**FORMULARIO DE RECERTIFICACION SUP**

**A) Ficha patronímica**

Nombre Apellidos

Fecha de nacimiento Lugar de nacimiento

Departamento donde ejerce

Fecha graduación de médico Fecha graduación de pediatra

**Cargos y títulos más importantes previos al período de evaluación.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cargo/título** | **Institución** | **Fecha de inicio** | **Fecha de fin** | **Concurso © ó designación (d)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**B) Actividad asistencial**

1. **Estimación anual del promedio de horas de trabajo por semana**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Año 2016** | **Año 2017** | **Año 2018** | **Año 2019** | **Año 2020** |
| **Promedio** |  |  |  |  |  |

**Escenario donde se desempeña**

Primer nivel Radio Gestión

Cuidados intensivos Cuidados moderados

Urgencia/ emergencia prehospitalaria Urgencia/ Emergencia hospitalaria

1. **Resolución de CASOS CLÍNICOS de la práctica clínica.**

Caso clínico problemático. Describa cual fue el problema y cómo se resolvió (ver instructivo)

**Mínimo 1 caso clínico**

1. **Actividades de Promoción y Prevención en Salud.**

Describa protocolo de la actividad realizada y sus resultados (ver instructivo)

**Una actividad máximo en 5 años**

**C) Actividad formativa**

1. **Actividades de Educación Medica Continúa acreditadas por la Escuela de Graduados**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Año 2016** | **Año 2017** | **Año 2018** | **Año 2019** | **Año 2020** |
| **SUP** |  |  |  |  |  |
| **Facultad de Medicina pública/privada** |  |  |  |  |  |
| **Otras instituciones** |  |  |  |  |  |

1. **Actividades de Educación Medica Continua no acreditadas**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Año 2016** | **Año 2017** | **Año 2018** | **Año 2019** | **Año 2020** |
| **SUP** |  |  |  |  |  |
| **Facultad de**  **Medicina**  **Pública/privada** |  |  |  |  |  |
| **Otras instituciones** |  |  |  |  |  |

1. **Curso de reanimación. Especifique cuál.**
2. **Producción Científica**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Año 2016** | **Año 2017** | **Año 2018** | **Año 2019** | **Año 2020** |
| Publicación en revista indexada |  |  |  |  |  |
| Publicación en revista no indexada |  |  |  |  |  |
| Autor de libros o capítulos de libros |  |  |  |  |  |
| Trabajos en Congresos o Jornadas |  |  |  |  |  |
| Tesis, monografías |  |  |  |  |  |
| Artículos de difusión para público general |  |  |  |  |  |

1. **Congresos y Jornadas**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Año 2016** | **Año 2017** | **Año 2018** | **Año 2019** | **Año 2020** |
| Asistente |  |  |  |  |  |
| Presidente de mesa o secretario o coordinador |  |  |  |  |  |
| Conferencista & panelista o comentador |  |  |  |  |  |
| Integrante Comité científico |  |  |  |  |  |
| Organizador |  |  |  |  |  |
| Presentación de trabajo científico |  |  |  |  |  |

1. **Otras actividades formativas**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Año 2016** | **Año 2017** | **Año 2018** | **Año 2019** | **Año 2020** |
| Becas |  |  |  |  |  |
| Cursos de especialización con prueba |  |  |  |  |  |
| Maestrías |  |  |  |  |  |
| Diplomaturas |  |  |  |  |  |
| Tecnicaturas |  |  |  |  |  |

1. **Ejercicio de la Docencia del PG de Pediatría**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Año 2016** | **Año 2017** | **Año 2018** | **Año 2019** | **Año 2020** |
| Profesor G4/G5 de Pediatría |  |  |  |  |  |
| Asistente G2/G3 de Pediatría |  |  |  |  |  |
| Docente curso acreditado de EMC de la SUP |  |  |  |  |  |
| Docente curso acreditado de EMC no SUP |  |  |  |  |  |
| Docente curso de EMC no acreditado |  |  |  |  |  |
| Docente o tutor en Univ Privada o Prest priv de Salu |  |  |  |  |  |
| Docente UDA o  Interino |  |  |  |  |  |
| Docente colaborador |  |  |  |  |  |

1. **Premios o menciones**
2. **Integrante de comités o secretarías de la SUP o comisiones de otras instituciones**
3. **Detalle otros méritos que crea relevantes en el ejercicio de la profesión y no estén contemplados en el formulario**