

27301 – Prácticas Tuteladas Rotatorio

control de asistencia

Identificación del estudiante

Estudiante:	DNI:
-------------	------

Identificación de la rotación

Pat. Quirúrgica	<input type="checkbox"/>	Pat. Médica del adulto	<input type="checkbox"/>	Obstetricia & Ginec.	<input type="checkbox"/>	Pediatria	<input type="checkbox"/>
Dermat./Oftalmol./ORL	<input type="checkbox"/>	Neurol./Psiquiat./Urgencias/Intens	<input type="checkbox"/>	Med. Preventiva y S.P.	<input type="checkbox"/>		
Centro:				Servicio:			
Rotación nº:		Fecha inicio:		Fecha fin:			

Nombre del profesor/tutor de la rotación:

Control de asistencia

Día	Fecha	firma estudiante	firma facultativo	nombre y apellidos del facultativo
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				