

DOCENTE: _____ **AÑO ACADÉMICO:** _____

N °	PACIENTE	HC	N °	PACIENTE	HC
1			4		
2			5		
3			6		

[illegible]

AÑO 2025-2026

HOJA DE CONTROL ACTIVIDADES CLÍNICAS OPERADOR-ASISTENTE 3.^{er} AÑO

GUARDIA	FECHA	HC	PREV	REST	CIRG	ORT	URGEN	ALTA	ASIST	EVALUA	CALIF

ACTIVIDAD	NOTA	PORCENTAJE
PRECLÍNICA 1		-----
PRECLÍNICA 2		-----
PROMEDIO PRECLÍNICA 1 y 2 (20%)		
OPERADOR 3. ^{er} Año (60%)		
ASISTENTE 3. ^{er} Año (20%)		
DEFINITIVA CLÍNICA		

RECOMENDACIONES/OBSERVACIONES: _____

 FIRMA DEL DOCENTE: _____
 AÑO 2025-2026

FECHA: _____