



---

Unidad Docente  
Multiprofesional de  
Salud Mental (UDM-SM)

Región de Murcia.

---

LIBRO BÁSICO  
DEL  
RESIDENTE

SALUD MENTAL

---

PERIODO DE RESIDENCIA:

---

**RESIDENTE:**

**ESPECIALIDAD:**

**HOSPITAL DE REFERENCIA:**

**TUTOR:**

**Elaborado por:** UDM-SM  
**Aprobado por:** Comisión de Docencia del 11 de octubre de 2011  
*1ª edición: mayo de 2015*  
*2ª edición: junio de 2016*  
*3ª edición: junio de 2017*  
*4ª edición: mayo de 2018*  
*5ª edición: marzo de 2019*  
*6ª edición: septiembre 2020*  
*7ª edición: mayo 2021*

## INDICE

<b>1. COMPETENCIAS ASISTENCIALES</b> .....	<b>4</b>
1.1 Plan individualizado de rotaciones (añadir las filas necesarias) .....	4
1.2 Periodos vacacionales, permisos y otras ausencias justificadas.....	5
1.3 Listado de competencias a adquirir en cada rotación y autorreflexión .....	6
1.4 Actividad asistencial .....	10
1.5 Registro de guardias/ atención continuada. ....	23
<b>2. ACTIVIDAD DE EVALUACIÓN FORMATIVA</b> .....	<b>28</b>
2.1 Registro de entrevistas estructuradas con el tutor .....	28
2.2 Registro encuentros de supervisión Atención Primaria (sólo para PIR) .....	29
<b>3. MODELO DE CURRICULUM VITAE DEL RESIDENTE Y AUTOBAREMO</b> .....	<b>31</b>
3.1 FE-R-1 Registro presentación Sesiones Clínicas .....	31
3.2. FE-R-2 Modelo de Curriculum Vitae del Residente .....	32
3.3.-FE-R-3 Modelo: AUTOBAREMO del Residente .....	35
<b>4. EVALUACIONES POR PARTE DEL RESIDENTE</b> .....	<b>38</b>
4.1. FE-REv-1 Primera Evaluación de la acción tutorial por parte del residente .....	38
4.2. FE-REv-2 Evaluación de la acción tutorial por parte del residente.....	39
4.3. FE-REv-3 Evaluación de la rotación por el residente .....	40
4.4. FE-REv-3 Evaluación de la Unidad Docente por parte del residente .....	41
<b>5. ROTACIONES EXTERNAS y/o DE INVESTIGACIÓN DEL RESIDENTE</b> .....	<b>43</b>
5.1. FE-REx-2. Solicitud de autorización a UDM-SM de rotación externa para la formación de especialistas en ciencias de la salud .....	43
5. 2. FE-REx-1 Solicitud Rotación Externa al Órgano competente de nuestra Comunidad Autónoma. ....	45
5.3. FE-REx 3 Criterios elección de centros para rotaciones externas internacionales en la UDMSM Región de Murcia .....	47
5.4. FE-REx-5 Solicitud Rotación por Investigación.....	48
<b>6. Anexos DOCUMENTOS FE DEL RESIDENTE - SOLICITUD DE PERMISOS</b> .....	<b>50</b>
6. 1 FE-RPe-1 Solicitud Permiso a cursos, congresos y Jornadas .....	50
6. 2 FE-RPe-1 Solicitud Permisos y Vacaciones.....	51
<b>7. Anexos DOCUMENTOS FE DE TUTOR/A</b> .....	<b>53</b>
7.1. FE-T-1 Primera Entrevista Tutor/a-Residente.....	53
7.2. FE-T-2: Informe evaluación formativa del residente por tutor/a .....	55
7.3. FE-T-3: Calificación anual del tutor/A- Punto C .....	57
7.4. FE-T-4: Informe Evaluación Anual Tutor/a .....	59
<b>8. Anexo. DOCUMENTOS FE DEL COLABORADOR DOCENTE</b> .....	<b>64</b>
8.1. FE-C-1 Informe Evaluación Rotación Asistencial .....	64
<b>9. Anexo DIRECTORIO DE RECURSOS</b> .....	<b>71</b>

---

COMPETENCIAS  
ASISTENCIALES

---

## 1. COMPETENCIAS ASISTENCIALES

---

# PLAN INDIVIDUALIZADO DE ROTACIONES

---

### 1.1 Plan individualizado de rotaciones (añadir las filas necesarias)

Año de residencia	Servicio/Sección	Periodo	Colaborador docente

---

## PERIODOS VACACIONALES, PERMISOS Y OTRAS AUSENCIAS JUSTIFICADAS

---

### 1.2 Periodos vacacionales, permisos y otras ausencias justificadas

VACACIONES Y PERMISOS	VACACIONES ANUALES	DÍAS DE LIBRE DISPOSICIÓN	ASISTENCIA CURSOS/ CONGRESOS	OTROS
<b>R1</b> (Especificar fechas)				
<b>R2</b> (Especificar fechas)				
<b>R3</b> (Especificar fechas)				
<b>R4</b> (Especificar fechas)				

1

---

Nota: la solicitud de los correspondientes permisos, debidamente autorizadas por el tutor o colaborador docente responsable del residente en cada momento, se presentarán en la secretaría de la Comisión de Docencia con la antelación suficiente, utilizándose el [documento FE-P-01](#) o el [documento FE-P-02](#) según corresponda. Los justificantes de la asistencia a cursos, congresos, etc. deben ser también remitidos a la Comisión de Docencia.

---

## LISTADO DE COMPETENCIAS A ADQUIRIR EN CADA ROTACIÓN Y AUTORREFLEXIÓN

---

### 1.3 Listado de competencias a adquirir en cada rotación y autorreflexión

(Rellenar una ficha por cada rotación. Copiar y pegar cuantas veces sea necesario)

<b>ROTACIÓN</b>	
<b>Fechas de la rotación</b>	
<b>Objetivos de la Rotación</b>	
<b>Nombre y Firma del Tutor/a</b>	
<b>Memoria reflexiva sobre la rotación</b> (máximo dos folios a doble espacio)	
<b>Introducción.</b> Explicar las expectativas del residente al incorporarse a la rotación y otros datos que estime oportuno.	
¿Qué objetivos y competencias he conseguido alcanzar?	
¿Qué me falta por aprender de los objetivos de aprendizaje?	
¿Cómo lo voy a aprender? ¿Qué voy a hacer para aprenderlo? Plan de aprendizaje.	
<b>Impresiones personales, sugerencias, agradecimientos</b>	
<b>Anexos.</b> Puedes incluir todas aquellas sesiones, programas, planes de cuidados, informes que hayas realizado durante la rotación	

<b>ROTACIÓN</b>	
<b>Fechas de la rotación</b>	
<b>Objetivos de la Rotación</b>	
<b>Nombre y Firma del Tutor/a</b>	
<b>Memoria reflexiva sobre la rotación (máximo dos folios a doble espacio)</b>	
<b>Introducción.</b> Explicar las expectativas del residente al incorporarse a la rotación y otros datos que estime oportuno.	
¿Qué objetivos y competencias he conseguido alcanzar?	
¿Qué me falta por aprender de los objetivos de aprendizaje?	
¿Cómo lo voy a aprender? ¿Qué voy a hacer para aprenderlo? Plan de aprendizaje.	
Impresiones personales, sugerencias, agradecimientos	
<b>Anexos.</b> Puedes incluir todas aquellas sesiones, programas, planes de cuidados, informes que hayas realizado durante la rotación	



<b>ROTACIÓN</b>	
<b>Fechas de la rotación</b>	
<b>Objetivos de la Rotación</b>	
<b>Nombre y Firma del Tutor/a</b>	
<b>Memoria reflexiva sobre la rotación (máximo dos folios a doble espacio)</b>	
<b>Introducción.</b> Explicar las expectativas del residente al incorporarse a la rotación y otros datos que estime oportuno.	
¿Qué objetivos y competencias he conseguido alcanzar?	
¿Qué me falta por aprender de los objetivos de aprendizaje?	
¿Cómo lo voy a aprender? ¿Qué voy a hacer para aprenderlo? Plan de aprendizaje.	
Impresiones personales, sugerencias, agradecimientos	
<b>Anexos.</b> Puedes incluir todas aquellas sesiones, programas, planes de cuidados, informes que hayas realizado durante la	

<b>ROTACIÓN</b>	
<b>Fechas de la rotación</b>	
<b>Objetivos de la Rotación</b>	
<b>Nombre y Firma del Tutor/a</b>	
<b>Memoria reflexiva sobre la rotación (máximo dos folios a doble espacio)</b>	
<b>Introducción.</b> Explicar las expectativas del residente al incorporarse a la rotación y otros datos que estime oportuno.	
¿Qué objetivos y competencias he conseguido alcanzar?	
¿Qué me falta por aprender de los objetivos de aprendizaje?	
¿Cómo lo voy a aprender? ¿Qué voy a hacer para aprenderlo? Plan de aprendizaje.	
Impresiones personales, sugerencias, agradecimientos	
<b>Anexos.</b> Puedes incluir todas aquellas sesiones, programas, planes de cuidados, informes que hayas realizado durante la rotación	

---

## ACTIVIDAD ASISTENCIAL

---

### 1.4 Actividad asistencial

(Rellena por cada año lectivo. Sólo rellenar los ítems que se ajusten a la actividad realizada en cada rotación. Añadir las filas necesarias en cada apartado indicando el grado de responsabilidad)

<b>RESIDENTE DE PRIMER AÑO</b>	<b>AÑO: 20 __ - 20__</b>
--------------------------------	--------------------------

#### Primeras entrevistas//Diagnósticos en planta

Centro/ Unidad/Servicio/	Periodo	Número de pacientes vistos(con diagnóstico)	Grado responsabilidad (GR) <sup>2</sup>

#### Consultas de revisión//Consultas en planta

Servicio/ Sección	Periodo	Número de pacientes vistos (con diagnóstico)	GR

#### Intervenciones de Interconsulta y Enlace

Centro/Unidad/Servicio	Periodo	Número de interconsultas/servicio	GR

**Realización de programas de intervención en otras áreas de salud (Neurología, Interna, Unidad de Corta Estancia, Atención Primaria, Oncología, Cardiología, Neumología, Diálisis...)**

Centro/Unidad/Servicio	Periodo	Número de intervenciones/tipo individual(I) o grupal(G)	GR

**Intervenciones exploratorias psicodiagnósticas**

Centro/Unidad/Servicio	Periodo	Número y tipo de prueba administrada	GR

**Intervenciones psicoterapéuticas grupales**

Centro/Unidad/Servicio	Periodo	Número de grupos (motivo)	GR

**Intervenciones psicoterapéuticas familiares**

Centro/Unidad/Servicio	Periodo	Número de familias/ diagnóstico asociado	GR

**Intervenciones psicoterapéuticas a domicilio**

Centro/Unidad/Servicio	Periodo	Número de salidas/paciente	GR

**Intervenciones de coordinación con otros servicios: sanitarios, educativos, sociales y judiciales implicados en la intervención psicoterapéutica**

Centro/Unidad/Servicio	Periodo	Número de intervenciones/pacientes	GR

**Intervención en programas de reinserción en la comunidad o de educación psicosocial**

Centro/Unidad/Servicio	Periodo	Número de pacientes incluidos en programa/tipo de programa	GR

### Intervenciones en situaciones de crisis

Centro/Unidad/Servicio	Periodo	Número de intervenciones/ tipo I o G	GR

### Participación en reuniones de equipo

Centro/Unidad/Servicio	Periodo	Número de reuniones	GR

### Informes de derivación/alta u otros

Centro/Unidad/Servicio	Periodo	Media de informes según tipo	GR

### Otros (especificar)

Servicio/ Sección	Periodo	Número de actividades	GR

Firma del tutor sobre la actividad asistencial reflejada en cada anualidad formativa	Nombre, fecha y firma:

---

#### **G.R.: Grado de responsabilidad.**

El **nivel 1** es el que se corresponde con actividades en las que el especialista en formación simplemente ayuda u observa acciones del personal de plantilla.

El **nivel 2** de responsabilidad posibilita la realización de actividades directamente, pero con la colaboración y bajo la supervisión del colaborador docente.

El **nivel 3** es el que permite al especialista en formación realizar una actividad sin necesidad de una tutela inmediata, es decir, ejecuta y posteriormente informa.

