**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**
**UNIDAD DEL PROGRAMA IMSS-BIENESTAR**

# CÉDULA DE EVALUACIÓN CURRICULAR PARA ENFERMERAS DE BASE EN DOCENCIA CONTINUA Y DOCENCIA

Está cédula deberá estar llenada por el jefe inmediato superior con base en la documentación que presente la interesada.

Por cada constancia, carta o documento que compruebe la asistencia y participación, deberá de anotar en el espacio de la columna de puntaje, el valor de acuerdo al porcentaje asignado del aspecto evaluado, una vez concluido deberá anotar la suma de la calificación total.

El periodo de evaluación es de enero a diciembre del año 2020.

| Aspectos a Evaluar | Valor Esperado | Valor Asignado |
|---|---|---|
| 1.- El año pasado inicio o concluyó estudios de un nivel académico superior al que tiene actualmente (técnico en enfermería, cursos pos-técnicos, licenciatura en enfermería, maestría y doctorado). | 10 | |
| 2.- Realizo y entrego a su Jefe Inmediato la encuesta de necesidades de capacitación. | 10 | |
| 3.- Se mantiene actualizada (o) en conocimientos y habilidades con el proposito de mejorar su desempeño profesional. | 15 | |
| 4.- Recibio capacitación en todo lo relacionado de la pandemia por SARS COV-2. | 10 | |
| 5.- Asistio a capacitación continua en el Hospital Rural o Zona de Servicios Médicos. | 15 | |
| 6.- Asistió a cursos externos de capacitación continua en enfermería:<br>Talleres, seminarios.<br>Congresos.<br>Diplomado.<br>Curso Monográfico. | 10 | |
| 7.- Otorga educación para la promoción a la salud de acuerdo a las necesidades del paciente y lo establecido por la Unidad. | 10 | |

| | | |
|---|---|---|
| 8.- Elabora material didactico para otorgar educación de promoción a la salud (dipticos, tripticos, etec). | 10 | |
| 9.- Cumplimiento del correcto llenado del formato de registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería (HR).<br>Registro de enfermería para el primer nivel de atención (UMR). | 10 | |
| **Calificación Total** | **100** | **0** |

Datos del evaluador

Nombre:_____ Matrícula:_____

Firma:_____