

# **ANEXO**

## **REGLAMENTO INTERNO DE PRÁCTICAS TUTELADAS**



**FACULTAD DE FARMACIA**

Versión 5 (actualizado junio 2018)



**SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN COMO FARMACÉUTICO TUTOR (OF)**

**DATOS DEL FARMACÉUTICO QUE PARTICIPA COMO TUTOR**

Apellidos: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Número de colegiado \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

**OFICINA DE FARMACIA**

Apellidos y nombre del Titular/es \_\_\_\_\_

Número de Farmacia \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**Nivel de formulación magistral:** 1  2  3  4

**Periodo de rotación en el que preferiría acoger al alumno de prácticas:**

Primer rotatorio (16 semanas en el periodo de septiembre a marzo)

Segundo rotatorio (16 semanas en el periodo de enero a julio)

Primer y segundo rotatorio

**Otros datos de interés:** \_\_\_\_\_

Autorizo a que los datos referentes al nombre del tutor, dirección postal, titularidad, horario y nivel de formulación magistral de la Oficina de Farmacia estén disponibles en la página web de la Facultad de Farmacia de la UCLM.



Facultad de Farmacia de Albacete



## EXPONE

que desea participar como Farmacéutico Tutor de Prácticas Tuteladas, de acuerdo al Convenio firmado entre la Universidad y el Consejo de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de Castilla La Mancha.

En \_\_\_\_\_ , a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

FIRMA DEL FARMACÉUTICO TUTOR

FIRMA DEL TITULAR Y SELLO DE LA OFICINA  
DE FARMACIA

Fdo \_\_\_\_\_

Fdo \_\_\_\_\_



Facultad de Farmacia de Albacete



**SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN COMO FARMACÉUTICO TUTOR (SFH)**

**DATOS DEL FARMACÉUTICO TUTOR**

Apellidos: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Provincia \_\_\_\_\_

**FARMACIA HOSPITALARIA**

Servicio de Farmacia Hospitalaria \_\_\_\_\_

**EXPONE**

que desea participar como Farmacéutico Tutor de Prácticas Tuteladas, de acuerdo al Convenio firmado entre la Universidad y el SESCAM.

En \_\_\_\_\_ , a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

FIRMA DEL FARMACÉUTICO TUTOR

FIRMA DEL JEFE DE SERVICIO

Fdo \_\_\_\_\_

Fdo \_\_\_\_\_



**COMUNICACIÓN DE BAJA FARMACÉUTICO TUTOR (OF)**

**DATOS DEL FARMACÉUTICO TUTOR**

Apellidos: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Número de colegiado \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

**OFICINA DE FARMACIA**

Apellidos y nombre del Titular/es \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Número de Farmacia \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**EXPONE**

Su deseo de causar baja como Farmacéutico Tutor en el desarrollo de la docencia de la asignatura de Prácticas Tuteladas, de acuerdo con el Convenio firmado entre la Universidad de Castilla La Mancha y el Consejo de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de Castilla La Mancha.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

FIRMA DEL FARMACÉUTICO TUTOR

FIRMA DEL TITULAR Y SELLO DE LA OFICINA DE FARMACIA

Fdo \_\_\_\_\_

Fdo \_\_\_\_\_



Facultad de Farmacia de Albacete



**COMUNICACIÓN DE BAJA FARMACÉUTICO TUTOR (SFH)**

**DATOS DEL FARMACÉUTICO**

Apellidos: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

**FARMACIA HOSPITALARIA**

Servicio de Farmacia Hospitalaria \_\_\_\_\_

**EXPONE**

Su deseo de causar baja como Farmacéutico Tutor en el desarrollo de la docencia de la asignatura de Prácticas Tuteladas, de acuerdo al Convenio firmado entre la Universidad y el SESCAM.

En \_\_\_\_\_ , a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

FIRMA DEL FARMACÉUTICO TUTOR

FIRMA DEL JEFE DE SERVICIO

Fdo \_\_\_\_\_

Fdo \_\_\_\_\_



**FORMULARIO DE COMUNICACIÓN DE INCIDENCIAS  
DE PRÁCTICAS TUTELADAS**

(\*) PARTE SOMBREADA: Datos a cumplimentar por la Comisión Mixta de Prácticas Tuteladas.

**AÑO/CONVOCATORIA:**

**INCIDENCIA Nº (\*):**

**DATOS DEL ESTUDIANTE**

Apellidos: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL CENTRO RECEPTOR Y DEL TUTOR**

Centro receptor: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Apellidos y nombre del tutor: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

**NOTIFICACIÓN DE LA INCIDENCIA**

COMPLETADO POR:

FECHA:

Tutor  Profesor asociado  Alumno  Otro:

**DESCRIPCIÓN DE LA INCIDENCIA:**

Se adjunta documentación

**TRATAMIENTO Y RESULTADOS (Datos a cumplimentar por la CMPT):**

Se adjunta documentación

**FECHA:**

**FIRMA (cierre de incidencia):**



**SOLICITUD DE REALIZACIÓN DE PRÁCTICAS TUTELADAS  
EN PRIMER ROTATORIO**

**DATOS DEL ESTUDIANTE**

Apellidos: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

**EXPONE**

que cumple los requisitos exigidos en el Reglamento Interno de Prácticas Tuteladas de la Universidad de Castilla-La Mancha para la realización de la asignatura Prácticas Tuteladas:

- Año académico de comienzo de los estudios del Grado de Farmacia: \_\_\_\_\_
- Total de asignaturas para finalizar el Grado de Farmacia (Especificar cuáles):  
\_\_\_\_\_
- Total de asignaturas con prácticas de laboratorio pendientes de realizar para finalizar el Grado de Farmacia:  
\_\_\_\_\_
- Total de créditos para finalizar el Grado de Farmacia: \_\_\_\_\_

**SOLICITA**

que se le adjudique una plaza en el grupo de rotación de Prácticas Tuteladas de septiembre a marzo (primer semestre).

En Albacete, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_

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





**SOLICITUD DE OFICINA DE FARMACIA Y SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA**

**DATOS DEL ESTUDIANTE**

Apellidos: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

D. \_\_\_\_\_ declara que todos los datos expuestos a continuación son ciertos y que cumple los requisitos exigidos en el Reglamento Interno de Prácticas Tuteladas de la Universidad de Castilla-La Mancha para la realización de la asignatura Prácticas Tuteladas:

Año académico de comienzo de los estudios del Grado de Farmacia: \_\_\_\_\_

Total de asignaturas básicas u obligatorias pendientes de superar del Grado de Farmacia, incluyendo primer semestre de 5º curso y excluyendo Practicas Tuteladas y Trabajo fin de Grado:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Total de asignaturas con prácticas de laboratorio pendientes de realizar para finalizar el Grado de Farmacia (máximo permitido en el Reglamento, 1 asignatura): \_\_\_\_\_

Necesita adaptación de horario para la realización de Prácticas Tuteladas por solapamiento con prácticas de laboratorio de otra asignatura.

**SOLICITA**

Que se le adjudique una plaza en el Servicio de Farmacia Hospitalaria (rellenar según orden de preferencia indicando nombre del Hospital):

Hospital: \_\_\_\_\_  
Hospital: \_\_\_\_\_  
Hospital: \_\_\_\_\_  
Hospital: \_\_\_\_\_  
Hospital: \_\_\_\_\_  
Hospital: \_\_\_\_\_  
Hospital: \_\_\_\_\_  
Hospital: \_\_\_\_\_

En el caso de que existan varios grupos de rotación en el SFH ofertado indicar grupo (rellenar según orden de preferencia):

Grupo: \_\_\_\_\_  
Grupo: \_\_\_\_\_  
Grupo: \_\_\_\_\_  
Grupo: \_\_\_\_\_



## Facultad de Farmacia de Albacete



Que se le adjudique una plaza en la Oficina de Farmacia para la realización de las Prácticas Tuteladas (rellenar según orden de preferencia indicando nombre del Farmacéutico Titular de la Oficina de Farmacia y dirección).

- 1.- Oficina de Farmacia: \_\_\_\_\_
- 2.- Oficina de Farmacia: \_\_\_\_\_
- 3.- Oficina de Farmacia: \_\_\_\_\_
- 4.- Oficina de Farmacia: \_\_\_\_\_
- 5.- Oficina de Farmacia: \_\_\_\_\_
- 6.- Oficina de Farmacia: \_\_\_\_\_
- 7.- Oficina de Farmacia: \_\_\_\_\_
- 8.- Oficina de Farmacia: \_\_\_\_\_
- 9.- Oficina de Farmacia: \_\_\_\_\_
- 10.- Oficina de Farmacia: \_\_\_\_\_
- 11.- Oficina de Farmacia: \_\_\_\_\_
- 12.- Oficina de Farmacia: \_\_\_\_\_
- 13.- Oficina de Farmacia: \_\_\_\_\_
- 14.- Oficina de Farmacia: \_\_\_\_\_
- 15.- Oficina de Farmacia: \_\_\_\_\_
- 16.- Oficina de Farmacia: \_\_\_\_\_
- 17.- Oficina de Farmacia: \_\_\_\_\_
- 18.- Oficina de Farmacia: \_\_\_\_\_
- 19.- Oficina de Farmacia: \_\_\_\_\_
- 20.- Oficina de Farmacia: \_\_\_\_\_
- 21.- Oficina de Farmacia: \_\_\_\_\_
- 22.- Oficina de Farmacia: \_\_\_\_\_
- 23.- Oficina de Farmacia: \_\_\_\_\_
- 24.- Oficina de Farmacia: \_\_\_\_\_
- 25.- Oficina de Farmacia: \_\_\_\_\_
- 26.- Oficina de Farmacia: \_\_\_\_\_
- 27.- Oficina de Farmacia: \_\_\_\_\_
- 28.- Oficina de Farmacia: \_\_\_\_\_
- 29.- Oficina de Farmacia: \_\_\_\_\_
- 30.- Oficina de Farmacia: \_\_\_\_\_
- 31.- Oficina de Farmacia: \_\_\_\_\_
- 32.- Oficina de Farmacia: \_\_\_\_\_
- 33.- Oficina de Farmacia: \_\_\_\_\_
- 34.- Oficina de Farmacia: \_\_\_\_\_
- 35.- Oficina de Farmacia: \_\_\_\_\_
- 36.- Oficina de Farmacia: \_\_\_\_\_
- 37.- Oficina de Farmacia: \_\_\_\_\_
- 38.- Oficina de Farmacia: \_\_\_\_\_
- 39.- Oficina de Farmacia: \_\_\_\_\_
- 40.- Oficina de Farmacia: \_\_\_\_\_

**NOTA:** Aquellos alumnos que no indiquen orden de preferencia de Oficina de Farmacia o Servicio de Farmacia Hospitalaria se les adjudicará de oficio.

En Albacete, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

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



Facultad de Farmacia de Albacete



**RECURSO A LA ADJUDICACIÓN DE OF y SFH PARA LA REALIZACIÓN  
DE PRÁCTICAS TUTELADAS**

**DATOS DEL ESTUDIANTE**

Apellidos: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

**EXPONE**

Documentos adjuntos:

**SOLICITA**

que se le tenga en cuenta dicho recurso en la evaluación de solicitudes con vistas al listado de adjudicación definitivo de Práctica Tuteladas.

En Albacete, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

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



**COMPROMISO COMO ALUMNO DE PRÁCTICAS TUTELADAS**

**DATOS DEL ESTUDIANTE**

Apellidos: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

**DECLARA**

1. Que acepta realizar las Prácticas Tuteladas en la Oficina de Farmacia \_\_\_\_\_ y en el grupo \_\_\_\_ de rotación del Servicio de Farmacia Hospitalaria \_\_\_\_\_ asignados.
2. Que ha sido informado y que conoce la Normativa que rige las Prácticas Tuteladas, así como sus obligaciones como alumno, asumiendo que el incumplimiento de las mismas podría implicar la suspensión directa de las Prácticas Tuteladas.