<b>RESIDENTE DE SEGUNDO AÑO</b>	<b>AÑO: 20 __ - 20 __</b>
---------------------------------	---------------------------

**Primeras entrevistas//Diagnósticos en planta**

Centro/ Unidad/Servicio/	Periodo	Número de pacientes vistos(con diagnóstico)	Grado responsabilidad (GR) <sup>2</sup>

**Consultas de revisión//Consultas en planta**

Servicio/ Sección	Periodo	Número de pacientes vistos (con diagnóstico)	GR

**Intervenciones de Interconsulta y Enlace**

Centro/Unidad/Servicio	Periodo	Número de interconsultas/servicio	GR

**Realización de programas de intervención en otras áreas de salud (Neurología, Interna, Unidad de Corta Estancia, Atención Primaria, Oncología, Cardiología, Neumología, Diálisis...)**

Centro/Unidad/Servicio	Periodo	Número de intervenciones/tipo individual(I) o grupal(G)	GR

**Intervenciones exploratorias psicodiagnósticas**

Centro/Unidad/Servicio	Periodo	Número y tipo de prueba administrada	GR

### **Intervenciones psicoterapéuticas grupales**

Centro/Unidad/Servicio	Periodo	Número de grupos (motivo)	GR

### **Intervenciones psicoterapéuticas familiares**

Centro/Unidad/Servicio	Periodo	Número de familias/ diagnóstico asociado	GR

### **Intervenciones psicoterapéuticas a domicilio**

Centro/Unidad/Servicio	Periodo	Número de salidas/paciente	GR

### **Intervenciones de coordinación con otros servicios: sanitarios, educativos, sociales y judiciales implicados en la intervención psicoterapéutica**

Centro/Unidad/Servicio	Periodo	Número de intervenciones/pacientes	GR

### **Intervención en programas de reinserción en la comunidad o de educación psicosocial**

Centro/Unidad/Servicio	Periodo	Número de pacientes incluidos en programa/tipo de programa	GR



### Intervenciones en situaciones de crisis

Centro/Unidad/Servicio	Periodo	Número de intervenciones/ tipo I o G	GR

### Participación en reuniones de equipo

Centro/Unidad/Servicio	Periodo	Número de reuniones	GR

### Informes de derivación/alta u otros

Centro/Unidad/Servicio	Periodo	Media de informes según tipo	GR

### Otros (especificar)

Servicio/ Sección	Periodo	Número de actividades	GR

Firma del tutor sobre la actividad asistencial reflejada en cada anualidad formativa	Nombre, fecha y firma:

3

---

#### **G.R.: Grado de responsabilidad.**

El **nivel 1** es el que se corresponde con actividades en las que el especialista en formación simplemente ayuda u observa acciones del personal de plantilla.

El **nivel 2** de responsabilidad posibilita la realización de actividades directamente, pero con la colaboración y bajo la supervisión del colaborador docente.

El **nivel 3** es el que permite al especialista en formación realizar una actividad sin necesidad de una tutela inmediata, es decir, ejecuta y posteriormente informa.

<b>RESIDENTE DE TERCER AÑO</b>	<b>AÑO: 20 __ - 20__</b>
--------------------------------	--------------------------

**Primeras entrevistas//Diagnósticos en planta**

Centro/ Unidad/Servicio/	Periodo	Número de pacientes vistos(con diagnóstico)	Grado responsabilidad (GR) <sup>2</sup>

**Consultas de revisión//Consultas en planta**

Servicio/ Sección	Periodo	Número de pacientes vistos (con diagnóstico)	GR

**Intervenciones de Interconsulta y Enlace**

Centro/Unidad/Servicio	Periodo	Número de interconsultas/servicio	GR

**Realización de programas de intervención en otras áreas de salud (Neurología, Interna, Unidad de Corta Estancia, Atención Primaria, Oncología, Cardiología, Neumología, Diálisis...)**

Centro/Unidad/Servicio	Periodo	Número de intervenciones/tipo individual(I) o grupal(G)	GR

### **Intervenciones exploratorias psicodiagnósticas**

Centro/Unidad/Servicio	Periodo	Número y tipo de prueba administrada	GR

### **Intervenciones psicoterapéuticas grupales**

Centro/Unidad/Servicio	Periodo	Número de grupos (motivo)	GR

### **Intervenciones psicoterapéuticas familiares**

Centro/Unidad/Servicio	Periodo	Número de familias/ diagnóstico asociado	GR

### **Intervenciones psicoterapéuticas a domicilio**

Centro/Unidad/Servicio	Periodo	Número de salidas/paciente	GR

### **Intervenciones de coordinación con otros servicios: sanitarios, educativos, sociales y judiciales implicados en la intervención psicoterapéutica**

Centro/Unidad/Servicio	Periodo	Número de intervenciones/pacientes	GR

### **Intervención en programas de reinserción en la comunidad o de educación psicosocial**

Centro/Unidad/Servicio	Periodo	Número de pacientes incluidos en programa/tipo de programa	GR

### Intervenciones en situaciones de crisis

Centro/Unidad/Servicio	Periodo	Número de intervenciones/ tipo I o G	GR

### Participación en reuniones de equipo

Centro/Unidad/Servicio	Periodo	Número de reuniones	GR

### Informes de derivación/alta u otros

Centro/Unidad/Servicio	Periodo	Media de informes según tipo	GR

### Otros (especificar)

Servicio/ Sección	Periodo	Número de actividades	GR

Firma del tutor sobre la actividad asistencial reflejada en cada anualidad formativa	Nombre, fecha y firma:

---

#### **G.R.: Grado de responsabilidad.**

El **nivel 1** es el que se corresponde con actividades en las que el especialista en formación simplemente ayuda u observa acciones del personal de plantilla.

El **nivel 2** de responsabilidad posibilita la realización de actividades directamente, pero con la colaboración y bajo la supervisión del colaborador docente.

El **nivel 3** es el que permite al especialista en formación realizar una actividad sin necesidad de una tutela inmediata, es decir, ejecuta y posteriormente informa.

<b>RESIDENTE DE CUARTO AÑO</b>	<b>AÑO: 20 __ - 20__</b>
--------------------------------	--------------------------

**Primeras entrevistas//Diagnósticos en planta**

Centro/ Unidad/Servicio/	Periodo	Número de pacientes vistos(con diagnóstico)	Grado responsabilidad (GR) <sup>2</sup>

**Consultas de revisión//Consultas en planta**

Servicio/ Sección	Periodo	Número de pacientes vistos (con diagnóstico)	GR

**Intervenciones de Interconsulta y Enlace**

Centro/Unidad/Servicio	Periodo	Número de interconsultas/servicio	GR

**Realización de programas de intervención en otras áreas de salud (Neurología, Interna, Unidad de Corta Estancia, Atención Primaria, Oncología, Cardiología, Neumología, Diálisis...)**

Centro/Unidad/Servicio	Periodo	Número de intervenciones/tipo individual(I) o grupal(G)	GR

### **Intervenciones exploratorias psicodiagnósticas**

Centro/Unidad/Servicio	Periodo	Número y tipo de prueba administrada	GR

### **Intervenciones psicoterapéuticas grupales**

Centro/Unidad/Servicio	Periodo	Número de grupos (motivo)	GR

### **Intervenciones psicoterapéuticas familiares**

Centro/Unidad/Servicio	Periodo	Número de familias/ diagnóstico asociado	GR

### **Intervenciones psicoterapéuticas a domicilio**

Centro/Unidad/Servicio	Periodo	Número de salidas/paciente	GR

### **Intervenciones de coordinación con otros servicios: sanitarios, educativos, sociales y judiciales implicados en la intervención psicoterapéutica**

Centro/Unidad/Servicio	Periodo	Número de intervenciones/pacientes	GR

### **Intervención en programas de reinserción en la comunidad o de educación psicosocial**

Centro/Unidad/Servicio	Periodo	Número de pacientes incluidos en programa/tipo de programa	GR

### Intervenciones en situaciones de crisis

Centro/Unidad/Servicio	Periodo	Número de intervenciones/ tipo I o G	GR

### Participación en reuniones de equipo

Centro/Unidad/Servicio	Periodo	Número de reuniones	GR

### Informes de derivación/alta u otros

Centro/Unidad/Servicio	Periodo	Media de informes según tipo	GR

### Otros (especificar)

Servicio/ Sección	Periodo	Número de actividades	GR

Firma del tutor sobre la actividad asistencial reflejada en cada anualidad formativa	Nombre, fecha y firma:

---

#### **G.R.: Grado de responsabilidad.**

El **nivel 1** es el que se corresponde con actividades en las que el especialista en formación simplemente ayuda u observa acciones del personal de plantilla.

El **nivel 2** de responsabilidad posibilita la realización de actividades directamente, pero con la colaboración y bajo la supervisión del colaborador docente.

El **nivel 3** es el que permite al especialista en formación realizar una actividad sin necesidad de una tutela inmediata, es decir, ejecuta y posteriormente informa.

## REGISTRO DE GUARDIAS/ ATENCIÓN CONTINUADA

### 1.5 Registro de guardias/ atención continuada.

**Registro de guardias** (en caso de realizar guardias y/o atención continuada en más de un área o servicio durante un mes repetir la línea de dicho mes especificando las diferentes áreas y/o servicios. En el caso de atención continuada anotar número de horas realizadas. Realizar una ficha por cada anualidad formativa)

	R1		
	ÁREA/PROGRAMA	TOTAL GUARDIAS/ATENCIÓN CONTINUADA	GRADO RESPONSABILIDAD (1-3) <sup>2</sup>
Junio			
Julio			
Agosto			
Septiembre			
Octubre			
Noviembre			
Diciembre			
Enero			
Febrero			
Marzo			
Abril			
Mayo			

6

Grado de responsabilidad. El nivel 1 es el que se corresponde con actividades en las que el especialista en formación simplemente ayuda u observa acciones del personal de plantilla. El nivel de responsabilidad 2 posibilita la realización de actividades directamente, pero con la colaboración y bajo la supervisión del colaborador docente. El nivel 3 es el que permite al especialista en formación realizar una actividad sin necesidad de una tutela inmediata, es decir, ejecuta y posteriormente informa.



	R2		
	ÁREA/PROGRAMA	TOTAL GUARDIAS/ATENCIÓN CONTINUADA	GRADO RESPONSABILIDAD (1-3)
Junio			
Julio			
Agosto			
Septiembre			
Octubre			
Noviembre			
Diciembre			
Enero			
Febrero			
Marzo			
Abril			
Mayo			

7

---

Grado de responsabilidad. El nivel 1 es el que se corresponde con actividades en las que el especialista en formación simplemente ayuda u observa acciones del personal de plantilla. El nivel de responsabilidad 2 posibilita la realización de actividades directamente, pero con la colaboración y bajo la supervisión del colaborador docente. El nivel 3 es el que permite al especialista en formación realizar una actividad sin necesidad de una tutela inmediata, es decir, ejecuta y posteriormente informa.

	R3		
	ÁREA/PROGRAMA	TOTAL GUARDIAS/ATENCIÓN CONTINUADA	GRADO RESPONSABILIDAD (1-3)
Junio			
Julio			
Agosto			
Septiembre			
Octubre			
Noviembre			
Diciembre			
Enero			
Febrero			
Marzo			
Abril			
Mayo			

8

---

Grado de responsabilidad. El nivel 1 es el que se corresponde con actividades en las que el especialista en formación simplemente ayuda u observa acciones del personal de plantilla. El nivel de responsabilidad 2 posibilita la realización de actividades directamente, pero con la colaboración y bajo la supervisión del colaborador docente. El nivel 3 es el que permite al especialista en formación realizar una actividad sin necesidad de una tutela inmediata, es decir, ejecuta y posteriormente informa.

	R4		
	ÁREA/PROGRAMA	TOTAL GUARDIAS/ATENCIÓN CONTINUADA	GRADO RESPONSABILIDAD (1-3)
Junio			
Julio			
Agosto			
Septiembre			
Octubre			
Noviembre			
Diciembre			
Enero			
Febrero			
Marzo			
Abril			
Mayo			

9

---

Grado de responsabilidad. El nivel 1 es el que se corresponde con actividades en las que el especialista en formación simplemente ayuda u observa acciones del personal de plantilla. El nivel de responsabilidad 2 posibilita la realización de actividades directamente, pero con la colaboración y bajo la supervisión del colaborador docente. El nivel 3 es el que permite al especialista en formación realizar una actividad sin necesidad de una tutela inmediata, es decir, ejecuta y posteriormente informa.

---

ACTIVIDADES DE  
EVALUACIÓN FORMATIVA

---

## 2. ACTIVIDAD DE EVALUACIÓN FORMATIVA

### 2.1 Registro de entrevistas estructuradas con el tutor

(Rellenar por cada entrevista realizada con el tutor, mínimo cuatro al año).

Año de residencia	Fecha	Nº de entrevista	Firma Tutor
R1			
R2			
R3			
R4			

## 2.2 Registro encuentros de supervisión Atención Primaria (sólo para PIR)

Nombre y apellidos PIR:

Año residencia:

Colaborador/a Docente SM Adultos para CAP:

CSM/CAP de CD:

Centro de Salud:

### CRONOGRAMA SUPERVISIONES ATENCIÓN PRIMARIA

FECHA (mensual)	FIRMA COLABORADOR/A DOCENTE SM/CAP	OBSERVACIONES
00/00/00		
00/00/00		
00/00/00		
00/00/00		
00/00/00		
00/00/00		
00/00/00		
00/00/00		
00/00/00		
00/00/00		
00/00/00		
00/00/00		
00/00/00		

---

ANEXOS-DOCUMENTOS FE RESIDENTE  
CURRICULUM VITAE Y AUTOBAREMO

---

### 3. MODELO DE CURRICULUM VITAE DEL RESIDENTE Y AUTOBAREMO

#### 3.1 FE-R-1 Registro presentación Sesiones Clínicas

Título:

Autor/a:

Colaborador/a Docente:

Residente de:

1º	2º	3º	4º
----	----	----	----

Lugar de presentación:

Fecha:

Nombre y Apellidos	DNI	Profesión	Firma



### 3.2. FE-R-2 Modelo de Curriculum Vitae del Residente

1. DATOS PERSONALES.
<p><u>Nombre y apellidos:</u> <u>Fecha y lugar de nacimiento:</u> <u>Profesión y especialidad:</u> <u>Domicilio:</u> <u>Teléfono:</u> <u>E-mail:</u></p>
2. FORMACIÓN ACADÉMICA
<p><b>2.1. Expediente Académico de la Licenciatura/Diplomatura</b> Ej: Estudios de licenciatura en Medicina y Cirugía en la Facultad de Medicina y Cirugía de la Universidad de Murcia durante los cursos académicos 1995-2001, obteniendo las siguientes calificaciones: M. de honor : ___ Sobresalientes: ___ Notables: ___ Aprobados: ___</p>
<p><b>2.3. Médico - Psicólogo/a Clínico/a - Enfermero/a Residente de Salud Mental</b> Ej.: Departamento: Unidad docente multiprofesional de Salud Mental Fecha de comienzo: __/__/__ Acceso a la plaza: Convocatoria MIR/PIR/EIR ____. Nº plaza: __</p>
<p><b>2.4. Curso Monográfico del doctorado</b> Universidad: _____ Departamento: _____ Programa del Doctorado: _____ Bienio: _____ Cursos: _____ Asignaturas, créditos y notas: _____ Suficiencia investigadora: _____</p>
3. FORMACIÓN ASISTENCIAL Y CLÍNICA
<p><b>3.1. Residente de Salud Mental</b> Ej: Departamento: Unidad docente multiprofesional de Salud Mental de la Región de Murcia Coordinador de la unidad docente: Fernando Navarro Mateu -Hospital _____. Murcia. S<sup>o</sup> de Psiquiatría Fecha: Del 28 Junio 2002 al 28 Febrero 2003.</p>

**4. FORMACIÓN DOCENTE**

**4.1. Asistencia a Cursos, Talleres, Sesiones y Ponencias (Añadir todas las líneas necesarias)**

Denominación Curso / Taller	Entidad organizadora	Lugar de Realización y Fechas

Sesión / Ponencia	Duración	Curso/Taller y Entidad Organiz.	Lugar y Fechas

**4.2. Presentación de Ponencias en Cursos y/o Talleres**

Sesión / Ponencia	Duración	Curso/Taller y Entidad Organiz.	Lugar y Fechas

**4.3. Presentación Sesiones clínicas o bibliográficas**

**Como Primer autor**

Título*	Autores	C. Docente y Centro de Ref	Lugar de Presentación	Fechas

\* Se deben acompañar de Documento de registro de presentación de Sesiones Clínicas (Doc. FE-E-13)

**Como Segundo autor o posteriores**

Título	Autores	C. Docente y Centro de Ref	Lugar de Presentación	Fechas

**5. ACTIVIDAD INVESTIGADORA**

**5.1. Pósters y comunicaciones****Como Primer autor**

Titulo	Autores	C. Docente y Centro de Ref	Lugar de Presentación	Fechas

**Como Segundo autor o posteriores**

Titulo	Autores	C. Docente y Centro de Ref	Lugar de Presentación	Fechas

**5.2. Publicaciones**

*Indicar la referencia bibliográfica, especificando ISBN. No serán válidas las autopublicaciones, en las que autor y editor son la misma persona.*

**5.3. Proyectos de investigación y/o participación en proyectos de equipos de investigación consolidados\***

*\*(se deberá aportar documento acreditativo firmado por investigador senior)*

**6. OTROS MÉRITOS**

Ej: -Informática: Conocimientos a nivel usuario de Windows, Office 2003 y navegadores de Internet  
-Idiomas: Nivel alto inglés hablado y escrito. 4º curso de la Escuela Oficial de Idiomas.

### 3.3.-FE-R-3 Modelo: AUTOBAREMO del Residente

#### FICHA DE AUTOEVALUACIÓN DOCENTE E INVESTIGADORA DEL RESIDENTE PARA SU EVALUACIÓN ANUAL

(Acompañarla de fotocopias demostrativas cuando se requiera)

Apellidos y nombre: \_\_\_\_\_ NIF \_\_\_\_\_

Especialidad: \_\_\_\_\_ Residente de \_\_\_\_\_ año

Periodo evaluado \_\_\_\_\_

Apartado	Valoración			Número	Puntuación
	Rango	Primer autor	2º o post autor		
<b>Publicaciones</b>	En revistas de Nivel <b>Internacional</b> Libro (indicar ISBN / Autor y Editor deben ser distintos)	0.3	0.075		
	En revistas de Nivel <b>Nacional</b> Capítulo de Libro (indicar ISBN / Autor ≠ Editor)	0.2	0.05		
	En revistas de Nivel <b>Autonómico</b>	0.1	0.025		
<b>Comunicación Oral</b>	Nivel <b>Internacional</b>	0.2	0.05		
	Nivel <b>Nacional</b>	0.1	0.025		
	Nivel <b>Autonómico</b>	0.05	0.0125		
<b>Póster</b>	Nivel <b>Internacional</b>	0.1	0.025		
	Nivel <b>Nacional</b>	0.05	0.0125		
	Nivel <b>Autonómico</b>	0.02	0.005		
Apartado	Valoración		Número	Puntuación	
	Rango	Puntuación			
<b>Asistencia Curso / Taller</b>	Propios de la Unidad Docente Multiprofesional / PTCR	0.1 c/ 10 h			
	Externos a la Unidad Docente Multiprofesional (mínimo 10 horas)	0.02 c/10 h			
<b>Ponente Curso / Taller</b>	Ponente de un mínimo de 2 horas	0.1 c/2 h.			
	Curso/Taller del que se acredite especial complejidad (mínimo 2 horas)	0.2 c/2 h		Hasta 0.2 ptos	
<b>Ponente en sesiones</b>	En Unidad / Servicio por donde rota o bien En Unidad Docente Multiprofesional	0.01			
	A nivel General / Hospitalario	0.02			
<b>Participación en proyectos de investigación</b>	Particip. en proyectos de equipos de investig. consolidados (doc. acredit firmado por investig. senior)	0.05/año	años		
	Presentación de proyecto de investigación	0.075	SI/NO		
	Presentación de resultados de proyecto de investigación	0.125	SI/NO		
<b>PUNTUACIÓN TOTAL OBTENIDA</b>					

Murcia, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Fdo.: El Residente: \_\_\_\_\_

Al final de cada año de residencia, entregar al tutor antes de la evaluación anual.

---

**ANEXOS- DOCUMENTOS FE RESIDENTE  
EVALUACIONES POR PARTE DEL /LA RESIDENTE**

---

#### 4. EVALUACIONES POR PARTE DEL RESIDENTE

##### 4.1. FE-REv-1 Primera Evaluación de la acción tutorial por parte del residente

Nombre:

Residente.....NIF.....

Especialidad.....Año Residencia.....

Año académico..... Fecha.....

Nombre del tutor/a.....

**No olvide que los datos recogidos servirán para la valoración de la acción tutorial, por lo que ayudará para tomar decisiones encaminadas a la mejora de la docencia del residente. Valore de 1 a 4 en qué medida está de acuerdo con las siguientes afirmaciones.**

**1 = Muy en desacuerdo 2=En desacuerdo 3=De acuerdo 4= Muy de acuerdo**

Aspectos a evaluar	Valor
1. Establezco relación con mi tutor en el primer mes de residencia	
2. Mi tutor y yo trabajamos conjuntamente mi adaptación del Plan Individual del Residente	
3. Establecemos un cronograma de encuentros-entrevistas formativas para el año	
4. Mi tutor facilita vías de comunicación alternativas (teléfonos, correos, lugar, horarios y días...)	

Sugerencias de mejora:

---

---

---

---

\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_  
Firma:

#### 4.2. FE-REv-2 Evaluación de la acción tutorial por parte del residente

Nombre del Residente:.....NIF.....

Especialidad ..... Año Residencia..... Año académico.....

Fecha.....Nombre tutor/a.....

No olvide que los datos recogidos servirán para la valoración de la acción tutorial, por lo que ayudará para tomar decisiones encaminadas a la mejora de la docencia del residente. Valore de 1 a 4 en qué medida está de acuerdo con las siguientes afirmaciones.

**1 = Muy en desacuerdo 2=En desacuerdo 3=De acuerdo 4= Muy de acuerdo**

Aspectos a evaluar	Valor
1. Revisa en cada encuentro mi plan individual de formación	
2. Utiliza el programa de mi especialidad para hacer las revisiones de mi rotación	
3. Cumple el cronograma previsto de encuentros o entrevistas formativas tutor-residente	
4. Facilita vías de comunicación alternativas (teléfonos, correos, lugar, horarios y días...)	
5. Revisa tu libro del residente	
6. Mantiene el contacto oportuno con los colaboradores docentes por donde realizo mis rotaciones.	
7. Plantea como mejorar mi desarrollo formativo, detectando oportunidades de mejora	
8. Se asegura de una adecuada supervisión y asunción progresiva de mis responsabilidades.	
9. Se interesa y facilita mi formación en áreas no asistenciales: programa teórico complementario (miércoles docente, PTCR), sesiones clínicas...	
10. Para resolver problemas y cuando el aprendizaje me resulta difícil, me ofrece ayuda con alternativas y se interesa en que se resuelvan..	
11. Estimula la participación en actividades de investigación.	
12. Mis expectativas sobre la tutoría se han cumplido	
13. Valoración global de la acción tutorial	
14. ¿Consideras que la organización del servicio facilita un tiempo específico a tu tutor para la acción tutorial?	

Escribe en el dorso si desea hacer alguna sugerencia de mejora

\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Firma:



**4.3. FE-REv-3 Evaluación de la rotación por el residente**

Nombre.....NIF.....

Especialidad (\*).....Año Residencia (\*).....

Unidad Asistencial por la que rotó (\*).....

Periodo de rotación evaluado (\*).....

Nombre del tutor/a (\*).....

Nombre del Colaborador Docente (\*).....

**(\*) Este campo es obligatorio rellenarlo**

Recuerde que esta encuesta y sus resultados individuales son confidenciales. No olvide que los datos recogidos servirán para la valoración de los rotatorios, por lo que servirá par tomar decisiones encaminadas a la mejora de la docencia del residente. Valore de 1 a 4 los aspectos evaluados. Señale con una NA si no es aplicable.

**1 = Muy en desacuerdo 2=En desacuerdo 3= De acuerdo 4= Muy de acuerdo NA=No aplicable**

Aspectos a evaluar	Valor
1. El tiempo de permanencia en el servicio ha sido adecuado	
2. Las actividades asistenciales realizadas se corresponden con los objetivos de mi formación	
3. Los recursos que ha podido utilizar han sido adecuados a su formación	
4. La dedicación y supervisión recibida durante la rotación por su colaborador docente ha sido adecuada	
5. El manejo clínico del paciente en este rotatorio ha sido adecuado	
6. He recibido la ayuda adecuada por parte del personal del servicio	
7. Las actividades formativas del servicio han sido conforme a las expectativas	
8. La integración en la dinámica del servicio, me ha resultado muy sencilla	
9. Mis expectativas como residente en formación se han cumplido	
10. Valore de forma global el interés que para Vd. ha tenido esta rotación	

Escriba en el dorso si desea hacer algún comentario.

\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Firma:

#### 4.4. FE-REv-3 Evaluación de la Unidad Docente por parte del residente

Nombre.....NIF.....

Especialidad (\*).....Año Residencia (\*).....

(\*) **Este campo es obligatorio rellenarlo.** Recuerde que esta encuesta y sus resultados individuales son confidenciales. No olvide que los datos recogidos servirán para la valoración de los rotatorios, por lo que servirá para tomar decisiones encaminadas a la mejora de la docencia. Valore de 1 a 4 los aspectos evaluados. Señale con una NA si no es aplicable.

**1 = Muy en desacuerdo, 2= En desacuerdo, 3= De acuerdo, 4= Muy de acuerdo, NA = No aplicable**

Aspectos a evaluar	Valor
1. Me ha sido <b>fácil acceder</b> a los responsables de la UDM-SM	
2. La <b>información aportada</b> por la UDM-SM ha sido adecuada.	
3. La <b>planificación de la formación</b> de la residencia por parte de la UDM-SM es correcta.	
4. La <b>programación individualizada</b> de mi formación ha sido realizada.	
5. He sido <b>atendido</b> ante cualquier dificultad o duda	
6. La UDM-SM ha creado un <b>buen ambiente y motivador</b>	
7. Mis <b>expectativas</b> de una Unidad Docente se han visto realizadas	
8. Valoro positivamente de <b>forma global</b> la UDM-SM	
9. Aconsejaría a otro residente hacer la especialidad en esta Unidad Docente	
10. El programa formativo complementario (miércoles docente y otros) me ha parecido completo. Por favor, añade tus sugerencias al programa (qué añadirías, modificaría y/o quitarías)	
Otras propuestas, comentarios, sugerencias....	

\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Firma:

---

**ANEXOS- DOCUMENTOS FE RESIDENTE**  
**ROTACIONES EXTERNAS Y/O DE INVESTIGACIÓN DEL /LA RESIDENTE**

---

## 5. ROTACIONES EXTERNAS y/o DE INVESTIGACIÓN DEL RESIDENTE

### 5.1. FE-REx-2. Solicitud de autorización a UDM-SM de rotación externa para la formación de especialistas en ciencias de la salud

Centro/Unidad docente	
-----------------------	--

Residente

Nombre y apellidos	
DNI	
Titulación	
Especialidad	
Año de residencia	

Tutor/a

Nombre y apellidos	
Servicio / Dispositivo	

Centro de Destino

Centro / Unidad docente	
Servicio / Dispositivo	
Dirección	
Localidad	
Periodo de rotación	
Responsable rotación	

Visto Bueno Jefe de Servicio / Supervisor de Enfermería de Hospital de Referencia

No interferencia con programación de guardias ni con otras necesidades del Servicio

, a                      de                      de
Firma Jefe de Servicio / Supervisor de Enfermería

<b>Justificación y Pertinencia de la Rotación Externa solicitada (con desarrollo de los siguientes puntos)</b> (máximo dos folios)	
Justificación para rotar en dicho recurso asistencial (y no en recurso similar a nivel regional o nacional, en el caso de rotaciones en extranjero).	
Pertinencia de la rotación en concordancia con Líneas Estratégicas de Salud Mental de la Región de Murcia.	
Nivel científico-técnico del recurso/programa asistencial (aportar documentos/publicaciones científicas en últimos 5 años, que permita evaluar el nivel científico-docente del recurso solicitado).	
<b>Aplicabilidad de conocimientos adquiridos a programas de Salud Mental de la Región de Murcia</b>	
<b>Informe con estimación objetiva de gastos totales de desplazamientos</b> (Aportar Documentos de Propuesta/Preforma de Gastos)	
<input type="checkbox"/>	Compromiso de trasladar la experiencia y conocimientos adquiridos en la rotación, mediante la presentación de una memoria y una sesión clínica, al menos, tras la rotación.

Firma Residente

Firma Tutor

5. 2. FE-REx-1 Solicitud Rotación Externa al Órgano competente de nuestra Comunidad Autónoma.

<http://www.murciasalud.es/fse.php?iddoc=192536&idsec=4494>



Región de Murcia  
Consejería de Sanidad

Borrar todo

Imprimir



**SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE ROTACIÓN EXTERNA  
PARA LA FORMACIÓN DE ESPECIALISTAS EN CIENCIAS DE LA SALUD**

Centro/Unidad docente

**Residente**

Nombre y apellidos	<input type="text" value="NOMBRE Y APELLIDOS RESIDENTE"/>
DNI	<input type="text" value="NIF"/>
Titulación	<input type="text" value="SELECCIONE TITULACIÓN RESIDENTE"/>
Especialidad	<input type="text" value="SELECCIONE ESPECIALIDAD RESIDENTE"/>
Año de residencia	<input type="text" value="SELECCIONE AÑO DE RESIDENCIA"/>

**Tutor/a**

Nombre y apellidos	<input type="text" value="NOMBRE Y APELLIDOS TUTORIA"/>
Servicio / Dispositivo	<input type="text" value="SERVICIO O DISPOSITIVO TUTORIA"/>

**Centro de destino**

Centro / Unidad docente	<input type="text" value="CUMPLIMENTE O SELECCIONE EL CENTRO / UNIDAD DOCENTE DE DESTINO"/>
Servicio / Dispositivo	<input type="text" value="SERVICIO O DISPOSITIVO DEL CENTRO DE DESTINO"/>
Dirección	<input type="text" value="DIRECCIÓN DEL CENTRO DE DESTINO"/>
Localidad	<input type="text" value="LOCALIDAD DEL CENTRO DE DESTINO"/>
Periodo de rotación	<input type="text" value="PERIODO DE ROTACIÓN EN EL CENTRO DE DESTINO"/>
Responsable rotación	<input type="text" value="RESPONSABLE DE ROTACIÓN EN EL CENTRO DE DESTINO"/>

**Objetivos docentes**

*Ampliación de conocimientos o aprendizaje de técnicas no practicadas en el centro o unidad y que, según el programa de formación, son necesarias o complementarias del mismo*

Detallar aquí. No adjuntar documentos. Max. 1000 caracteres.

<input type="text" value="LOCALIDAD"/> , a <input type="text" value="DÍA"/> de <input type="text" value="MES"/> de <input type="text" value="AÑO"/>	
Firma Residente	Firma Tutor/a
<input type="text" value="NOMBRE Y APELLIDOS RESIDENTE"/>	



### Compromiso de abono

- Continuar abonando al/a la residente la totalidad de sus retribuciones, incluidas las que se deriven de la atención continuada que realice durante la rotación externa.
- Abonar los gastos de desplazamiento de acuerdo con las normas que resulten de aplicación

LOCALIDAD	DÍA	MES	AÑO	
Firma Gerente/a o Responsable				
NOMBRE Y APELLIDOS GERENTE/A O RESPONSABLE				

### Informe de la Comisión de Docencia

- La Comisión de Docencia informa favorablemente la propuesta del/de la tutor/a, y solicita la autorización de la misma.
- Se adjunta el informe favorable de la Comisión de Docencia de destino.

LOCALIDAD	DÍA	MES	AÑO	
Firma Presidente/a Comisión de Docencia				
NOMBRE Y APELLIDOS PRESIDENTE/A DE LA CD				

### 5.3. FE-REx 3 Criterios elección de centros para rotaciones externas internacionales en la UDMSM Región de Murcia

- **Pertinencia de la rotación:** en relación a la implantación o desarrollo de programas estratégicos a propuesta de la Gerencia de Salud Mental (consultar con UDM-SM);

y/o

- **Nivel científico-técnico del recurso/programa asistencial:** Se valorará el número de publicaciones en revistas científicas indexadas en repertorios bibliográficos internacionales en los últimos 5 años, incluyendo su factor de impacto (un mínimo de 5 en revistas de cuartiles Q1 y Q2).

***Páginas en las que se puede consultar el factor de impacto / cuartil de la revista***

- <https://www.scimagojr.com/>
- <http://www.journal-scholar-metrics.infoec3.es/layout.php?id=home>
- <https://redib.org/recursos/Ranking/Revistas?&lng=es>
- <https://web.archive.org/web/20140713064650/http://ec3.ugr.es/in-recs/>
- [http://www.index-f.com/cuiden\\_cit/citacion.php](http://www.index-f.com/cuiden_cit/citacion.php)

***La solicitud se debe acompañar de una captura de pantalla de la Q/Factor de impacto de la revista, en el año en que se publicó el artículo incluido***

*(Aprobado en Comisión Docente Multiprofesional de Salud Mental celebrada el día 11/12/2018)*



**5.4. FE-REx-5 Solicitud Rotación por Investigación.**

Sr/Sra. \_\_\_\_\_

**EXPONGO:**

Que participo en el proyecto de investigación titulado..... en calidad de (subrayar lo que proceda) (investigador principal o investigador colaborador).

Que acepto las siguientes condiciones:

- Se enviarán informes a la UDM-SM, con una periodicidad a pactar según la duración del período solicitado y del proyecto de investigación, así como un informe final con la valoración de los objetivos cumplidos. Estos informes serán visados y firmados por el director de la Tesis Doctoral o el responsable del proyecto;
- Se presentará el proyecto y/o los resultados del mismo en el formato que se considere (sesión clínica, bibliográfica...) en mi centro de trabajo y/o en la UDM-SM;
- Se enviará al RICSMUR (Repositorio Institucional de Ciencias de la Salud de la Región de Murcia) en el formato requerido (Orden 11582, BORM, nº171, 25 de julio de 2012)).
- El período de tiempo solicitado se computará entre los períodos correspondientes a las rotaciones externas y/o de área específica según se considere, siendo necesaria una adecuada reorganización del resto de rotaciones pendientes.

**SOLICITO: Que me sea concedido una rotación específica de investigación durante el periodo \_\_/\_\_/20\_\_ a \_\_/\_\_/20\_\_ (hasta un máximo de 3 meses)**

- Se adjuntan los siguientes documentos:
  - i. Proyecto de investigación, donde se explicitará el cronograma de actividades previstas, con el formato establecido;
  - ii. Fotocopia de la aprobación por el Comité de Ética de Investigación (CEI), si procede;
  - iii. Informe del investigador principal (IP) o del director/es del proyecto/Tesis Doctoral justificando la necesidad de solicitar el tiempo específico durante la jornada laboral; y
  - iv. Informe con los objetivos a cumplir en el período solicitado, supervisor del período y centro al que solicita que se le asigne.

**MURCIA, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_**

<b>Firmado</b>	<b>V º. B º.</b>	<b>V º. B º.</b>
<b>Interesado</b>	<b>Tutor</b>	<b>Director proyecto/Tesis Doctoral</b>



---

**ANEXOS- DOCUMENTOS FE RESIDENTE  
SOLICITUD DE PERMISOS**

---

## 6. Anexos DOCUMENTOS FE DEL RESIDENTE - SOLICITUD DE PERMISOS

### 6. 1 FE-RPe-1 Solicitud Permiso a cursos, congresos y Jornadas

 <b>Unidad Docente Multiprofesional de Salud Mental (UDM-SM)</b> 		
<p><b>Residente de:</b></p> <p><b>Apellidos y nombre:</b></p> <p><b>DNI:</b></p> <p><b>Tutor:</b></p> <p><b>Recurso asistencial por el que se está rotando:</b></p> <p><b>Colaborador Docente:</b></p> <p><b>Nombre del Curso, Congreso o Jornadas:</b></p> <p><b>Lugar y Fecha:</b></p> <p><b>Título de la Comunicación o Ponencia (si procede):</b></p> <p><b>Nº de asistencias a congresos y jornadas durante el año de residencia</b></p>		
<b>Informe del tutor/a</b>  <b>Fecha y firma</b>	<b>Autorización del Colaborador/a Docente</b>  <b>Fecha y firma</b>	<b>Autorización del Coordinador/Responsable de centro o Jefe de Servicio</b>  <b>Fecha y firma</b>
<b>VºB por el Presidente de la Subcomisión de la Especialidad y/o Jefe de Estudios</b>		<b>Sello de UDM-SM</b>

