.** **A. HOSPITAL DEL CICLO CLINICO**. | | | | | | | | | | |
| Centro Alta Especialidad  Dr. Rafael Lucio Nájera: |  | Hospital Regional de Xalapa Dr. Luis f. Nachón |  | Centro Estatal de Cancerología: Dr. Miguel Dorantes Meza |  | | Hospital General de Zona No. 11 Lic. Ignacio Téllez |  | Clínica Hospital ISSSTE-Xalapa |  |
| **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/TG** | **II. INTEGRANTES** | **III. FECHA** | **IV. HORARIO** | **V. ACTIVIDAD A REALIZAR** | **VI. ÁREA DENTRO DEL SERVICIO DONDE SE REALIZA LA ACTIVIDAD\*\*** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**8. LISTA DE ESTUDIANTES:**

|  |
| --- |
| 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 la letra que identifica al grupo que acudirá en la fecha programada, puede ser un grupo por día o varios grupos por hora. En caso de ser todo el grupo colocar TG**
4. **Escribe nombres de los integrantes del o los grupos asistentes o si es todo el grupo (TG) el que realizará la actividad.**
5. **Escribe la fecha programada para la actividad**
6. **Escribe el horario en el que asistirán.**
7. **Escribe la actividad que estarán realizando. Ejemplo: elaboración de historia clínica, observación de procedimiento clínico o quirúrgico, consulta, sesión clinica u otro.**
8. **Escribe el área donde se ubicara el grupo de estudiantes. Ejemplo: piso, urgencias, consulta externa, quirófano, alojamiento conjunto, auditorio (en sesión clínica) u otro.**
9. **Verificar / incluir los grupos necesarios de acuerdo al número de estudiantes inscritos a la E.E. Se recomienda en la programación inicial dejar algunos espacios en los grupos preformados en caso de estudiantes que se integren posteriormente.**

**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](mailto: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**. Para *docentes asignados a E.E. vacantes* a más tardar el *2do viernes del mes de marzo o septiembre según corresponda.* Al correo [dugarcia@uv.mx](mailto:dugarcia@uv.mx) o entrega directamente en la Coordinación de ciclo clínico en cubículo de Educación Médica de la facultad junto a simulación. Y a su coordinador de academia junto a su sus evidencias de inicio del periodo escolar correspondiente.