**EVALUACIÓN DE COMPETENCIAS DEL MÉDICO RESIDENTE DE LA ESPECIALIDAD EN PEDIATRÍA: INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO Y PRODUCTO**

|  |  |
| --- | --- |
| **INSTRUMENTOS DE EVALUACION DE LA COMPETENCIA No. 1** | |
| **COMPETENCIA** | 1. Realizar acciones de Información, Educación y Comunicación (IEC), dirigidas a la promoción de la salud y a la prevención de trastornos y enfermedades de la niña, niño y adolescente**, de acuerdo a las normas vigentes.** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DATOS DEL MÉDICO RESIDENTE EVALUADO (A)** | | |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL DESEMPEÑO DEL MÉDICO RESIDENTE EN ACCIONES DIRIGIDAS A LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE TRASTORNOS Y ENFERMEDADES DE LA NIÑA, NIÑO Y ADOLESCENTE** |

**INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:**

1. Observe al Médico residente durante las acciones dirigidas a la promoción de la salud y prevención de trastornos y enfermedades de la niña, niño y adolescente
2. Aplique la lista de cotejo durante la observación del desempeño.
3. Absténgase de hacer comentarios durante la evaluación del desempeño.
4. Marque SI, cuando el aspecto evaluado, se cumple y NO, cuando no se cumple.
5. Si alguno de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
6. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
7. Anote los aspectos en los que el Médico residente debe mejorar.
8. Presente al residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.
9. El Docente evaluador y el Médico residente consignan su firma.

| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | |
| --- | --- | --- |
|  | |
| **Cumple** | |
| **SI** | **NO** |
| 1. Interviene proactivamente en la programación de acciones de IEC dirigidas a la promoción de la salud y prevención de trastornos y enfermedades de la niña, niño y adolescente |  |  |
| 1. Promueve el desarrollo de las acciones de IEC dirigidas a la prevención de trastornos y enfermedades de la niña, niño y adolescente |  |  |
| 1. Ejecuta acciones de IEC dirigidas a la promoción de la salud y prevención de trastornos y enfermedades de la niña, niño y adolescente |  |  |
| 1. Genera la participación del público objetivo a través de preguntas |  |  |
| 1. Verifica en el público objetivo la comprensión de los mensajes |  |  |
| 1. Utiliza material educativo acorde a la acción de IEC |  |  |
| 1. Ejecuta el análisis y evaluación de los resultados de las acciones de IEC realizadas |  |  |
| 1. Participa en la elaboración del informe de las acciones de IEC realizadas, aportando información relevante y recomendaciones |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR** |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL PRODUCTO ELABORADO POR EL MEDICO RESIDENTE: INFORME ACERCA DE LAS ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE TRASTORNOS Y ENFERMEDADES DE LA NIÑA, NIÑO Y ADOLESCENTE.** |

**INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:**

1. Revise el Informe de acciones de promoción de la salud y prevención de trastornos y enfermedades de la niña/niño y adolescentes realizado por el residente.
2. Aplique la lista de cotejo al producto.
3. Marque SI, cuando el aspecto evaluado, se cumple y NO, cuando no se cumple.
4. Si alguno de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
5. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
6. Anote los aspectos en los que el Médico residente debe mejorar.
7. Presente al Médico residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.
8. El Docente evaluador y el Médico residente consignan su firma.

| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | |
| --- | --- | --- |
|  | |
| **Cumple** | |
| **SI** | **NO** |
| **El INFORME DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE TRASTORNOS Y ENFERMEDADES DE LA NIÑA/NIÑO CONTIENE:** | | |
| 1. La descripción de las acciones de IEC para promoción de la salud y prevención de trastornos y enfermedades, desarrolladas con la participación del residente. |  |  |
| 1. El lugar y fecha de desarrollo de cada acción. |  |  |
| 1. La relación del personal asignado a la ejecución de cada acción, según su nivel de responsabilidad. |  |  |
| 1. La relación de recursos materiales y equipos usados para el desarrollo de cada acción. |  |  |
| 1. Los resultados inmediatos obtenidos con las acciones ejecutadas. |  |  |
| 1. Las conclusiones de la actividad. |  |  |
| 1. Las recomendaciones para futuras acciones similares. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR** |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **INSTRUMENTOS DE EVALUACION DE LA COMPETENCIA No. 2** | |
| **COMPETENCIA** | 1. Prescribir las vacunas y controlar sus efectos adversos, **de acuerdo al Programa Nacional de Inmunizaciones**. |
| **ELEMENTO DE COMPETENCIA** | 2.1 Indicar y recomendar las vacunas en niñas, niños y adolescentes. |
| 2.2 Prevenir y atender las reacciones adversas a las vacunas. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DATOS DEL MÉDICO RESIDENTE EVALUADO (A)** | | |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL DESEMPEÑO DEL MÉDICO RESIDENTE DURANTE LA PRESCRIPCIÓN DE LAS VACUNAS Y EL CONTROL DE SUS EFECTOS ADVERSOS, DE ACUERDO AL PROGRAMA NACIONAL DE INMUNIZACIONES** |

**INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:**

1. Observe al Médico residente durante la prescripción de las vacunas y el control de sus efectos adversos, a dos niñas, niños o adolescentes de acuerdo al Programa Nacional de Inmunizaciones.
2. Aplique la lista de cotejo durante la observación del desempeño.
3. Absténgase de hacer comentarios durante la evaluación del desempeño.
4. Marque SI, cuando el aspecto evaluado, se cumple y NO, cuando no se cumple.
5. Si alguno de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
6. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
7. Anote los aspectos en los que el Médico residente debe mejorar.
8. Presente al Médico residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.
9. El Docente evaluador y el Médico residente consignan su firma.

| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| 1. Se presenta, saluda y se muestra cordial mostrando empatía con la madre o familiar |  |  |  |  |
| 1. Se lava las manos antes y después de la atención |  |  |  |  |
| 1. Evalúa el estado de salud y vacunación de la niña, niño o adolescente |  |  |  |  |
| 1. Indica, recomienda y supervisa la aplicación de las vacunas según el calendario de inmunizaciones |  |  |  |  |
| 1. Orienta acerca de la prevención de los efectos adversos de las vacunas. |  |  |  |  |
| 1. Controla el registro en el carnet de vacunaciones, de las dosis aplicadas. |  |  |  |  |
| **En caso de efectos adversos:**   1. Evalúa en la niña, niño o adolescente los efectos adversos generados por la vacuna |  |  |  |  |
| 1. Indica la terapia acorde a la reacción adversa y tipo de vacuna. |  |  |  |  |
| 1. Registra en la HC el efecto adverso y la terapia indicada |  |  |  |  |
| 1. Asegura un mecanismo de seguimiento para el control de la evolución del efecto adverso |  |  |  |  |
| 1. Se despide cordialmente. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL PRODUCTO ELABORADO POR EL RESIDENTE:**  **HISTORIA CLINICA CON REGISTRO DE LA PRESCRIPCIÓN DE LAS VACUNAS Y EL CONTROL DE SUS EFECTOS ADVERSOS,  DE ACUERDO AL PROGRAMA NACIONAL DE INMUNIZACIONES** |

**INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:**

1. Revise dos historias clínicas elaboradas por el Residente, con registro de la prescripción de las vacunas y el control de sus efectos adversos, en dos niñas, niños y adolescentes, de acuerdo al Programa Nacional de Inmunizaciones
2. Aplique la lista de cotejo al producto.
3. Marque SI, cuando el aspecto evaluado, se cumple y NO, cuando no se cumple.
4. Si alguno de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
5. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
6. Anote los aspectos en los que el Médico residente debe mejorar.
7. Presente al Médico residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.
8. El Docente evaluador y el Médico residente consignan su firma.

| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| **LA HC REGISTRA, CON LETRA LEGIBLE, PULCRITUD Y SIN ENMENDADURAS:** |  |  |  |  |
| 1. Los resultados de la evaluación del estado de salud y vacunación del niño |  |  |  |  |
| 1. La indicación, recomendación y supervisión de la aplicación de las vacunas |  |  |  |  |
| 1. El cumplimiento del calendario de inmunizaciones con fecha de aplicación |  |  |  |  |
| 1. El registro en el carnet de vacunaciones, de las dosis aplicadas. |  |  |  |  |
| 1. El efecto secundario o evento adverso detectado (RAM) o Eventos supuestamente atribuidos a vacunación e inmunización (ESAVI) |  |  |  |  |
| 1. La clasificación según el grado de severidad y CIE 10 |  |  |  |  |
| 1. Las medidas generales, locales o medicamentosas aplicadas |  |  |  |  |
| 1. La Comunicación del evento adverso |  |  |  |  |
| 1. La evolución del paciente. Si requirió hospitalización o produjo el deceso. |  |  |  |  |
| 1. Las condiciones del paciente al alta |  |  |  |  |
| 1. La referencia o contrarreferencia, cuando corresponde. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **INSTRUMENTOS DE EVALUACION DE LA COMPETENCIA No. 3** | |
| **COMPETENCIA** | 3. Atender a la niña o niño recién nacido (RN) sano, **de acuerdo a las normas vigentes o a las evidencias científicas actuales, según corresponda.** |
| **ELEMENTOS DE COMPETENCIA** | 3.1 Realizar la atención inmediata a la niña o niño RN sano. |
| 3.2 Realizar la atención mediata a la niña o niño RN sano. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DATOS DEL MÉDICO RESIDENTE EVALUADO (A)** | | |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL DESEMPEÑO DEL MÉDICO RESIDENTE EN LA ATENCIÓN INMEDIATA AL RECIEN NACIDO SANO** |

**INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:**

1. Observe al Médico residente durante la atención inmediata a dos recién nacidos sanos
2. Aplique la lista de cotejo durante la observación del desempeño.
3. Absténgase de hacer comentarios durante la evaluación del desempeño.
4. Marque SI, cuando el aspecto evaluado, se cumple y NO, cuando no se cumple.
5. Si alguno de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
6. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
7. Anote los aspectos en los que el Médico residente debe mejorar.
8. Presente al Médico residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.
9. El Docente evaluador y el Médico residente consignan su firma.

| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| 1. Saluda, se presenta y se muestra cordial buscando establecer empatía, con la madre o familiar responsable. |  |  |  |  |
| 1. Se lava las manos antes y después de la atención. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el secado céfalo caudal protegiéndolo de la pérdida de calor. |  |  |  |  |
| 1. Mantiene la vía aérea permeable colocando la cabeza con ligera extensión y aspira secreciones (si fuera necesario). |  |  |  |  |
| 1. Evalúa la frecuencia cardiaca |  |  |  |  |
| 1. Evalúa el color |  |  |  |  |
| 1. Evalúa el tono muscular |  |  |  |  |
| 1. Determina si el recién nacido está deprimido, en función de los rubros 5, 6 y 7. |  |  |  |  |
| 1. Clampa el cordón umbilical y lo corta |  |  |  |  |
| 1. Procede a aplicar alcohol de 70° sin agregados sobre la sección del cordón y lo envuelve con una gasa estéril. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la evaluación e identifica los signos de alarma mediante el APGAR al minuto y a los 5 minutos. |  |  |  |  |
| 1. Realiza y registra el control de temperatura, peso, talla, sexo, perímetro cefálico, perímetro torácico |  |  |  |  |
| 1. Calcula la edad gestacional según método de Capurro |  |  |  |  |
| 1. Realiza el contacto precoz del RN con la madre, dentro de los primeros 30 minutos |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL DESEMPEÑO DEL MÉDICO RESIDENTE EN LA ATENCIÓN MEDIATA AL RECIEN NACIDO SANO** |

**INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:**

1. Observe al Médico residente durante la atención mediata a dos recién nacidos sanos
2. Aplique la lista de cotejo durante la observación del desempeño.
3. Absténgase de hacer comentarios durante la evaluación del desempeño.
4. Marque SI, cuando el aspecto evaluado, se cumple y NO, cuando no se cumple.
5. Si alguno de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
6. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
7. Anote los aspectos en los que el Médico residente debe mejorar.
8. Presente al Médico residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.
9. El Docente evaluador y el Médico residente consignan su firma.

| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| 1. Indica la profilaxis ocular |  |  |  |  |
| 1. Indica vitamina K 1 mg. (0.1 ml.) intramuscular si el recién nacido tiene peso normal, 0.5 mg. Si tiene bajo peso (menor 2500 gr.) y 0.3 mg. por Kg.de peso para los RN de muy bajo peso. |  |  |  |  |
| 1. Solicita el examen del grupo y factor RH si es necesario |  |  |  |  |
| 1. Verifica la colocación de la pulsera con los datos de identificación, en la muñeca del RN |  |  |  |  |
| 1. Verifica la toma de la huella plantar del recién nacido y la del dedo índice materno |  |  |  |  |
| 1. Realiza evaluación del patrón respiratorio, color, actitud, postura y tono del recién nacido. |  |  |  |  |
| 1. Indica alojamiento conjunto con la madre si no existen signos de alarma. |  |  |  |  |
| 1. Explica a la madre la importancia de la lactancia materna. |  |  |  |  |
| 1. Realiza y verifica la higiene de pezones previo al amamantamiento y explica la técnica. |  |  |  |  |
| 1. Realiza y registra la valoración de los signos de alarma antes del alta. |  |  |  |  |
| 1. Supervisa la aplicación de vacunas BCG y para Hepatitis B. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el alta en caso de ausencia de signos de alarma, indicando cita del próximo control. |  |  |  |  |
| 1. Realiza orientación a la madre acerca de signos de alarma en el neonato. |  |  |  |  |
| 1. Realiza y explica la referencia oportuna al establecimiento según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. Se despide amablemente de la madre |  |  |  |  |
| 1. Registra la información acerca de la atención inmediata y mediata en la historia clínica |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL PRODUCTO ELABORADO POR EL RESIDENTE:**  **HISTORIAS CLÍNICAS MATERNO PERINATAL CON REGISTRO DE LA ATENCIÓN INMEDIATA Y MEDIATA AL RECIÉN NACIDO SANO.** |

**INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:**

1. Revise dos historias clínicas elaboradas por el Residente, con registro de la atención inmediata e inmediata a dos RN
2. Aplique la lista de cotejo al producto.
3. Marque SI, cuando el aspecto evaluado, se cumple y NO, cuando no se cumple.
4. Si alguno de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
5. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
6. Anote los aspectos en los que el Médico residente debe mejorar.
7. Presente al Médico residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.
8. El Docente evaluador y el Médico residente consignan su firma.

| ASPECTOS A EVALUAR | Fecha 1: | | Fecha 2: | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| **LA HC REGISTRA, CON LETRA LEGIBLE, PULCRITUD Y SIN ENMENDADURAS:** |  |  |  |  |
| **CON RESPECTO A LA ATENCION INMEDIATA** |  |  |  |  |
| 1. Los datos completos de filiación del RN |  |  |  |  |
| 1. Los datos completos de filiación de la madre |  |  |  |  |
| 1. El peso, talla, sexo, perímetro cefálico |  |  |  |  |
| 1. El examen clínico completo y diario hasta el alta |  |  |  |  |
| 1. El APGAR al minuto y a los 5 minutos. |  |  |  |  |
| 1. El diagnóstico del RN. |  |  |  |  |
| 1. La edad gestacional del RN. |  |  |  |  |
| 1. La administración de vitamina K 1 mg y Credé oftálmico |  |  |  |  |
| 1. La huella plantar del recién nacido. |  |  |  |  |
| 1. Las actividades de la atención al RN, diario hasta el alta |  |  |  |  |
| 1. Las funciones biológicas |  |  |  |  |
| 1. Los signos de alarma, diariamente hasta el alta. |  |  |  |  |
| **CON RESPECTO A LA ATENCION MEDIATA** |  |  |  |  |
| 1. Los resultados del examen del grupo y factor RH, si fue necesario |  |  |  |  |
| 1. La verificación de la colocación de la pulsera con los datos de identificación, en la muñeca del RN |  |  |  |  |
| 1. La verificación de la toma de la huella plantar del recién nacido y la del dedo índice materno |  |  |  |  |
| 1. Los resultados de la evaluación del patrón respiratorio, color, actitud, postura y tono del recién nacido. |  |  |  |  |
| 1. La valoración de los signos de alarma antes del alta. |  |  |  |  |
| 1. La aplicación de vacunas BCG y para Hepatitis B. |  |  |  |  |
| 1. El alta en caso de ausencia de signos de alarma |  |  |  |  |
| 1. La fecha de la próxima cita o la referencia oportuna al establecimiento según corresponda. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **INSTRUMENTOS DE EVALUACION DE LA COMPETENCIA No. 4 (Primera parte)** | |
| **COMPETENCIA** | 1. Atender a la niña o niño RN con patología no complicada, **de acuerdo a las normas vigentes o a las evidencias científicas actuales, según corresponda.** |
| **ELEMENTOS DE COMPETENCIA** | * 1. Realizar el diagnóstico a la niña o niño RN con patología |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DATOS DEL MÉDICO RESIDENTE EVALUADO (A)** | | |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL DESEMPEÑO DEL MÉDICO RESIDENTE EN EL DIAGNÓSTICO A LA NIÑA O NIÑO RECIÉN NACIDO (RN) CON PATOLOGÍA** |

**INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:**

1. Observe al Médico residente durante el diagnóstico de dos recién nacidos con patología no complicada.
2. Aplique la lista de cotejo durante la observación del desempeño.
3. Absténgase de hacer comentarios durante la evaluación del desempeño.
4. Marque SI, cuando el aspecto evaluado, se cumple y NO, cuando no se cumple.
5. Si alguno de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
6. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
7. Anote los aspectos en los que el Médico residente debe mejorar.
8. Presente al Médico residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.
9. El Docente evaluador y el Médico residente consignan su firma.

| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| 1. Saluda, se presenta y se muestra cordial buscando establecer empatía con las madre o familiar responsable |  |  |  |  |
| 1. Se lava las manos antes y después de atender al RN |  |  |  |  |
| 1. Pregunta a la madre o al profesional responsable de la atención del parto, sobre problemas del RN |  |  |  |  |
| 1. Realiza el examen físico ordenado y sistemático del RN y evalúa la edad gestacional |  |  |  |  |
| 1. Pregunta y evalúa sobre signos de alarma, según edad del RN |  |  |  |  |
| 1. Evalúa la alimentación el estado nutricional y la existencia de anemia. |  |  |  |  |
| 1. Evalúa realización del tamizaje y el estado de inmunizaciones |  |  |  |  |
| 1. Establece el diagnóstico definitivo o presuntivo |  |  |  |  |
| 1. Indica exámenes auxiliares de acuerdo a los resultados del tamizaje, evaluación clínica y los signos de alarma |  |  |  |  |
| 1. Establece la clasificación o el diagnóstico con CIE 10, de acuerdo a la edad gestacional, los resultados de la evaluación clínica, los exámenes de diagnóstico y los factores de riesgo |  |  |  |  |
| 1. Explica a la madre o familiar los problemas del RN y el plan de Trabajo |  |  |  |  |
| 1. Registra la información en la historia clínica |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **INSTRUMENTOS DE EVALUACION DE LA COMPETENCIA No. 4 (Segunda parte)** | |
| **COMPETENCIA** | 1. Atender a la niña o niño RN con patologías no complicada**, de acuerdo a la guía de práctica clínica del recién nacido y las evidencias científicas actuales, según corresponda.** |
| **ELEMENTOS DE COMPETENCIA** | 4.2 Realizar el manejo de la niña o niño RN prematuro |
| 4.3 Realizar el manejo de la Hiperbilirrubinemia en la niña o niño RN. |
| 4.4 Realizar el manejo de los trastornos metabólicos e hidroelectrolíticos en la niña o niño RN. |
| 4.5 Realizar el manejo de enfermedades respiratorias en la niña o niño RN. |
| 4.6 Realizar el manejo de la asfixia en la niña o niño RN. |
| 4.7 Realizar el manejo de las enfermedades infecciosas en la niña o niño RN. |
| 4.8 Realizar el manejo de las enfermedades neurológicas en la niña o niño RN. |
| 4.9 Realizar el manejo de las enfermedades gastrointestinales en la niña o niño RN. |
| 4.10 Realizar el manejo de las enfermedades nefrológicas en la niña o niño RN. |
| 4.11 Realizar el manejo de las malformaciones congénitas y genéticas y cromosómicas en la niña o niño RN. |
| 4.12 Realizar el manejo de las enfermedades cardiacas congénitas en la niña o niño RN. |
| 4.13 Realizar el manejo de las enfermedades hematológicas en la niña o niño RN. |
| 4.14 Realizar el manejo de los trastornos endocrinológicos en la niña o niño RN. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DATOS DEL MÉDICO RESIDENTE EVALUADO (A)** | | |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL DESEMPEÑO DEL MÉDICO RESIDENTE EN EL MANEJO DE LA NIÑA O NIÑO RECIÉN NACIDO (RN) CON PATOLOGÍA NO COMPLICADA** |

**INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:**

1. Observe al Médico residente durante el manejo de dos recién nacidos con patología no complicada
2. Aplique la lista de cotejo durante la observación del desempeño.
3. Absténgase de hacer comentarios durante la evaluación del desempeño.
4. Marque SI, cuando el aspecto evaluado, se cumple y NO, cuando no se cumple.
5. Si alguno de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
6. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
7. Anote los aspectos en los que el Médico residente debe mejorar.
8. Presente al Médico residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.
9. El Docente evaluador y el Médico residente consignan su firma.

| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| 1. Se lava las manos antes y después de atender al RN con patología. |  |  |  |  |
| 1. Propone el tratamiento de acuerdo a la clasificación y/o diagnóstico de la patología del RN. |  |  |  |  |
| 1. Propone los cuidados esenciales o intensivos, según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. Explica a la madre o familiar el estado del RN con patología y el tratamiento que requiere. |  |  |  |  |
| 1. Prescribe el tratamiento inicial de acuerdo a la clasificación y/o diagnóstico de la patología del RN y al tipo de cuidado que requiere. |  |  |  |  |
| 1. Supervisa la administración de los medicamentos de acuerdo a la clasificación y/o diagnóstico de la patología del RN. |  |  |  |  |
| 1. Identifica, notifica y controla las reacciones adversas y efectos secundarios al medicamento (RAM). |  |  |  |  |
| 1. El manejo nutricional es realizado de acuerdo a la clasificación y/o diagnóstico de la patología del RN. |  |  |  |  |
| 1. Detecta y monitorea signos de alarma o complicaciones más frecuentes relacionadas con la patología del RN. |  |  |  |  |
| 1. Indica medidas generales y brinda información y orientación a la familia de acuerdo a la patología del RN. |  |  |  |  |
| 1. Registra el tratamiento en la historia clínica. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la referencia o contrarreferencia, cuando corresponde. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **INSTRUMENTOS DE EVALUACION DE LA COMPETENCIA No. 4 (Tercera parte)** | |
| **COMPETENCIA** | 1. Atender a la niña o niño RN con patologías no complicada, **de acuerdo a la guía de práctica clínica del recién nacido y las evidencias científicas actuales, según corresponda.** |
| **ELEMENTO DE COMPETENCIA** | 4.15 Realizar el manejo de la reanimación cardiorrespiratoria(RPC) neonatal básica y avanzada |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DATOS DEL MÉDICO RESIDENTE EVALUADO (A)** | | |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL DESEMPEÑO DEL MÉDICO RESIDENTE EN EL MANEJO DE LA REANIMACIÓN NEONATAL BÁSICA Y AVANZADA** |

**INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:**

1. Observe al Médico residente durante el manejo de la reanimación neonatal básica y avanzada.
2. Aplique la lista de cotejo durante la observación del desempeño.
3. Absténgase de hacer comentarios durante la evaluación del desempeño.
4. Marque SI, cuando el aspecto evaluado, se cumple y NO, cuando no se cumple.
5. Si alguno de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
6. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
7. Anote los aspectos en los que el Médico residente debe mejorar.
8. Presente al Médico residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.
9. El Docente evaluador y el Médico residente consignan su firma.

| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| 1. Aplica las medidas generales de reanimación cardiorrespiratoria. |  |  |  |  |
| 1. Aplica las medidas específicas de RPC. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el masaje cardiaco según técnica y con el apoyo de otro profesional: uno realiza la ventilación a presión positiva (VVP) y el otro procede al masaje cardiaco. |  |  |  |  |
| 1. Ventila al recién nacido con bolsa y oxígeno al 100%. |  |  |  |  |
| 1. Coloca el tubo endotraqueal según técnica y en un tiempo no mayor de 20 segundos. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el cateterismo venoso umbilical según técnica convencional para la administración de medicamentos (en caso de RCP avanzado) |  |  |  |  |
| 1. Indica el tratamiento de soporte posterior a la reanimación. |  |  |  |  |
| 1. Solicita los exámenes auxiliares de acuerdo a la situación del neonato. |  |  |  |  |
| 1. Prescribe la medicación específica posterior a la reanimación neonatal. |  |  |  |  |
| 1. Registra en la HC el procedimiento realizado |  |  |  |  |
| 1. Realiza la referencia o contrarreferencia, cuando corresponde. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL PRODUCTO ELABORADO POR EL RESIDENTE:**  **HISTORIAS CLÍNICAS CON REGISTRO DE LA ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO CON PATOLOGÍA NO COMPLICADA.** |

**INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:**

1. Revise las historias clínicas elaboradas por el Residente, con registro de la atención a dos RN con patología no complicada
2. Aplique la lista de cotejo al producto.
3. Marque SI, cuando el aspecto evaluado, se cumple y NO, cuando no se cumple.
4. Si alguno de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
5. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
6. Anote los aspectos en los que el Médico residente debe mejorar.
7. Presente al Médico residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.
8. El Docente evaluador y el Médico residente consignan su firma.

| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | |
| **cumple** | | **cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| **LA HC REGISTRA, CON LETRA LEGIBLE, PULCRITUD Y SIN ENMENDADURAS:** |  |  |  |  |
| **CON RESPECTO AL DIAGNOSTICO** |  |  |  |  |
| 1. Los datos completos de filiación |  |  |  |  |
| 1. Las medidas antropométricas del paciente: peso, talla, PC, PA y PT |  |  |  |  |
| 1. La temperatura rectal y los signos vitales del paciente |  |  |  |  |
| 1. La anamnesis completa considerando edad gestacional y factores de riesgo |  |  |  |  |
| 1. El examen físico general y preferencial |  |  |  |  |
| 1. Los exámenes de ayuda al diagnóstico solicitados e interpretados |  |  |  |  |
| 1. El diagnóstico definitivo o presuntivo, con CIE 10. |  |  |  |  |
| **CON RESPECTO AL MANEJO** |  |  |  |  |
| 1. Las medidas generales aplicadas considerando edad gestacional y factores de riesgo |  |  |  |  |
| 1. La medicación farmacológica prescrita |  |  |  |  |
| 1. La terapéutica aplicada |  |  |  |  |
| 1. La evolución del RN. |  |  |  |  |
| 1. Las RAM y complicaciones, si las hubiere y medidas aplicadas. |  |  |  |  |
| 1. La condición del RN al momento del alta (si fuera el caso) |  |  |  |  |
| 1. La fecha de cita para control o la referencia, según corresponda |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL PRODUCTO ELABORADO POR EL RESIDENTE:**  **HISTORIA CLÍNICA CON REGISTRO DEL MANEJO DE LA REANIMACIÓN NEONATAL BÁSICA Y AVANZADA** |

**INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:**

1. Revise las historias clínicas elaboradas por el Residente, con registro de la reanimación neonatal básica y avanzada a dos RN
2. Aplique la lista de cotejo al producto.
3. Marque SI, cuando el aspecto evaluado, se cumple y NO, cuando no se cumple.
4. Si alguno de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
5. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
6. Anote los aspectos en los que el Médico residente debe mejorar.
7. Presente al Médico residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.
8. El Docente evaluador y el Médico residente consignan su firma.

| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | |
| **cumple** | | **cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| **LA HC REGISTRA, CON LETRA LEGIBLE, PULCRITUD Y SIN ENMENDADURAS:** |  |  |  |  |
| Los resultados de la evaluación de la situación clínica del RN con paro cardiorrespiratorio |  |  |  |  |
| Los resultados del examen clínico dirigido |  |  |  |  |
| Las medidas generales de reanimación cardiorrespiratoria aplicadas |  |  |  |  |
| Las medidas específicas de RPC aplicadas |  |  |  |  |
| Los resultados del masaje cardiaco y la ventilación a presión positiva aplicadas |  |  |  |  |
| La ventilación con bolsa y oxígeno al 100% |  |  |  |  |
| La colocación del tubo endotraqueal |  |  |  |  |
| La realización del cateterismo venoso umbilical según técnica convencional (en caso de RCP avanzado) |  |  |  |  |
| La indicación del tratamiento de soporte posterior a la reanimación |  |  |  |  |
| La solicitud e interpretación de los exámenes de ayuda al diagnóstico de acuerdo a la situación del neonato |  |  |  |  |
| La prescripción de la medicación específica posterior a la reanimación neonatal |  |  |  |  |
| La referencia o contrarreferencia, cuando corresponde. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **INSTRUMENTOS DE EVALUACION DE LA COMPETENCIA No. 5** | |
| **COMPETENCIA** | 1. Atender a la niña o niño y al adolescente sano, de acuerdo a las normas vigentes y las evidencias científicas actuales, según corresponda. |
| **ELEMENTOS DE COMPETENCIA** | 5.1 Realizar el control del crecimiento de la niña, niño y adolescentes |
| 5.2 Realizar el control del desarrollo de la niña, niño y adolescentes |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DATOS DEL MÉDICO RESIDENTE EVALUADO (A)** | | |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL DESEMPEÑO DEL MÉDICO RESIDENTE EN LA ATENCIÓN DE LA NIÑA, EL NIÑO O EL ADOLESCENTE SANO** |

**INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:**

1. Observe al Médico residente durante la atención a dos niñas, niños o adolescentes sanos de cada grupo etáreo
2. Aplique la lista de cotejo durante la observación del desempeño.
3. Absténgase de hacer comentarios durante la evaluación del desempeño.
4. Marque SI, cuando el aspecto evaluado, se cumple y NO, cuando no se cumple.
5. Si alguno de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
6. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
7. Anote los aspectos en los que el Médico residente debe mejorar.
8. Presente al Médico residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.
9. El Docente evaluador y el Médico residente consignan su firma.

| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| **DURANTE EL CONTROL DEL CRECIMIENTO** |  |  |  |  |
| 1. Saluda, se presenta y se muestra cordial buscando establecer empatía con la niña, el niño o el adolescente y el familiar responsable. |  |  |  |  |
| 1. Se lava las manos antes y después de la atención. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el examen físico de manera integral de la niña, el niño o el adolescente, considerando las características del grupo etáreo. |  |  |  |  |
| 1. Evalúa el crecimiento de la niña, el niño o el adolescente, según estándares de tablas vigentes validadas por el MINSA y considerando las características del grupo etáreo. |  |  |  |  |
| 1. Evalúa el estado nutricional, de la niña, el niño o el adolescente, considerando las características del grupo etáreo. |  |  |  |  |
| 1. Orienta al acompañante acerca la nutrición de la niña, el niño o el adolescente, según grupo etáreo. |  |  |  |  |
| **DURANTE EL CONTROL DEL DESARROLLO** |  |  |  |  |
| 1. Identifica factores de riesgo del desarrollo de la niña, el niño o el adolescente, según grupo etáreo. |  |  |  |  |
| 1. Evalúa el desarrollo psicomotor de la niña, el niño o el adolescente, según grupo etáreo |  |  |  |  |
| 1. Clasifica el estado de desarrollo de la niña, el niño o el adolescente, según grupo etáreo. |  |  |  |  |
| 1. Elabora y monitorea el plan de estimulación del desarrollo de la niña, el niño o el adolescente. |  |  |  |  |
| 1. Elabora y monitorea el plan de atención integral de salud de la niña, el niño o el adolescente. |  |  |  |  |
| 1. Identifica maltrato infantil usando la ficha de Tamizaje de violencia familiar. |  |  |  |  |
| 1. Registra el control del crecimiento y desarrollo en la H.C. |  |  |  |  |
| 1. Informa al acompañante acerca del desarrollo de la niña, el niño o el adolescente. |  |  |  |  |
| 1. Realiza y explica la referencia oportuna, cuando corresponde. |  |  |  |  |
| 1. Se despide amablemente del acompañante y de la niña, el niño o el adolescente. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL PRODUCTO ELABORADO POR EL RESIDENTE:**  **HISTORIA CLÍNICA CON REGISTRO DEL CONTROL DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE LA NIÑA, NIÑO O ADOLESCENTE SANO.** |

**INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:**

1. Revise las historias clínicas elaboradas por el Residente, con registro del control del crecimiento y desarrollo de dos niñas, niños o adolescentes sanos, por cada grupo etáreo.
2. Aplique la lista de cotejo al producto.
3. Marque SI, cuando el aspecto evaluado, se cumple y NO, cuando no se cumple.
4. Si alguno de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
5. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
6. Anote los aspectos en los que el Médico residente debe mejorar.
7. Presente al Médico residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.
8. El Docente evaluador y el Médico residente consignan su firma.

| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| **LA HC REGISTRA, CON LETRA LEGIBLE, PULCRITUD Y SIN ENMENDADURAS:** |  |  |  |  |
| 1. Los datos completos de filiación. |  |  |  |  |
| 1. Los resultados del examen físico considerando las características del grupo etáreo. |  |  |  |  |
| 1. Los resultados de la evaluación del crecimiento según estándares de tablas vigentes y las características del grupo etáreo. |  |  |  |  |
| 1. El estado nutricional considerando las características del grupo etáreo. |  |  |  |  |
| 1. Los factores de riesgo del desarrollo identificados según grupo etáreo. |  |  |  |  |
| 1. Los resultados de la evaluación del desarrollo psicomotor según grupo etáreo. |  |  |  |  |
| 1. La clasificación del estado de desarrollo de la niña, el niño y el adolescente, según grupo etáreo |  |  |  |  |
| 1. El plan de estimulación del desarrollo de la niña, el niño o el adolescente. |  |  |  |  |
| 1. El plan de atención integral de salud de la niña, el niño o el adolescente. |  |  |  |  |
| 1. La identificación del maltrato infantil si se presenta, usando la ficha de tamizaje de violencia familiar |  |  |  |  |
| 1. La referencia realizada oportunamente, cuando corresponde. |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **INSTRUMENTOS DE EVALUACION DE LA COMPETENCIA No. 6 (Primera parte)** | |
| **COMPETENCIA** | 6. **Atender a la niña o niñoy adolescentes con trastornos y enfermedades prevalentes sin complicaciones, de acuerdo a las normas vigentes o a las evidencias científicas actuales, según corresponda.** |
| **ELEMENTOS DE COMPETENCIA** | 6.1 Realizar el diagnóstico de la niña, niño y adolescente con trastornos y enfermedades prevalentes |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DATOS DEL MÉDICO RESIDENTE EVALUADO (A)** | | |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL DESEMPEÑO DEL MÉDICO RESIDENTE EN EL DIAGNÓSTICO  A LA NIÑA, NIÑO O ADOLESCENTE CON TRASTORNOS Y ENFERMEDADES PREVALENTES** |

**INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:**

1. Observe al Médico residente durante el diagnóstico de dosniñas, niños o adolescentes con trastornos y enfermedades prevalentes
2. Aplique la lista de cotejo durante la observación del desempeño.
3. Absténgase de hacer comentarios durante la evaluación del desempeño.
4. Marque SI, cuando el aspecto evaluado, se cumple y NO, cuando no se cumple.
5. Si alguno de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
6. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
7. Anote los aspectos en los que el Médico residente debe mejorar.
8. Presente al Médico residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.
9. El Docente evaluador y el Médico residente consignan su firma.

| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| 1. Saluda, se presenta y se muestra cordial buscando establecer empatía con la niña, niño o adolescente y su acompañante |  |  |  |  |
| 1. Se lava las manos antes y después atender al paciente |  |  |  |  |
| 1. Pregunta al o la acompañante acerca de los problemas dela niña, niño o adolescente |  |  |  |  |
| 1. Realiza la anamnesis considerando la edad y los factores de riesgo |  |  |  |  |
| 1. Pregunta y evalúa sobre signos de (alarma) según edad. |  |  |  |  |
| 1. Evalúa el estado nutricional y el de inmunizaciones |  |  |  |  |
| 1. Realiza el examen clínico general y preferencial según edad y patología |  |  |  |  |
| 1. Indica exámenes de apoyo diagnóstico, de acuerdo a los resultados de la evaluación clínica, signos de peligro y examen físico |  |  |  |  |
| 1. Establece la clasificación o el diagnóstico con CIE 10, de acuerdo a los resultados de la evaluación clínica, los exámenes de apoyo al diagnóstico y los factores de riesgo |  |  |  |  |
| 1. Explica a la madre o familiar los problemas detectados y el plan de trabajo. |  |  |  |  |
| 1. Registra la información en la historia clínica |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **INSTRUMENTOS DE EVALUACION DE LA COMPETENCIA No. 6 (Segunda parte)** | |
| **COMPETENCIA** | 1. Atender a la niña o niño y adolescentes con trastornos y enfermedades prevalentes, sin complicaciones **de acuerdo a las normas vigentes o a las evidencias científicas actuales, según corresponda.** |
|  | 6.2 Realizar el manejo de los trastornos nutricionales en la niña, niño y adolescente. |
| 6.3 Realizar el manejo de los trastornos metabólicos en la niña, niño y adolescente. |
| 6.4 Realizar el manejo de los trastornos hidroelectrolíticos en la niña, niño y adolescente. |
| 6.5 Realizar el manejo de las enfermedades respiratorias en la niña, niño y adolescente. |
| 6.6 Realizar el manejo de las enfermedades infecciosas en la niña, niño y adolescente. |
| 6.7 Realizar el manejo de las enfermedades y trastornos gastrointestinales en la niña, niño y adolescente. |
| 6.8 Realizar el manejo de las enfermedades dermatológicas en la niña, niño y adolescente. |
| 6.9 Realizar el manejo de las enfermedades neurológicas en la niña, niño y adolescente. |
| 6.10 Realizar el manejo de las enfermedades hematológicas en la niña, niño y adolescente. |
| 6.11 Realizar el manejo de las enfermedades nefrológicas en la niña, niño y adolescente. |
| 6.12 Realizar el manejo de las enfermedades cardiovasculares en la niña, niño y adolescente.. |
| 6.13 Realizar el manejo inicial de las enfermedadesortopédicas y traumatológicas y el tratamiento de las enfermedades infecciosas de huesos y articulaciones en la niña, niño y adolescente. |
| 6.14 Realizar el manejo de las enfermedades endocrinológicas en la niña, niño y adolescente. |
| 6.15 Realizar el manejo de las enfermedades ginecológicas en la niña y adolescente. |
| 6.17 Realizar el manejo de las enfermedades inmunoreumatológicas en la niña, niño y adolescente. |
| 6.18 Realizar el manejo de las enfermedades urológicas en la niña, niño y adolescente. |
| 6.19 Realizar el manejo de los trastornos y enfermedades oftalmológicas en la niña, niño y adolescente. |
| 6.21 Realizar el manejo de las intoxicaciones agudas y crónicas en la niña, niño y adolescente. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DATOS DEL MÉDICO RESIDENTE EVALUADO (A)** | | |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL DESEMPEÑO DEL MÉDICO RESIDENTE  DURANTE EL MANEJO DELTRASTORNO O ENFERMEDAD PREVALENTE SIN COMPLICACIONES, DE LA NIÑA, NIÑO O ADOLESCENTE** |

**INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:**

1. Observe al Médico residente durante el manejo del trastorno o enfermedad prevalente sin complicaciones, de dosniñas, niños o adolescentes
2. Aplique la lista de cotejo durante la observación del desempeño.
3. Absténgase de hacer comentarios durante la evaluación del desempeño.
4. Marque SI, cuando el aspecto evaluado, se cumple y NO, cuando no se cumple.
5. Si alguno de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
6. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
7. Anote los aspectos en los que el Médico residente debe mejorar.
8. Presente al Médico residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.
9. El Docente evaluador y el Médico residente consignan su firma.

| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| 1. Saluda, se presenta y se muestra cordial buscando establecer una empatía con la niña, niño o adolescente y su acompañante. |  |  |  |  |
| 1. Se lava las manos antes y después de atender al paciente. |  |  |  |  |
| 1. Prescribe el tratamiento de acuerdo a la clasificación y/o diagnóstico. |  |  |  |  |
| 1. Propone los cuidados esenciales e intensivos, según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. Explica a la madre o familiar el estado de la niña, niño o adolescente y le informa el diagnóstico y el tratamiento que requiere confirmando ha comprendido las indicaciones y sus objetivos. |  |  |  |  |
| 1. Prescribe el tratamiento de acuerdo a la clasificación y/o diagnóstico y las normas establecidas. |  |  |  |  |
| 1. Identifica, controla y notifica las reacciones adversas al medicamento (RAM) y maneja los efectos secundarios. |  |  |  |  |
| 1. Monitorea y detecta los signos de alarma o complicaciones más frecuentes relacionadas con el trastorno o enfermedad. |  |  |  |  |
| 1. Indica medidas generales, medidas de prevención y orienta a la familia de acuerdo al trastorno o enfermedad. |  |  |  |  |
| 1. Señala una cita posterior para verificar el cumplimiento del tratamiento cuando es prolongado. |  |  |  |  |
| 1. Registra el tratamiento en la historia clínica. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la referencia y contrarreferencia, cuando corresponde. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL PRODUCTO ELABORADO POR EL RESIDENTE:**  **HISTORIA CLÍNICA CON REGISTRO DE LA ATENCIÓN A LA NIÑA, NIÑO O ADOLESCENTE CON TRASTORNO O ENFERMEDAD PREVALENTE SIN COMPLICACIONES** |

**INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:**

1. Revise dos historias clínicas elaboradas por el Residente, con registro de la atención a la niña, niño o adolescente con trastorno o enfermedad prevalente sin complicaciones
2. Aplique la lista de cotejo al producto.
3. Marque SI, cuando el aspecto evaluado, se cumple y NO, cuando no se cumple.
4. Si alguno de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
5. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
6. Anote los aspectos en los que el Médico residente debe mejorar.
7. Presente al Médico residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.
8. El Docente evaluador y el Médico residente consignan su firma.

| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| **LA HC REGISTRA, CON LETRA LEGIBLE, PULCRITUD Y SIN ENMENDADURAS:** |  |  |  |  |
| **CON RESPECTO AL DIAGNOSTICO** |  |  |  |  |
| 1. Los datos completos de filiación. |  |  |  |  |
| 1. La anamnesis dela niña, niño o adolescente. |  |  |  |  |
| 1. Los signos vitales. |  |  |  |  |
| 1. Los resultados del examen físico general y preferencial. |  |  |  |  |
| 1. La solicitud y resultados de los estudios auxiliares solicitados. |  |  |  |  |
| 1. El diagnóstico con CIE 10. |  |  |  |  |
| **CON RESPECTO AL MANEJO** |  |  |  |  |
| 1. Las medidas generales aplicadas. |  |  |  |  |
| 1. La terapéutica prescrita y el plan de trabajo |  |  |  |  |
| 1. El control de la terapéutica aplicada. |  |  |  |  |
| 1. La evolución del paciente.. |  |  |  |  |
| 1. Los signos de alarma identificados o complicaciones (si los hubiere) |  |  |  |  |
| 1. El estado de salud de la niña, niño o adolescente al momento del alta (si fuera el caso) |  |  |  |  |
| 1. La próxima cita o datos de la referencia según corresponda. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **INSTRUMENTOS DE EVALUACION DE LA COMPETENCIA No. 7 (Primera parte)** | |
| **COMPETENCIA** | 7. Atender a la niña, niño y adolescentes, en situaciones de urgencia y emergencia**, de acuerdo a las normas vigentes** |
| **ELEMENTOS DE COMPETENCIA** | 7.1 Realizar el triaje y direccionar adecuadamente al paciente niño, niña y adolescente, que ingresa a la sala de urgencias y emergencias médicas y quirúrgicas. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DATOS DEL MÉDICO RESIDENTE EVALUADO (A)** | | |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL DESEMPEÑO DEL MÉDICO RESIDENTE EN LA REALIZACIÓN DEL TRIAJE Y DIRECCIONAMIENTO ADECUADO DEL PACIENTE NIÑO, NIÑA Y ADOLESCENTE, QUE INGRESA A LA SALA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS** |

**INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:**

1. Observe al Médico residente durante el triaje y direccionamiento de dos niñas, niños o adolescentes que ingresan a la sala de urgencias y emergencias
2. Aplique la lista de cotejo durante la observación del desempeño.
3. Absténgase de hacer comentarios durante la evaluación del desempeño.
4. Marque SI, cuando el aspecto evaluado, se cumple y NO, cuando no se cumple.
5. Si alguno de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
6. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
7. Anote los aspectos en los que el Médico residente debe mejorar.
8. Presente al Médico residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.
9. El Docente evaluador y el Médico residente consignan su firma.

| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| 1. Saluda, se presenta y se muestra cordial buscando establecer empatía con la niña, niño o adolescente y su acompañante. |  |  |  |  |
| 1. Se lava las manos antes y después de atender al paciente. |  |  |  |  |
| 1. Pregunta al paciente o a su acompañante sobre los problemas que lo traen a emergencia. |  |  |  |  |
| 1. Toma los signos vitales, demostrando estar familiarizado con los procedimientos y los valores, según edad. |  |  |  |  |
| 1. Evalúa al paciente utilizando el triángulo de evaluación pediátrica rápida como método de triaje. |  |  |  |  |
| 1. Realiza los procedimientos necesarios para identificar si se trata de una urgencia o emergencia. |  |  |  |  |
| 1. Clasifica las urgencias mayores y menores y las emergencias. |  |  |  |  |
| 1. Explica al paciente o a su acompañante la naturaleza de los problemas encontrados. |  |  |  |  |
| 1. Direcciona adecuadamente al paciente o a su acompañante, según la naturaleza del diagnóstico presuntivo. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la referencia en forma oportuna y adecuada, cuando corresponde. |  |  |  |  |
| 1. Registra la información en la historia clínica. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **INSTRUMENTOS DE EVALUACION DE LA COMPETENCIA No. 7 (Segunda parte)** | |
| **COMPETENCIA** | 7. Atender a la niña, niño y adolescentes, en situaciones de urgencia y emergencia**, de acuerdo a las normas vigentes** |
| **ELEMENTOS DE COMPETENCIA** | 7.2. Realizar el diagnóstico oportuno de las urgencias y emergencias médicas y quirúrgicas en la niña, niño o adolescente. |
| 7.3. Realizar el manejo de la niña, niño o adolescente en situaciones de urgencia y emergencia médica y quirúrgica |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DATOS DEL MÉDICO RESIDENTE EVALUADO (A)** | | |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL DESEMPEÑO DEL MÉDICO RESIDENTE EN EL DIAGNOSTICO Y MANEJO DE LA NIÑA, NIÑO O ADOLESCENTE,  EN SITUACIONES DE URGENCIA Y EMERGENCIA** |

**INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:**

1. Observe al Médico residente durante el diagnóstico y manejo de dos niñas, niños o adolescentes, en situaciones de urgencia y emergencia
2. Aplique la lista de cotejo durante la observación del desempeño.
3. Absténgase de hacer comentarios durante la evaluación del desempeño.
4. Marque SI, cuando el aspecto evaluado, se cumple y NO, cuando no se cumple.
5. Si alguno de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
6. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
7. Anote los aspectos en los que el Médico residente debe mejorar.
8. Presente al Médico residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.
9. El Docente evaluador y el Médico residente consignan su firma.

| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| **DURANTE EL DIAGNOSTICO** |  |  |  |  |
| 1. Saluda, se presenta y se muestra cordial buscando establecer empatía con la niña, niño, adolescente o su acompañante. |  |  |  |  |
| 1. Se lava las manos antes y después de atender al paciente. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la anamnesis directa o indirecta en forma completa, rápida y ordenada. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el examen clínico general y preferencial, en función de los hallazgos de la anamnesis. |  |  |  |  |
| 1. Clasifica al paciente de acuerdo a la severidad o grado de compromiso detectado. |  |  |  |  |
| 1. Realiza los procedimientos necesarios para identificar los diagnósticos de las urgencias y emergencias. |  |  |  |  |
| 1. Solicita los estudios auxiliares de laboratorio, imágenes u otros, de acuerdo a diagnóstico presuntivo. |  |  |  |  |
| 1. Solicita en forma oportuna y las interconsultas que sean necesarias. |  |  |  |  |
| 1. Solicita las transferencias según corresponda, de acuerdo a normatividad vigente. |  |  |  |  |
| **DURANTE EL MANEJO** |  |  |  |  |
| 1. Propone y prescribe el tratamiento inicial de acuerdo a la clasificación y/o diagnóstico. |  |  |  |  |
| 1. Supervisa la administración de los medicamentos de acuerdo a la clasificación y/o diagnóstico. |  |  |  |  |
| 1. Identifica y notifica las reacciones adversas al medicamento (RAM) y los efectos secundarios, si los hubiera. |  |  |  |  |
| 1. Monitorea o detecta signos de alarma o complicaciones más frecuentes relacionadas con la patología. |  |  |  |  |
| 1. Indica medidas generales u orientación a la familia de acuerdo a la patología. |  |  |  |  |
| 1. Registra en la historia clínica el diagnóstico y el tratamiento. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la referencia y contrarreferencia , cuando corresponde. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL PRODUCTO ELABORADO POR EL RESIDENTE:**  **HISTORIAS CLÍNICAS CON REGISTRO DE LA ATENCIÓN A LA NIÑA, NIÑO Y ADOLESCENTE, EN SITUACIONES DE URGENCIA Y EMERGENCIA** |

**INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:**

1. Revise las historias clínicas elaboradas por el Residente, con registro de la atención a dos niñas, niños o adolescente en situaciones de urgencia y emergencia.
2. Aplique la lista de cotejo al producto.
3. Marque SI, cuando el aspecto evaluado, se cumple y NO, cuando no se cumple.
4. Si alguno de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
5. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
6. Anote los aspectos en los que el Médico residente debe mejorar.
7. Presente al Médico residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.
8. El Docente evaluador y el Médico residente consignan su firma.

| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| **LA HC REGISTRA, CON LETRA LEGIBLE, PULCRITUD Y SIN ENMENDADURAS:** |  |  |  |  |
| **CON RESPECTO AL DIAGNOSTICO** |  |  |  |  |
| 1. Los datos completos de filiación. |  |  |  |  |
| 1. Los signos vitales del paciente. |  |  |  |  |
| 1. La Anamnesis sucinta pero completa. |  |  |  |  |
| 1. El examen físico general y preferencial. |  |  |  |  |
| 1. Las indicaciones y resultados de los estudios de laboratorio y de imágenes solicitados. |  |  |  |  |
| 1. Las interconsultas efectuadas. |  |  |  |  |
| 1. Los diagnósticos presuntivos y CIE 10. |  |  |  |  |
| **CON RESPECTO AL MANEJO** |  |  |  |  |
| 1. Las medidas generales aplicadas. |  |  |  |  |
| 1. La terapéutica indicada. |  |  |  |  |
| 1. Los procedimientos diagnósticos y terapéuticos realizados. |  |  |  |  |
| 1. La evolución del paciente. |  |  |  |  |
| 1. Los signos de alarma identificados y controlados y el manejo de las complicaciones (si las hubiere). |  |  |  |  |
| 1. Estado de salud de la paciente al momento del alta. |  |  |  |  |
| 1. La próxima cita o referencia según corresponda. |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |