

LIBRO DEL RESIDENTE

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARI DE CASTELLÓ

Servicio que lo presenta	COMISIÓN DE DOCENCIA
Fecha de elaboración	2014
Fecha de revisión	NOVIEMBRE 2026

Autor/es	Carácter con que actúan
Ricardo Tosca Segura	Presidente Comisión de Docencia

Servicios implicados en la Guía	Consensuado (poner Sí o No)
Servicio de	no

Gestión de modificaciones	Fecha
Aprobación de la actualización	29/03/2017 por Comisión de Docencia
Aprobación de la actualización	01 /10/2019 por Comisión de Docencia
Aprobación de la actualización	08/11/2022 por Comisión de Docencia
Aprobación de la actualización	28/11/2024 por Comsisión de Docencia

Vº Bº

EL PRESIDENTE DE LA COMISIÓN DE DOCENCIA



CONTENIDOS LIBRO DEL RESIDENTE

1. DATOS PERSONALES	3
2. ITINERARIO FORMATIVO ANUAL DEL RESIDENTE	4
3. LISTADO DE COMPETENCIAS/OBJETIVOS DOCENTES	5
a. GENÉRICAS / FORMACIÓN TRANSVERSAL.....	5
b. ESPECÍFICAS / OBJETIVOS DOCENTES.....	6
4. INFORME DE AUTORREFLEXIÓN DE UNA COMPETENCIA	7
5. REGISTRO Y AUTORREFLEXIÓN DE COMPETENCIAS TÉCNICAS/ PROCEDIMIENTOS	8
6. REGISTRO Y AUTORREFLEXIÓN DE COMPETENCIAS QUIRÚRGICAS	9
7. MEMORIA DOCENTE DEL RESIDENTE	10
8. INFORME DE AUTORREFLEXIÓN DE UNA ACTIVIDAD	12
9. INFORME DE AUTORREFLEXIÓN DE INCIDENTE CRÍTICO	13
10. INFORME DE ENTREVISTAS CON EL TUTOR	14
11. OTRAS HERRAMIENTAS DE EVALUACIÓN FORMATIVA (OPCIONAL).....	15
- FORMULARIO MINI-CEX: OBSERVACION ESTRUCTURADA DE LA PRÁCTICA CLÍNICA	15
- MINI-CEX – INFORME FEED-BACK	16
- SELF-AUDIT	17



1.- DATOS PERSONALES

Nombre y Apellidos:.....

DNI:.....

Nacionalidad:.....

Fecha de nacimiento:.....

Dirección:.....

Localidad:.....**CP:**.....

Teléfono:.....**e-mail:**.....

Año de Licenciatura:.....**Universidad:**.....

Fecha de inicio de la residencia:.....

Año de residencia:.....

Especialidad:.....

2.- ITINERARIO FORMATIVO ANUAL DEL RESIDENTE

TUTOR:

ROTACIONES PREVISTAS:

AÑO DE RESIDENCIA		NOMBRE:			
MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE
NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL

ACTIVIDADES DOCENTES PREVISTAS

- Sesiones
- Cursos, talleres
- Actividades de investigación

PROGRAMACIÓN DE ENTREVISTAS CON TUTOR

3.- LISTADO DE COMPETENCIAS / OBJETIVOS DOCENTES
a.- COMPETENCIAS GENÉRICAS/ FORMACIÓN TRANSVERSAL

COMPETENCIAS	R1	R2	R3	R4	R5
RELACIÓN MÉDICO – PACIENTE. ENTREVISTA CLINICA. HABILIDADES DE COMUNICACIÓN					
RAZONAMIENTO CLÍNICO y USO EFICIENTE DE RECURSOS SANITARIOS					
GESTIÓN SANITARIA , SALUD PÚBLICA Y PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES					
BIOÉTICA					
DOCENCIA E INVESTIGACIÓN, MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA					
SOPORTE VITAL BÁSICO Y AVANZADO					

NV: No procede valoración

NC: No conseguido

AM: Aspectos mejorables

B: Bien

E: Excelente

b.- COMPETENCIAS ESPECÍFICAS/ OBJETIVOS DOCENTES

COMPETENCIAS/ OBJETIVOS DOCENTES	R1	R2	R3	R4	R5

- NV: No procede valoración
- NC: No conseguido
- AM: Aspectos mejorables
- B: Bien
- E: Excelente

4.- INFORME DE AUTORREFLEXIÓN DE UNA COMPETENCIA

Residente:

Año de Residencia:

Tutor:

Objetivo de esta sección: Documentar las principales rotaciones y actividades realizadas, junto con reflexiones que ayuden al residente a consolidar aprendizajes clave.

Guía de Preguntas:

1. Objetivos Clave de la Rotación:

- ¿Cuáles eran los principales objetivos de aprendizaje en esta rotación?
- ¿Qué habilidades clínicas o técnicas esperabas obtener?

2. Habilidades Desarrolladas:

- ¿Qué habilidades o competencias específicas adquiriste o mejoraste durante esta rotación?
- ¿Qué nuevos procedimientos o técnicas practicaste?

3. Comentarios del Residente:

- ¿Qué logros destacas de esta rotación?
- ¿Cuál fue el mayor reto y cómo lo enfrentaste?
- ¿Qué aspectos consideras satisfactorios de esta rotación?
- ¿Hay algo que quisieras mejorar para futuras rotaciones?
- ¿Qué te falta por aprender? ¿Qué método emplearás?

4. Feedback del Tutor:

- Feedback general del tutor en torno al desempeño del residente, fortalezas y áreas a mejorar.

Fecha:

Firma del residente:

5.- REGISTRO Y AUTOEVALUACIÓN DE COMPETENCIAS TÉCNICAS / PROCEDIMIENTOS
--

RESIDENTE:

AÑO RESIDENCIA:

TÉCNICA	MIN	OBS	AY	TD	TI	ST	AUTORREFLEXIÓN
Observaciones del residente o del tutor							

MIN nº mínimo según Plan de Formación (Si procede)

OBS: El residente sólo observa la realización de la técnica

AY: El residente participa en la ejecución de la técnica como ayudante.

TD: Tutela directa (el tutor observa y/o ayuda en la realización de la técnica)

TI: Tutela indirecta (el tutor está informado de la realización de la técnica pero no la supervisa)

ST: Sin tutela (el residente decide y ejecuta la técnica sin supervisión)



6.- REGISTRO Y AUTORREFLEXIÓN DE COMPETENCIAS QUIRÚRGICAS

RESIDENTE:

AÑO RESIDENCIA:

TECNICA	MIN	CIR.	AY.	OBS	TO	AUTORREFLEXIÓN
Observaciones del residente o del tutor:						

MIN: Mínimo según Plan de Formación
CIR: Número como Primer Cirujano
AY: Número como Ayudante
OBS: Número como Observador
TO: Total

7.- MEMORIA DOCENTE DEL RESIDENTE
--

ROTACIONES REALIZADAS

AÑO DE RESIDENCIA		NOMBRE:			
MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE
NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL

ACTIVIDADES MAYO 20 – ABRIL 20
ACTIVIDADES DOCENTES DEL SERVICIO PROPIAS (en las que haya participado como ponente)

- Tipo de sesión (bibliográfica, caso clínico, morbimortalidad, altas, docentes...). Nombre de la sesión. Mes y año. Referencias bibliográficas.

ASISTENCIA A ACTIVIDADES DOCENTES DEL SERVICIO
ASISTENCIA A ACTIVIDADES DOCENTES DEL HOSPITAL
DOCENCIA IMPARTIDA
CURSOS PRESENCIALES

- Título. Acreditación. Lugar de realización y fecha. Horas (preferente) y/o créditos.
- Máster.
- Diploma de especialización.
- Otros estudios de postgrado.

CURSOS ON LINE

- Título. Acreditación (EVES, escuela de estudios, etc..). Fecha. Horas y/o créditos.

COMUNICACIONES A CONGRESOS

- Nombre de la comunicación y autores (ya sea primer autor o no, siempre que lo haya presentado, no participado).
- Especificar: comunicación oral/póster/ponencia. Lugar y fecha del congreso al que se presentó.
- Otras: igual pero en las que participó sin presentarlo

ASISTENCIA A CONGRESOS

- Nombre del congreso al que asistió (independientemente de si presentó o no), lugar y fecha.

PUBLICACIONES

Especificar: artículo original/ revisión/ caso clínico/ carta al director/ capítulo de libro (con/sin ISBN).

ACTIVIDAD INVESTIGADORA

Tesis doctoral

- Título: Definitivo/provisional
- Fecha de comienzo:
- Director:
- Fase en que se encuentra en la actualidad:

Participación en líneas de investigación

- Denominación, servicio responsable, participación como investigador principal o colaborador.
Especificar: financiación pública o privada.

COMITÉS HOSPITALARIOS

- Pertenencia a comités o comisiones. Hacer constar los protocolos aprobados.

OTRAS ACTIVIDADES

- Cualquier actividad que se pueda considerar docente o formativa y no conste anteriormente

8.- INFORME DE AUTORREFLEXIÓN DE UNA ACTIVIDAD

Residente:

Año de Residencia:

Tutor:

1. **Actividad:**

- Describe el tipo de actividad (taller, curso, sesión clínica, etc.) y el tema específico.

2. **Objetivo Formativo:**

- Especifica el objetivo principal de la actividad y cómo se relaciona con tus objetivos de desarrollo.

3. **Reflexión del Aprendizaje:**

- **Ejemplos de preguntas:**
 - ¿Qué conocimientos o habilidades adquiriste?
 - ¿Cuáles fueron los principales retos y logros en esta actividad?
 - ¿Qué destacarías de esta experiencia y por qué?

4. **Aplicación en la Práctica Clínica:**

- Reflexiona sobre cómo piensas integrar lo aprendido en tu práctica diaria.
- **Ejemplos de preguntas:**
 - ¿Cómo mejorarás tu desempeño en el área relacionada?
 - ¿Qué cambios piensas implementar como resultado de esta actividad?

Fecha:

Firma del residente

Firma del tutor



9.- INFORME DE AUTORREFLEXIÓN DE INCIDENTE CRÍTICO

Residente:

Año de residencia:

Evento (negativo o positivo) ocurrido durante tu actividad asistencial, que tiene consecuencias para el paciente , para el médico en formación y/o para miembros del equipo de trabajo.

Ejemplos:

- Deterioro inesperado de un paciente que pasa inadvertido en hospitalización durante varias horas.....
- El jefe de Servicio te hace acudir a su despacho para pedirte explicaciones acerca de una reclamación en la que estás implicado
- Recibes un informe de agradecimiento de un paciente que no esperabas.
- Conflicto con tu adjunto supervisor por desacuerdo acerca del mejor tratamiento con un determinado paciente.. etc.

Descripción del incidente

Preguntas acerca del incidente

¿Qué dudas o problemas me ha planteado el caso?

¿Cómo lo he solucionado?

¿Qué debería haber hecho? ¿Necesito mejorar mi formación para enfrentarme a casos similares?

Propuestas de mejora:

Fecha:

Firma del Residente:

10.- INFORME DE ENTREVISTA CON EL TUTOR

Residente:

Año de Residencia:

Tutor:

Fecha:

Valoración de las rotaciones realizadas. Revisión del plan formativo individual.

Revisión de autoevaluación de competencias / Objetivos docentes

Competencias revisadas

Conclusiones

Revisión de incidentes críticos

Objetivos de mejora / tareas propuestas por el residente o tutor

Fecha:

Firma del residente

Firma del tutor

11.- OTRAS HERRAMIENTAS DE EVALUACIÓN FORMATIVA (opcional)
**FORMULARIO MINI-CEX¹
OBSERVACIÓN ESTRUCTURADA DE LA PRÁCTICA CLÍNICA**
Fecha:
Residente:
Evaluador:
Año de residencia:
Entorno Clínico: Consulta Hospitalización Urgencias Programa salud

Paciente: Edad Sexo

Técnicas utilizadas:
Complejidad del caso: Baja Media Alta

Categoría del observador: Tutor principal Otro tutor Otro adjunto supervisor

	Insatisfactorio			Satisfactorio			Superior			No valorable	Notas Observaciones
	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
Anamnesis											
Exploración física											
Profesionalismo											
Juicio Clínico											
Habilidades comunicativas											
Organización y eficiencia											
Valoración global											

¹ Para más información: <http://scielo.isciii.es/pdf/edu/v12n2/revision.pdf>

Mini-CEX Informe Feed-Back

COMPETENCIAS	A DESTACAR	A MEJORAR
Anamnesis		
Exploración física		
Profesionalismo		
Juicio Clínico		
Habilidades comunicativas		
Organización y eficiencia		
Valoración global		

Puntos a destacar:

Puntos a mejorar:

Valoración global:

Tiempo utilizado para la observación:.....min

Tiempo utilizado para el feed-back:min

Fecha

Firma del Residente

Firma del tutor / observador



SELF- AUDIT ²

Nombre (del Self-Audit)

Fecha (de inicio de su elaboración)

Tema y objetivo (del Self-Audit)

Método:

- Criterios

- ¿Cómo se recogerán los datos?

Resultados

Conclusiones

Comentarios del Tutor (a cada *Self-Audit*)

Fecha:

Firma del Residente:

² Para más información: http://www.scmi.org/docs/tutors/reunio/reunio_tutors_122016-4-selfaudit2.pdf