**SOLICITUD DE LICENCIA O PERMISO**

DATOS A CUMPLIMENTAR POR EL INTERESADO

<b>1. DATOS PERSONALES</b>	
NOMBRE Y APELLIDOS	N.I.F.
<b>2. FECHAS</b>	Nº DÍAS: Año de cargo__
<b>3. MOTIVO</b>	
<input type="checkbox"/> VACACIONES	<input type="checkbox"/> DIAS LIBRE DISPOSICIÓN
<input type="checkbox"/> OLVIDO FICHAJE	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS SISTEMA DE FICHAJE
<input type="checkbox"/> CURSO FORMACIÓN 100% (EXTERNOS UDM)	<input type="checkbox"/> ASISTENCIA JORNADAS / CONGRESOS
<input type="checkbox"/> IMPARTICIÓN DE CURSOS	<input type="checkbox"/> EXAMEN Y PRUEBAS DE APTITUD
<input type="checkbox"/> ROTACIONES EXTERNAS	<input type="checkbox"/> PERMISO DE MATRIMONIO
<input type="checkbox"/> MATERNIDAD O PATERNIDAD	<input type="checkbox"/> LACTANCIA
<input type="checkbox"/> TRASLADO DE DOMICILIO	<input type="checkbox"/> ENFERMEDAD (INASISTENCIA / SALIDA)
<input type="checkbox"/> FALLEC. FAMILIAR O ENFERM. GRAVE	<input type="checkbox"/> DEBER INEXCUSABLE
<input type="checkbox"/> REDUCCIÓN DE JORNADA	<input type="checkbox"/> COMPENSACIÓN HORARIA
<input type="checkbox"/> COMISIÓN DE SERVICIOS	<input type="checkbox"/> TELETRABAJO
<input type="checkbox"/> GESTIÓN OBLIGADA. Nº HORAS: _____	<input type="checkbox"/> GESTIÓN PRIVADA
<input type="checkbox"/> OTROS, DETALLAR: _____	
<b>4. JUSTIFICANTES (Adjuntar)</b>	El Palmar, a de de 20
<input type="checkbox"/> NO (Vacaciones / Libre Disposición)	Fdo. __
<input type="checkbox"/> SI (Resto de Motivos)	
<b>VALIDADO COLABORADOR DOCENTE / TUTOR</b>	<b>VºBº JEFE DE ESTUDIOS / RESPONSABLE PROGRAMA FORMATIVO</b>
Observaciones	
Fdo. _____	El Palmar, a de de 20__

---

**ANEXOS- DOCUMENTOS FE DE TUTOR/A**

---

## 7. Anexos DOCUMENTOS FE DE TUTOR/A

### 7.1. FE-T-1 Primera Entrevista Tutor/a-Residente

Guía orientativa para la primera entrevista tutor/A -residente (preferentemente en la primera semana de residencia)

#### ▪ OBJETIVOS:

- Establecer pautas de relación tutor-residente. Clarificación de roles.
- Explorar el estado competencial del residente
- Clarificar las expectativas del residente con respecto a su periodo de formación
- Valorar las competencias del programa en el primer año que tiene que alcanzar el residente y su adaptación a la red de recursos regionales.
- Negociación, concreción de las competencias para el residente.
- Valorar las competencias a desarrollar y tareas mediante las que se van a conseguir.

TUTOR/A	
Nombre y apellidos:	
Especialidad: (1) Psiquiatría (2) Psicología Clínica (3) Enfermería SM	
Centro:	
RESIDENTE	
Nombre y apellidos:	
Fecha reunión:	
DATOS INFORME	
SUGERENCIAS	
Favorecer un encuentro cordial	
Es muy importante crear un clima de confianza entre tutor-residente en la primera entrevista, especialmente para residentes que hayan requerido cambio de domicilio.	
Como forma de iniciar la entrevista se sugiere explorar aspectos personales como los siguientes	
1.- Edad	
2.- Procedencia (si es de fuera es importante ver cómo se ha organizado la vida aquí)	
3.- Motivación para la elección de la especialidad y expectativas de la residencia	
4.- Experiencia profesional	

<b>5.- Situación personal/familiar</b>
<b>6.- Aficiones/ Tiempo libre</b>
<b>7.- ¿Qué sabe acerca de ....?</b>
<ol style="list-style-type: none"><li>1. <i>Habilidades de comunicación para el manejo de entrevistas y el desarrollo de una relación terapéutica empática.</i></li> <li>2. <i>Habilidades para la evaluación y diagnóstico, y el abordaje terapéutico.</i></li> <li>3. <i>Conocimientos de salud mental basados en la evidencia.</i></li> <li>4. <i>La red de recursos socio-sanitarios del área y de la región.</i></li> <li>5. <i>Valores, actitudes y ética profesional.</i></li></ol>
<b>8.- Otras Observaciones</b>

**Firma:**

**Fecha Informe:**

7.2. FE-T-2: Informe evaluación formativa del residente por tutor/a

TUTOR/A	
Nombre y apellidos:	
Especialidad: (1) Psiquiatría (2) Psicología Clínica (3) Enfermería SM	
Centro:	
RESIDENTE	
Nombre y apellidos:	
Especialidad: (1) Psiquiatría (2) Psicología Clínica (3) Enfermería SM	
Año Residencia: (1)R1 (2)R2 (3)R3 (4)R4	
DATOS INFORME	Fecha reunión*:

\* Se deben realizar al menos 4 reuniones Tutor-Residente al año.

DIMENSIONES	1 (Muy por debajo de lo esperado)	2 (Por debajo de lo esperado)	3 (Aceptable)	4 (Por encima de lo esperado)	5 (Muy por encima de lo esperado)
1.- Motivación con la especialidad:					
Observaciones:					
2.- Supervisión en Rotación Asistencial Adecuada:					
Observaciones:					
3.- Asunción Progresiva de Responsabilidades:					
Observaciones:					
4.- Cumplimenta Libro del Residente:					
Observaciones:					
5.- Dificultades en el Aprendizaje:					
Observaciones:					



<b>6.- Adaptación a la Dinámica del Equipo:</b>					
<b>Observaciones:</b>					
<b>7.- Implicación en su Formación:</b>					
<b>Observaciones:</b>					
<b>8.- Guardias/Urgencias/Atención Continuada:</b>					
<b>Observaciones:</b>					
<b>9.- Nivel de satisfacción general:</b>					
<b>10.- Otras Observaciones (continúa detrás):</b>					

**Firma:**

**Fecha Informe:**

### 7.3. FE-T-3: Calificación anual del tutor/A- Punto C

Nombre residente	
Especialidad:	
Periodo de residencia	
Nombre del tutor/a	

La información contenida en el presente documento, corresponde al **apartado C** del **“INFORME DE EVALUACIÓN ANUAL DEL TUTOR”**, que también recoge la evaluación de las rotaciones (ap. A) y las actividades complementarias (ap. B) durante el año de residencia

#### **CALIFICACIÓN ANUAL DEL TUTOR/A**

##### **Objetivos anuales a valorar por el tutor/a:**

Objetivos	Insuficiente	Bueno	Excelente	N.E
Asistencia a actividades de los centros / unidades / servicios				
Consecución de objetivos de rotaciones realizadas				
Adaptación a dinámica y trabajo en equipo				
Aprovechamiento de adquisiciones de conocimientos de miércoles docentes				
Cumplimentación de libro del residente				
Grado de conocimiento del programa e implicación en su formación				
Capacidad de autoaprendizaje y empleo de metodología científica				
Presentación de sesiones clínicas y bibliográficas				
Presentación de comunicaciones/ póster en congresos)				
Autor de publicaciones (revistas científicas, capítulos libros o libros científicos)				
Asunción progresiva de responsabilidades				
Guardias/Urgencias/Atención Continuada				

*N.E.: No evaluable*

<b>ORIENTACION PARA LA CALIFICACIÓN DEL TUTOR (25%):</b>	
<b>Cuantitativa (1-10)</b>	<b>Cualitativa</b>
<b>1-2</b>	<b>Muy insuficiente.</b> Lejos de alcanzar los objetivos anuales. Deben indicarse áreas de mejora en el apartado correspondiente.
<b>3-4</b>	<b>Insuficiente.</b> No alcanza todos los objetivos anuales, pero podrían alcanzarse con un periodo complementario de formación. Deben proponerse áreas de mejora en el apartado correspondiente y sugerir la duración del periodo complementario.
<b>5</b>	<b>Suficiente.</b> Alcanza los objetivos anuales
<b>6-7</b>	<b>Bueno.</b> Alcanza los objetivos anuales, demostrando un nivel superior en algunos de ellos
<b>8-9</b>	<b>Muy bueno.</b> Domina todos los objetivos anuales.
<b>10</b>	<b>Excelente.</b> Muy alto nivel de desempeño durante el año formativo. Sólo alcanzan esta calificación un número limitado de residentes. Se valorará de acuerdo con la experiencia del tutor con los resultados de la promoción o con otras promociones anteriores de residentes, calificados como muy bueno.

**En función de objetivos anuales alcanzados y siguiendo orientación para la calificación del tutor, cumplimentar:**

**COMENTARIOS Y OBSERVACIONES:**

**CUALIFICACIÓN CUANTITATIVA DEL TUTOR/A (25% de calificación Global):**

**Firma y Sello**

7.4. FE-T-4: Informe Evaluación Anual Tutor/a

<b>NOMBRE Y APELLIDOS:</b>		<b>DNI/PASAPORTE:</b>	
<b>CENTRO DOCENTE:</b> UNIDAD DOCENTE MULTIPROFESIONAL DE SALUD MENTAL DE REGIÓN DE MURCIA			
<b>TITULACIÓN:</b>		<b>ESPECIALIDAD:</b>	
		<b>AÑO RESIDENCIA:</b>	R
<b>TUTOR/A:</b>			
<b>VACACIONES REGLAMENTARIAS:</b>			
<b>PERIODOS DE SUSPENSIÓN DEL CONTRATO:</b> Cuando la suma de los periodos de suspensión de contrato sea mayor del 25% de la jornada anual, implicará la propuesta de una "Evaluación anual negativa recuperable".			

**A. ROTACIONES (incluidas rotaciones externas autorizadas por la Comunidad Autónoma):**

CONTENIDO	UNIDAD	CENTRO	DURACIÓN (meses)	CALIFICACIÓN DE LA ROTACIÓN	PONDERACIÓN
					0,00
					0,00
					0,00
					0,00
					0,00
					0,00
<b>MESES ROTACIONES =</b>	<b>11</b>	<b>CALIFICACIÓN TOTAL DE LAS ROTACIONES</b>			<b>0,00</b>

**B. ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS, si se han establecido por el Comité de evaluación:**

TIPO	NIVEL	DENOMINACIÓN/REFERENCIA	DURACIÓN	CALIFICACIÓN (0,01 a 0,3)
		<b>CALIFICACIÓN TOTAL DE LAS ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS</b>		<b>0</b>

**C. CALIFICACIÓN ANUAL DEL TUTOR/A**

<b>COMENTARIOS:</b>				
<b>CALIFICACIÓN CUANTITATIVA DEL TUTOR</b>				
<b>CALIFICACIÓN GLOBAL ANUAL DEL RESIDENTE (65% A + 10% B+ 25% C):</b>				<b>0,00</b>
<b>A =</b>		<b>B =</b>		<b>C =</b>

Fecha y firma del TUTOR	
-------------------------	--

## **INSTRUCCIONES DEL INFORME DE EVALUACIÓN ANUAL DEL TUTOR/A**

La Calificación Global Anual del Residente incluirá la ponderación de los informes de rotaciones, actividades complementarias y la calificación del tutor, basada en sus conclusiones de la evaluación formativa del periodo anual (entrevistas trimestrales y libro del residente) y, excepcionalmente, de informes de jefes asistenciales que puedan requerirse.

**Una evaluación negativa de los ítems del apartado A del Informe de evaluación de rotación, conllevará necesariamente una propuesta de evaluación negativa por insuficiente aprendizaje (recuperable o no). La evaluación negativa de los ítems del apartado B del Informe de evaluación de rotación puede recuperarse en las rotaciones consecutivas del año de formación que corresponda o pueden dar lugar a una propuesta de evaluación negativa (recuperable o no).**

### **A. ROTACIONES<sup>4, 5</sup>(65%):**

La calificación obtenida en cada rotación se ponderará de acuerdo a su duración mediante la siguiente fórmula:

$$\frac{\text{DURACIÓN (en meses)} \times \text{CALIFICACIÓN DE LA ROTACIÓN}}{11 \text{ MESES}}$$

<b>B. SUMATORIO ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS (10%) con los siguientes criterios de puntuación</b>			
Nivel	Publicaciones	Comunicación Oral	Poster
Internacional	0,3	0,2	0,1
Nacional	0,2	0,1	0,05
Autonómica	0,1	0,05	0,02
Asistencia curso/taller (mínimo 10 horas)	Ponente curso/taller (mínimo 2 horas)	Ponente en Sesiones	Participación en proyectos de investigación
0,02- 0,1 (valorar duración y complejidad)	Hasta 0,2 (valorar duración y complejidad)	*En el servicio/unidad: hasta 0,01 *Generales/Hospitalarias: hasta 0,02	0,05-0,2 (valorar implicación y tipo de proyecto)

### **C. CALIFICACIÓN DEL TUTOR/A (25%):**

Cuantitativa (1-10)	Cualitativa
<b>1-2</b>	<b>Muy insuficiente.</b> Lejos de alcanzar los objetivos anuales. Deben indicarse áreas de mejora en el apartado correspondiente.
<b>3-4</b>	<b>Insuficiente.</b> No alcanza todos los objetivos anuales, pero podrían alcanzarse con un periodo complementario de formación. Deben proponerse áreas de mejora en el apartado correspondiente y sugerir la duración del periodo complementario.
<b>5</b>	<b>Suficiente.</b> Alcanza los objetivos anuales
<b>6-7</b>	<b>Bueno.</b> Alcanza los objetivos anuales, demostrando un nivel superior en algunos de ellos
<b>8-9</b>	<b>Muy bueno.</b> Domina todos los objetivos anuales.
<b>10</b>	<b>Excelente.</b> Muy alto nivel de desempeño durante el año formativo. Sólo alcanzan esta calificación un número limitado de residentes. Se valorará de acuerdo con la experiencia del tutor con los resultados de la promoción o con otras promociones anteriores de residentes, calificados como muy bueno.

Cuando la suma de los periodos de suspensión de contrato sea mayor del 25% de la jornada anual, el tutor deberá proponer al Comité de Evaluación una **EVALUACIÓN ANUAL NEGATIVA RECUPERABLE** o, si el periodo de suspensión es **superior a 6 meses podrá proponer la repetición del año de formación<sup>6</sup>.**

<sup>4</sup> Se calificará como rotación la formación teórico-práctica establecida en el POE de las especialidades de E. del Trabajo, E. Obstétrico-Ginecológica (Matronas), M. Trabajo, M. Preventiva y Salud Pública. En el resto de las especialidades, los cursos y talleres de formación teórica se valorarán en el apartado B de Actividades complementarias.

<sup>5</sup> La Comisión de Docencia puede determinar si la actividad en las Guardias se evalúa como parte de una rotación o se valora como una rotación específica. En este último caso, deberá incluirse un informe de rotación de las Guardias.

<sup>6</sup> Requiere informe de la Comisión de Docencia y Resolución favorable del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

### 7.5. FE-T-5. Informe de evaluación del tutor sobre el periodo de recuperación

(Aplicable en caso de Evaluación Negativa Recuperable por insuficiencias de aprendizaje susceptibles de recuperación o por imposibilidad de prestación de servicios, que no requiera la repetición de curso)

<b>NOMBRE Y APELLIDOS:</b>		<b>DNI/PASAPORTE:</b>			
CENTRO DOCENTE:					
TITULACIÓN:		ESPECIALIDAD:		AÑO RESIDENCIA:	
<b>TUTOR:</b>					

#### A. ROTACIONES:

CONTENIDO	UNIDAD	CENTRO	DURACIÓN (meses)	CALIFICACIÓN DE LA ROTACIÓN	PONDERACIÓN
					#¡DIV/0!
					#¡DIV/0!
					#¡DIV/0!
<b>TIEMPO RECUP.</b>		<b>CALIFICACIÓN TOTAL DE LAS ROTACIONES</b>			#¡DIV/0!

#### B. ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS, si se han establecido por el Comité de evaluación:

TIPO	NIVEL	DENOMINACIÓN/REFERENCIA	DURACIÓN	CALIFICACIÓN (0,01 a 0,3)
<b>CALIFICACIÓN TOTAL DE LAS ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS</b>				<b>0</b>

#### C. CALIFICACIÓN DEL TUTOR DEL PERIODO DE RECUPERACIÓN

<b>COMENTARIOS:</b>						
<b>CALIFICACIÓN CUANTITATIVA DEL TUTOR</b>						
<b>CALIFICACIÓN GLOBAL DEL PERIODO DE RECUPERACIÓN (70% A + 10% B+ 20% C, salvo que no se hayan establecido actividades complementarias como objetivos de recomendación: 75% A + 25% C):</b>						
A =		B =		C =		<b>0</b>
A =		B =	<b>NO</b>	C =		<b>0</b>

Fecha y firma del TUTOR:
--------------------------

## **INSTRUCCIONES DEL INFORME DE EVALUACIÓN DEL TUTOR SOBRE EL PERIODO DE RECUPERACIÓN**

La Calificación del Periodo de Recuperación incluirá la ponderación de los informes de rotaciones, actividades complementarias y la calificación del tutor, basada en sus conclusiones de la evaluación formativa del periodo (entrevista/s y libro del residente) y, excepcionalmente, de informes de jefes asistenciales que puedan requerirse.

<p><b>A. ROTACIONES (65%):</b></p> <p>La calificación obtenida en cada rotación se ponderará de acuerdo a su duración mediante la siguiente fórmula:</p> $\frac{\text{DURACIÓN (en meses)} \times \text{CALIFICACIÓN DE LA ROTACIÓN PERIODO}}{\text{RECUPERACIÓN (meses)}}$
---

<b>B. SUMATORIO ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS (10%) con los siguientes criterios de puntuación</b>			
Nivel	Publicaciones	Comunicación Oral	Poster
Internacional	0,3	0,2	0,1
Nacional	0,2	0,1	0,05
Autonómica	0,1	0,05	0,02
Asistencia curso/taller (mínimo 10 horas)	Ponente curso/taller (mínimo 2 horas)	Ponente en Sesiones	Participación en proyectos de investigación
0,02- 0,1 (valorar duración y complejidad)	Hasta 0,2 (valorar duración y complejidad)	*En el servicio/unidad: hasta 0,01 *Generales/Hospitalarias : hasta 0,02	0,05-0,2 (valorar implicación y tipo de proyecto)

<b>CALIFICACIÓN DEL TUTOR (25%):</b>	
Cuantitativa (1-10)	Cualitativa
<5	<b>Insuficiente.</b> No ha alcanzado los objetivos del periodo de recuperación. El residente no puede continuar su formación en la especialidad porque no cuenta con las competencias requeridas para progresar en su formación como especialista.
≥5	<b>Suficiente.</b> Ha alcanzado los objetivos del periodo de recuperación. El residente puede continuar con su formación. El Tutor puede proponer áreas de mejora/recomendaciones que deberán ser objeto de seguimiento en el caso de que la evaluación del periodo de recuperación por el Comité de Evaluación sea positiva y ratifique las medidas propuestas.

Si la **evaluación del periodo de recuperación es POSITIVA** se procederá a realizar una **calificación global del tutor del año formativo** conforme a los siguientes criterios:

1. Si fue una **Evaluación Negativa por Insuficiente aprendizaje**, la calificación global del tutor del año de residencia será de 5 (suficiente).
2. Si fue una **Evaluación Negativa por Imposibilidad de prestación de servicios**, se cumplimentará un "Informe de Evaluación Anual del Tutor", con todas las rotaciones y actividades complementarias realizadas, incluyendo las del periodo de recuperación, lo que dará lugar a la calificación global del tutor del año de residencia.

---

**ANEXOS- DOCUMENTOS FE de COLABORADOR/A DOCENTE**

---



## 8. Anexo. DOCUMENTOS FE DEL COLABORADOR DOCENTE

### 8.1. FE-C-1 Informe Evaluación Rotación Asistencial

Este documento es el genérico, cada especialidad y para cada rotación asistencial tiene el suyo propio, con los objetivos e indicadores específicos descritos en cada documento y con una calculadora incluida.

NOMBRE Y APELLIDOS:			
CENTRO DOCENTE: UNIDAD DOCENTE MULTIPROFESIONAL DE SALUD MENTAL REGION DE MURCIA		DNI/PASAPORTE:	
TITULACION:	ESPECIALIDAD:	AÑO RESIDENCIA:	
TUTOR:			
<b>ROTACION</b>			
UNIDAD:		CENTRO:	
COLABORADOR DOCENTE:		DURACION:	
Fecha inicio rotación		Fecha fin rotación:	
OBJETIVOS DE LA ROTACIÓN	INDICADORES	GRADO DE CUMPLIMIENTO (Total / Parcial / No conseguido)	
		Elija un elemento.	
		Elija un elemento.	
		Elija un elemento.	
		Elija un elemento.	
		Elija un elemento.	
		Elija un elemento.	
		Elija un elemento.	
		Elija un elemento.	
		Elija un elemento.	
<b>A.- CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES</b>		<b>CALIFICACIÓN ( De 1 a 10)</b>	<b>N/A</b>
CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS			
RAZONAMIENTO/VALORACIÓN DEL PROBLEMA			
CAPACIDAD PARA TOMAR DECISIONES			
HABILIDADES			
USO RACIONAL DE RECURSOS			
SEGURIDAD DEL PACIENTE			
<b>MEDIA (A)</b>		<b>#¡DIV/O!</b>	
<b>B.- ACTITUDES</b>		<b>CALIFICACIÓN (De 1 a 10)</b>	<b>N/A</b>
MOTIVACIÓN			
PUNTUALIDAD/ASISTENCIA			
COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE Y LA FAMILIA			
TRABAJO EN EQUIPO			
VALORES ÉTICOS Y PROFESIONALES			
<b>MEDIA (B)</b>		<b>#¡DIV/O!</b>	
<b>CALIFICACIÓN GLOBAL DE LA ROTACIÓN</b> (70%A + 30%B)		<b>#¡DIV/O!</b>	
<i>Observaciones/ Áreas de mejora:</i>			

En \_\_\_\_\_, fecha: \_\_\_\_\_  
 EL/LA COLABORADOR/A DOCENTE DE LA ROTACIÓN/TUTOR/AV<sup>o</sup>B<sup>a</sup> EL/LA RESPONSABLE DE LA UNIDAD DE ROTACIÓN

Fdo: \_\_\_\_\_

Fdo: \_\_\_\_\_

## INSTRUCCIONES DE CUMPLIMENTACIÓN DEL INFORME DE EVALUACIÓN DE LA ROTACIÓN<sup>1,2</sup>

En la evaluación de estas competencias se tendrá en cuenta los resultados de las pruebas objetivas aplicadas, que se adjuntarán a este informe (exámenes escritos, audit, observación estructurada, 360º, portafolio)<sup>3</sup>.

### 1.- Nivel de conocimientos teóricos adquiridos:

<b>CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS</b> Demuestra que ha integrado los conceptos teóricos necesarios para el cumplimiento de los objetivos en virtud de un estudio y comprensión previo. Ejemplo, para las especialidades médicas: conocimientos de la anatomía, fisiología, historia natural de una enfermedad /proceso o de los principios y los mecanismos de acción de un tratamiento
<b>RAZONAMIENTO/VALORACIÓN DEL PROBLEMA</b> Integra la información disponible para alcanzar una valoración del problema de salud o de la situación asistencial. Ejemplo, para las especialidades médicas: Información de la situación clínica, obtenida a través de la anamnesis, exploración y pruebas complementarias, para un correcto diagnóstico diferencial o para la resolución de un problema o situación clínica.
<b>CAPACIDAD PARA TOMAR DECISIONES</b> Selecciona un plan de actuación, plan de cuidados o tratamiento adecuado, en base a su conocimiento y comprensión del problema, el análisis del contexto en el que se produce y la valoración de las diferentes alternativas disponibles y sus consecuencias. Maneja con prudencia la incertidumbre inherente a la práctica clínica, conoce sus limitaciones y pide ayuda cuando la situación lo requiere.
<b>HABILIDADES ADQUIRIDAS</b> Demuestra destreza en la realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos para su año de formación.
<b>USO RACIONAL DE RECURSOS</b> Realiza un uso adecuado de los medicamentos y productos sanitarios, así como de las pruebas diagnósticas y terapéuticas.
<b>SEGURIDAD DEL PACIENTE</b> Contribuye a garantizar la seguridad del paciente y aplica las guías de práctica clínica.
<b>MOTIVACIÓN</b> Demuestra interés por su trabajo y por alcanzar los objetivos formativos. Se implica en la actividad del servicio/unidad. Es proactivo en la búsqueda de información y estudio de un problema y reflexiona sobre su práctica profesional modificando su comportamiento en consecuencia (autoaprendizaje).
<b>PUNTUALIDAD/ASISTENCIA</b> Es puntual y cumple con la jornada laboral. No hay faltas de asistencia sin justificar.
<b>COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE Y LA FAMILIA</b> Demuestra habilidades de relación interpersonales y de comunicación necesarias para un eficaz intercambio de información, oral o escrita, para la toma de decisiones compartidas con los pacientes, sus familiares o representantes legales, relativa a cualquier aspecto del proceso asistencial.
<b>TRABAJO EN EQUIPO</b> Se integra en las actividades del Servicio/Unidad y participa con el resto de profesionales en la resolución de problemas y toma de decisiones.
<b>VALORES ÉTICOS Y PROFESIONALES</b> Tiene como principal objetivo el cuidado y bienestar del paciente. Respeto los valores y derechos de los pacientes, así como su autonomía en la toma de decisiones. Respeto la confidencialidad y el secreto profesional. Identifica los problemas/conflictos éticos y propone soluciones razonadas. Pide ayuda en situaciones complejas o relevantes. Cumple el Reglamento de la Institución Sanitaria.

## ESCALA DE CALIFICACIÓN

Cuantitativa (1-10)	Cualitativa
1-2	<b>Muy insuficiente.</b> Lejos de alcanzar los objetivos de la rotación. Deben indicarse áreas de mejora en el apartado correspondiente.
3-4	<b>Insuficiente.</b> No alcanza todos los objetivos de la rotación, pero podrían alcanzarse un periodo complementario de formación. Deben proponerse áreas de mejora en el apartado correspondiente y sugerir la duración del periodo complementario..
5	<b>Suficiente.</b> Alcanza los objetivos de la rotación.
6-7	<b>Bueno.</b> Alcanza los objetivos de la rotación, demostrando un nivel superior en algunos de ellos.
8-9	<b>Muy bueno.</b> Domina todos los objetivos de la rotación.
10	<b>Excelente.</b> Muy alto nivel de desempeño, respecto a los objetivos de la rotación. Sólo alcanzan esta calificación un número limitado de residentes. Se valorará de acuerdo con la experiencia del colaborador docente con los resultados de la promoción o con otras promociones anteriores de residentes, calificados como muy bueno.
NA	No se aplica de acuerdo con los objetivos planteados

1.-Se calificará como rotación la formación teórico-práctica establecida en el POE de las especialidades de E. del Trabajo, E. Obstétrico-Ginecológica (Matronas), M. Trabajo, M. Preventiva y Salud Pública. En el resto de las especialidades, los cursos y talleres se valorarán en el apartado B de Actividades complementarias, en el Informe de Evaluación Anual del Tutor.

2.- La Comisión de Docencia puede determinar si la actividad en las Guardias se evalúa como parte de una rotación o se valora como una rotación específica. En este último caso, deberá incluirse un informe de rotación de las Guardias.

3.- Los resultados de las pruebas objetivas de evaluación se incluirán en el expediente del residente y serán custodiadas por la Comisión de Docencia del Centro.

**FE-C-3: Registro de colaboradores docentes que han participado en la evaluación de rotaciones asistenciales**

Residente:

Especialidad:

Año:

Rotación: (ejemplo CSM Adultos Cartagena)

Fecha del periodo de la rotación: de:

hasta:

Nombre y Apellidos del Colaborador/a Docente:	DNI	Firma

**Firmado: Responsable del dispositivo asistencial**

**Fecha:**

**FE-REx-4. Ficha en INGLÉS de Informe Evaluación Rotación Asistencial (para rotaciones externas en extranjero)**

NOMBRE Y APELLIDOS:		
CENTRO DOCENTE: <b>UNIDAD DOCENTE MULTIPROFESIONAL DE SALUD MENTAL REGION DE MURCIA</b>		DNI/PASAPORTE:
TITULACION	ESPECIALIDAD:	AÑO RESIDENCIA: R
TUTOR:		

**ROTACION / Rotation**

UNIDAD/ <b>Unit:</b>	CENTRO/ <b>Center:</b>
COLABORADOR DOCENTE: <b>Teacher Collaborator/ Rotation tutor:</b>	DURACION/ <b>Duration:</b>
Fecha inicio rotación/ <b>Starting date:</b>	Fecha fin rotación/ <b>End date:</b>

OBJETIVOS DE LA ROTACIÓN/ <b>Rotation aims</b>	INDICADORES/ <b>INDICATORS</b>	GRADO DE CUMPLIMIENTO/ <b>Degree of achievement</b> (Total / Parcial / No conseguido/ <b>total, partial or insufficient</b> )
Competencias vinculadas al conocimiento/ <b>Knowledge related competences</b>		Elija un elemento. Elija un elemento.
Competencias vinculadas a la investigación/ <b>Research related competences</b>		Elija un elemento. Elija un elemento.
Competencias vinculadas a la comunicación/ <b>Communication related competences</b>		Elija un elemento. Elija un elemento.
Competencias vinculadas a la participación/ <b>Participation related competences</b>		Elija un elemento. Elija un elemento.

A.- CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES/ <b>Knowledge and skills</b>	CALIFICACIÓN ( De 1 a 10) (1-10 without decimals)	N/A
CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS/ <b>Acquired theoretical</b>		
RAZONAMIENTO/VALORACIÓN DEL PROBLEMA/ <b>Reasoning and problem-solving ability</b>		
CAPACIDAD PARA TOMAR DECISIONES/ <b>Decision-making ability</b>		
HABILIDADES/ <b>Acquired skills (diagnostic and therapeutic procedures)</b>		
USO RACIONAL DE RECURSOS/ <b>Rational use of resources</b>		
SEGURIDAD DEL PACIENTE/ <b>Patient safety</b>		
<b>MEDIA (A)</b>	<b>#¡DIV/0!</b>	

B.- ACTITUDES	CALIFICACIÓN (De 1 a 10) / Grade (1-10 without decimals)	N/A
MOTIVACIÓN / <b>Motivation</b>		
PUNTUALIDAD/ASISTENCIA / <b>Punctuality / Attendance</b>		
COMUNICACIÓN CON PACIENTE Y FAMILIA / <b>Communication with patients and relatives</b>		
TRABAJO EN EQUIPO / <b>Teamwork</b>		
VALORES ETICOS Y PROFESIONALES / <b>Ethical and professional values</b>		
<b>MEDIA (B) / average (B)</b>	<b>#¡DIV/0!</b>	

<b>CALIFICACIÓN GLOBAL DE LA ROTACIÓN / Overall grade of the rotation</b> (70%A + 30%B)	<b>#¡DIV/0!</b>
--	-----------------

*Observaciones/ Áreas de mejora / Other comments / Areas to be improved::*

En \_\_\_\_\_, fecha: \_\_\_\_\_

EL/LA COLABORADOR/A DOCENTE DE LA ROTACIÓN/TUTOR/A:

Rotation tutor:

VºBª EL/LA RESPONSABLE DE LA UNIDAD  
DE ROTACIÓN /Approved by: Head of Division:

Fdo / Signature: \_\_\_\_\_

Fdo/Signature : \_\_\_\_\_

## INSTRUCCIONES DE CUMPLIMENTACIÓN DEL INFORME DE EVALUACIÓN DE LA ROTACIÓN<sup>1,2</sup>

En la evaluación de estas competencias se tendrá en cuenta los resultados de las pruebas objetivas aplicadas, que se adjuntarán a este informe (exámenes escritos, audit, observación estructurada, 360º, portafolio)3.

### 1.- Nivel de conocimientos teóricos adquiridos:

<b>CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS</b> Demuestra que ha integrado los conceptos teóricos necesarios para el cumplimiento de los objetivos en virtud de un estudio y comprensión previo. Ejemplo, para las especialidades médicas: conocimientos de la anatomía, fisiología, historia natural de una enfermedad /proceso o de los principios y los mecanismos de acción de un tratamiento
<b>RAZONAMIENTO/VALORACIÓN DEL PROBLEMA</b> Integra la información disponible para alcanzar una valoración del problema de salud o de la situación asistencial. Ejemplo, para las especialidades médicas: Información de la situación clínica, obtenida a través de la anamnesis, exploración y pruebas complementarias, para un correcto diagnóstico diferencial o para la resolución de un problema o situación clínica.
<b>CAPACIDAD PARA TOMAR DECISIONES</b> Selecciona un plan de actuación, plan de cuidados o tratamiento adecuado, en base a su conocimiento y comprensión del problema, el análisis del contexto en el que se produce y la valoración de las diferentes alternativas disponibles y sus consecuencias. Maneja con prudencia la incertidumbre inherente a la práctica clínica, conoce sus limitaciones y pide ayuda cuando la situación lo requiere.
<b>HABILIDADES ADQUIRIDAS</b> Demuestra destreza en la realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos para su año de formación.
<b>USO RACIONAL DE RECURSOS</b> Realiza un uso adecuado de los medicamentos y productos sanitarios, así como de las pruebas diagnósticas y terapéuticas.
<b>SEGURIDAD DEL PACIENTE</b> Contribuye a garantizar la seguridad del paciente y aplica las guías de práctica clínica.
<b>MOTIVACIÓN</b> Demuestra interés por su trabajo y por alcanzar los objetivos formativos. Se implica en la actividad del servicio/unidad. Es proactivo en la búsqueda de información y estudio de un problema y reflexiona sobre su práctica profesional modificando su comportamiento en consecuencia (autoaprendizaje).
<b>PUNTUALIDAD/ASISTENCIA</b> Es puntual y cumple con la jornada laboral. No hay faltas de asistencia sin justificar.
<b>COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE Y LA FAMILIA</b> Demuestra habilidades de relación interpersonales y de comunicación necesarias para un eficaz intercambio de información, oral o escrita, para la toma de decisiones compartidas con los pacientes, sus familiares o representantes legales, relativa a cualquier aspecto del proceso asistencial.
<b>TRABAJO EN EQUIPO</b> Se integra en las actividades del Servicio/Unidad y participa con el resto de profesionales en la resolución de problemas y toma de decisiones.
<b>VALORES ÉTICOS Y PROFESIONALES</b> Tiene como principal objetivo el cuidado y bienestar del paciente. Respeto los valores y derechos de los pacientes, así como su autonomía en la toma de decisiones. Respeto la confidencialidad y el secreto profesional. Identifica los problemas/conflictos éticos y propone soluciones razonadas. Pide ayuda en situaciones complejas o relevantes. Cumple el Reglamento de la Institución Sanitaria.

### ESCALA DE CALIFICACIÓN/ Rating scale

Cuantitativa (1-10) / Quantitative evaluation	Cualitativa / Qualitative evaluation
1-2	<b>Muy insuficiente.</b> Lejos de alcanzar los objetivos de la rotación. Deben indicarse áreas de mejora en el apartado correspondiente. / <b>Very low performance. The objectives of the rotation are far from being achieved. Please suggest areas of improvement in the corresponding section.</b>
3-4	<b>Insuficiente.</b> No alcanza todos los objetivos de la rotación, pero podrían alcanzarse un periodo complementario de formación. Deben proponerse áreas de mejora en el apartado correspondiente y sugerir la duración del periodo complementario./ <b>Unsatisfactory. The resident doesn't achieve all aims but they could be achieved in a complementary formative period. Please suggest improvement areas and the proposed duration of the complementary formative period in the corresponding section.</b>

5	<b>Suficiente.</b> Alcanza los objetivos de la rotación. <b>Sufficient. The resident achieves the rotation aims.</b>
6-7	<b>Bueno.</b> Alcanza los objetivos de la rotación, demostrando un nivel superior en algunos de ellos. / <b>Good. The resident achieves the rotation aims, and has a good performance in some of them.</b>
8-9	<b>Muy bueno.</b> Domina todos los objetivos de la rotación. / <b>Very good. Very good performance in all rotation aims.</b>
10	<b>Excelente.</b> Muy alto nivel de desempeño, respecto a los objetivos de la rotación. Sólo alcanzan esta calificación un número limitado de residentes. Se valorará de acuerdo con la experiencia del colaborador docente con los resultados de la promoción o con otras promociones anteriores de residentes, calificados como muy bueno / <b>Excellent. A very high level of performance. Only a limited number of residents achieve this grade.</b>
NA	No se aplica de acuerdo con los objetivos planteados / <b>The evaluation is not applicable according to the agreed aims.</b>

1 Se calificará como rotación la formación teórico-práctica establecida en el POE de las especialidades de E. del Trabajo, E. Obstétrico-Ginecológica (Matronas), M. Trabajo, M. Preventiva y Salud Pública. En el resto de las especialidades, los cursos y talleres se valorarán en el apartado B de Actividades complementarias, en el Informe de Evaluación Anual del Tutor.

2 La Comisión de Docencia puede determinar si la actividad en las Guardias se evalúa como parte de una rotación o se valora como una rotación específica. En este último caso, deberá incluirse un informe de rotación de las Guardias.

3 Los resultados de las pruebas objetivas de evaluación se incluirán en el expediente del residente y serán custodiadas por la Comisión de Docencia del Centro.

## 9. Anexo DIRECTORIO DE RECURSOS

CENTROS Y UNIDADES DE SALUD MENTAL DE LA REGIÓN DE MURCIA

### ÁREA 1

#### JEFATURA DE ÁREA:

#### **CENTRO DE SALUD MENTAL SAN ANDRES**

DIRECTORA DEL CENTRO: Dña. Leonor Coy Fuster  
DIRECCION: C/ Escultor Sánchez Lozano, s/n-30005-MURCIA  
TELÉFONO: 968 28.11.72 [CSMSANANDRES.SMS@CARM.ES](mailto:CSMSANANDRES.SMS@CARM.ES)

#### **CENTRO DE SALUD MENTAL "SAN ANDRES" ADULTOS**

COORDINADOR: D. Antonio López López  
TELÉFONO: 968 28.15.69-70-71/ FAX: 28.36.42

#### **UNIDAD DE REHABILITACION "SAN ANDRÉS" ADULTOS**

COORDINADOR: D. Carlos Martín Fernández-Mayoralas  
TELÉFONO: 968 28.11.72/ FAX: 28.11.59/28.20.14/28.02.67

#### **CENTRO DE SALUD MENTAL "SAN ANDRES" INFANTO-JUVENIL**

Jefa de Servicio Infanto-Juvenil: Dña. Fuensanta Robles Sánchez  
TELÉFONO: 968 28.16.42

#### **CENTRO DE DÍA "SAN ANDRÉS" "INFANTO-JUVENIL**

COORDINADORA: Dña. María José Ruiz Lozano  
TELÉFONO: 968 29 91 11

#### **CENTRO DE SALUD MENTAL VIRGEN DE LA ARRIXACA**

JEFE DE SEVICIO Dña Carmen Medina Sánchez  
DIRECCION: Ctra. Cartagena, s/n, 4ª planta, 30120-EL PALMAR  
TELÉFONO: Consulta Externa Psiquiatría: 36.95.00/ 36.95.35

#### **CENTRO DE SALUD MENTAL DE ALCANTARILLA** [csmalcantarilla.sms@carm.es](mailto:csmalcantarilla.sms@carm.es)

COORDINADOR: D. Antonio Micol  
DIRECCION: Alcalde Cascales Vivancos s/n Alcantarilla  
TELÉFONO: 80.26.86-/ 89 28 22/-89 27 22/ FAX: 89 23 22

#### **UNIDAD SALUD MENTAL DE MULA** [csmmula.sms@carm.es](mailto:csmmula.sms@carm.es)

COORDINADOR: Martín del Toro Mellado  
DIRECCION: Avda. Juan Viñeglas, s/n, 30170-MULA  
TELÉFONO: 968 66.05.50-63.70.43-4/ FAX: 66.20.55

#### **HOSPITAL PSIQUIATRICO ROMAN ALBERCA**

DIRECTORA GERENTE: Dña. Marife Lozano Semitiel  
DIRECTOR MEDICO: José Martínez Serrano  
DIRECTORA DE ENFERMERÍA: Dña Ana Mª Hurtado López.  
DIRECCION: c/ Lorca 58 30120-EL PALMAR  
TELÉFONO: 968 36.58.80-00/ FAX: 36.58.01



**HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA**

JEFE DE SERVICIO UHB. PSIQUIATRIA: Dña Carmen Medina Sánchez  
UNIDAD DOCENTE: JEFE DE ESTUDIOS: D. José Domingo Cubillana Herrero  
DIRECCION: Ctra. Cartagena, s/n, 4ª planta, 30120-EL PALMAR  
TELEFONO: 968 36.95.00 / FAX: 36 97 76

**ÁREA 2****JEFATURA DE ÁREA: José. Francisco. Martínez Inglés****CENTRO DE SALUD MENTAL DE CARTAGENA** [csmcartagena.sms@carm.es](mailto:csmcartagena.sms@carm.es)

COORDINADOR CENTRO: D. Ignacio Cabezas Hurtado  
DIRECCION: C/ Real, 8, 30201-CARTAGENA  
TELEFONO: 968 32.67.27/ 32.67.28

**CENTRO DE SALUD MENTAL DE CARTAGENA ADULTOS**

COORDINADOR (ADULTOS): D. Ignacio Cabezas Hurtado  
TELEFONO: 968 32.67.27-32.67.28

**CENTRO DE SALUD MENTAL DE CARTAGENA INFANTO JUVENIL**

COORDINADORA (INFANTIL): Dª Asunción Gomariz Rosique  
TELEFONO: 968 32.67.22

**CENTRO DE DROGODEPENDENCIAS DE CARTAGENA**

COORDINADOR: D. Francisco Vera Izquierdo  
TELEFONO: 968 326711

**UNIDAD DE REHABILITACIÓN DE CARTAGENA** [rehabilitacionsmcartagena.sms@carm.es](mailto:rehabilitacionsmcartagena.sms@carm.es)

COORDINADORA: Dña Isabel María de Haro García  
TELEFONO: 968 50 38 60/ 968 52 02 25/968 50 42 03/968 50 42 44

**CENTRO DE DIA IJ DE CARTAGENA (UNIDAD DE REHABILITACIÓN)**

COORDINADORA: María de los Ángeles Díaz-Caneja  
TELEFONO: 968 50 38 60/ 968 52 02 25/968 50 42 03/968 50 42 44

**ETAC (UNIDAD DE REHABILITACIÓN)**

COORDINADOR: Francisco Valdivia Muñoz  
TELEFONO: 968 50 38 60/ 968 52 02 25/968 50 42 03/968 50 42 44

**HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCIA (CARTAGENA)**

JEFE DE SERVICIO DE PSIQUIATRIA: Dña. Laura Belinchón  
DIRECCIÓN: C/ Mezquita s/n, Paraje Los Arcos, 30202, Santa Lucía CARTAGENA  
UNIDAD DOCENTE: JEFE DE ESTUDIOS D. Trinitario Sánchez Montón  
TELEFONO: 968 32 50 00 (PSIQUIATRÍA) 32 74 87 FAX: 32 74 86

### ÁREA 3

#### JEFATURA DE ÁREA

##### **CENTRO DE SALUD MENTAL DE LORCA** [csmlorca.sms@carm.es](mailto:csmlorca.sms@carm.es)

COORDINADOR: D. Fernando Lojo Fritschi  
DIRECCION: C/ Tenor Mario Gabarrón, s/n, 30800-LORCA  
TELEFONO: 968 46.91.79-46.83.08- 46 00 65/ 46 00 63/ FAX: 47.04.05

##### **CENTRO DE SALUD MENTAL DE AGUILAS** [csmaguilas.sms@carm.e](mailto:csmaguilas.sms@carm.e)

COORDINADOR: Dña Ana Pegan Motos  
DIRECCION: Centro de Salud Águilas-Norte, Avda. Democracia, s/,n, Urb. Las Majadas, 30880-AGUILAS  
TELEFONO: 968 49.33.60 Dispensario Metadona: 41.23.22/ FAX: 49.33.59/ 41.14.82

##### **HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO RAFAEL MENDEZ**

JEFE DE SERVICIO PSIQUIATRIA D. M<sup>a</sup> Pilar Salinas Pelegrin  
TELEFONO: Centralita: 968 44 55 00 UHB: 968 44 55 14  
UNIDAD DOCENTE: JEFE DE ESTUDIOS: D. Mario Miluy Guerrero  
DIRECCIÓN Ctra. Nacional 340, Km. 589, 30817, Lorca.

### ÁREA 4

#### JEFATURA DE ÁREA

##### **CENTRO DE SALUD MENTAL DE CARAVACA** [csmcaravaca.sms@carm.es](mailto:csmcaravaca.sms@carm.es)

JEFE DE SERVICIO: D. Francisco Manzanera López  
DIRECCION: C/ Junquico, s/n (Recinto H<sup>o</sup> Comarcal Noroeste) 30400-CARAVACA  
TELEFONO: 968 70.83.22

### ÁREA 5

#### JEFATURA DE ÁREA

##### **CENTRO DE SALUD MENTAL DE YECLA** [csmyecla.sms@carm.es](mailto:csmyecla.sms@carm.es)

COORDINADOR: D. Selman Franco Salonia Amín  
DIRECCION: C/ San José, 8, 30510-YECLA  
TELEFONO: 968 75 16 50 / 968 75.00 00 / 968 79 54 21/

##### **CENTRO DE SALUD MENTAL DE JUMILLA** [csmjumilla.sms@carm.es](mailto:csmjumilla.sms@carm.es)

JEFE DE SERVICIO: Dña. Ana María García Herrero  
DIRECCION: C/ Barón del Solar, s/n, 30520-JUMILLA  
TELEFONO: 968 78.22.61-968 75.68.94

## ÁREA 6

### **JEFATURA DE ÁREA**

#### **CENTRO DE SALUD MENTAL MORALES MESEGUER**

JEFE DE SERVICIO: D. Mateo Campillo Agusti  
DIRECCION: Marqués de los Vélez, s/n. 30008-MURCIA  
TELEFONO: Centralita: 968 36.09.0

#### **CENTRO DE SALUD MENTAL DE MOLINA DE SEGURA** [csmmolinasegura.sms@carm.es](mailto:csmmolinasegura.sms@carm.es)

JEFA DE SECCIÓN: Dña. Rosa Viñas Pifarré  
DIRECCION: Avda. de Levante, s/n, 30500 -MOLINA DE SEGURA  
TELEFONO: 968 64.13.26-61.05.45/ FAX: 64.13.26

#### **HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO MORALES MESEGUER**

DIRECTOR DE ENFERMERÍA D. Juan Antonio Martínez García  
JEFE DE SERVICIO PSIQUIATRIA D. Mateo Campillo Agustí.  
UNIDAD DOCENTE: JEFE DE ESTUDIOS: Dña. Matilde Barrio Valencia  
DIRECCIÓN Marqués de los Vélez, s/n. 30008 MURCIA  
TELEFONO Centralita: 968360900

## ÁREA 7

### **JEFATURA DE ÁREA**

#### **CENTRO DE SALUD MENTAL INFANTE ADULTOS** [csm-sanandres.sms@carm.es](mailto:csm-sanandres.sms@carm.es)

COORDINADOR: Ignacio López Corral  
DIRECCION: C/ Pintor Almela Costa s/n 30002-MURCIA  
TELEFONO: 968 25.14.66-25.15.18/ FAX: 26.26.01

#### **CENTRO DE SALUD MENTAL MURCIA ESTE ADULTOS** [csm-murciaeste.sms@carm.es](mailto:csm-murciaeste.sms@carm.es)

COORDINADOR: María Luisa Terradillos Basoco  
DIRECCION: Avda. de la Fama, nº 1 - 2ª Planta 30003 MURCIA  
TELEFONO: 968 35 94 60 FAX:

#### **CENTRO ATENCIÓN A DROGODEPENDENCIAS DE MURCIA** [cadmurcia.sms@carm.es](mailto:cadmurcia.sms@carm.es)

COORDINADORA: Dña. Josefa Celdrán Lorente  
DIRECCION: Avda. de la Fama, nº 1 - 1ª Planta 30003 MURCIA  
TELEFONO: 968 35 90 62/ FAX: 35 93 91

#### **HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIOREINA SOFIA**

JEFE DE SERVICIO PSIQUIATRIA: D. Miguel Santiuste De Pablos  
UNIDAD DOCENTE: JEFE DE ESTUDIOS: D.  
DIRECCION Intendente Jorge Palacios, s/n, 30003 MURCIA  
TELEFONO: 968 35 93 21 - 35 90 00

## ÁREA 8

### JEFATURA DE ÁREA

**CENTRO DE SALUD MENTAL MAR MENOR** [csmmarmenor.sms@carm.es](mailto:csmmarmenor.sms@carm.es)  
COORDINADOR: Juan Jiménez Roset  
DIRECCION: Paraje Torre Octavio, 54, 30739, Pozo Aledo. (SAN JAVIER)  
TELEFONO: 868107604

## ÁREA 9

### JEFATURA DE ÁREA

**CENTRO DE SALUD MENTAL DE CIEZA** [csmcieza.sms@carm.es](mailto:csmcieza.sms@carm.es)  
COORDINADOR: D. Desiderio Mejías Verdú  
DIRECCION: Avda. Italia, s/n, 30530-CIEZA  
TELEFONO: 968 77.55.50 ext. 4019 y 76.01.25

### **CENTRO ATENCIÓN A DROGODEPENDENCIAS DE CIEZA**

COORDINADOR: Desiderio Mejías Verdú  
DIRECCION: Avda. Italia, s/n, 30530-CIEZA  
TELEFONO: 968 45.35.08

## RESPONSABLES DE SALUD LABORAL POR HOSPITALES

### **HOSPITAL PSIQUIÁTRICO ROMAN ALBERCA**

Teléfono: 607703245

### **HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFIA**

Teléfono: 394811

### **HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA**

Teléfono: 369049

### **HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO MORALES MESEGUER**

Teléfono: 923776/ 968360976

### **HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCIA**

Teléfono: 952139/ 968110733

### **HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO RAFAEL MENDEZ**

Teléfono: 445727