**SE COMPROMETE**

1. A respetar el sistema organizativo del centro receptor donde va a realizar las Prácticas Tuteladas y en particular a su Farmacéutico Tutor, siguiendo las instrucciones que reciba de éste.
2. A tratar toda la información que reciba y a la que tenga acceso durante el desarrollo de las Prácticas Tuteladas, como privada y confidencial y adoptar las medidas precisas para mantenerla como tal; así como a mantener el secreto profesional.
3. A no revelar a terceros, ajenos al desarrollo de las Prácticas Tuteladas, cualquier información suministrada o a la que haya tenido acceso, no pudiéndola utilizar para cualquier otro propósito salvo que obtenga del centro receptor la oportuna autorización.
4. A asumir las responsabilidades derivadas del incumplimiento de los compromisos anteriores.

En prueba de conformidad firmo el presente documento en Albacete, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_.

Firma del alumno: \_\_\_\_\_



**COMPROMISO HORARIO DEL ALUMNO**

**DATOS DEL ALUMNO**

Apellidos: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_

**EL ALUMNO ESTA INSCRITO EN EL GRUPO \_\_\_\_ DE ROTACIÓN EN EL SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA de \_\_\_\_\_ y EL PERIODO DE ROTACIÓN EN OFICINA DE FARMACIA CORRESPONDE AL PERIODO: \_\_\_\_\_**

**OFICINA DE FARMACIA**

Apellidos y nombre del Titular/es \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Número de Farmacia \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
**FARMACÉUTICO TUTOR** \_\_\_\_\_

**COMPROMISO HORARIO**

La dedicación presencial por parte del estudiante debe ser de 35 horas semanales. Los estudiantes deberán cumplir dicho periodo de prácticas dentro de la franja horaria de 8:00 a 22:00 de lunes a viernes. Este periodo no incluye fines de semana ni festivos; asimismo, los alumnos no tendrán permitida la realización de guardias.



**Facultad de Farmacia de Albacete**



**HORARIO que seguirá el alumno en la OFICINA DE FARMACIA:**

	MAÑANA	TARDE
LUNES	_____	_____
MARTES	_____	_____
MIÉRCOLES	_____	_____
JUEVES	_____	_____
VIERNES	_____	_____

En \_\_\_\_\_ , a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

FIRMA DEL ALUMNO

FIRMA DEL TITULAR Y SELLO  
DE LA OFICINA DE FARMACIA

FIRMA DEL FARMACÉUTICO  
TUTOR

Fdo \_\_\_\_\_

Fdo \_\_\_\_\_

Fdo \_\_\_\_\_

**HORARIO que seguirá el alumno en el SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA**

	MAÑANA	TARDE
LUNES	_____	_____
MARTES	_____	_____
MIÉRCOLES	_____	_____
JUEVES	_____	_____
VIERNES	_____	_____

En \_\_\_\_\_ , a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

FIRMA DEL ALUMNO

FIRMA DEL FARMACÉUTICO TUTOR

Fdo \_\_\_\_\_

Fdo \_\_\_\_\_



**CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DEL ESTUDIANTE EN OF**

**ALUMNO:** \_\_\_\_\_

**FARMACÉUTICO TUTOR** \_\_\_\_\_

**Oficina de Farmacia** \_\_\_\_\_

CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES	CALIFICACIÓN (Puntuación del 1 al 10)	
ÁREAS DE FORMACIÓN*	Nivel de conocimientos teóricos adquiridos	Nivel de habilidades adquiridas
Administración farmacéutica y gestión de medicamentos		
Conservación y custodia de medicamentos		
Dispensación de medicamentos		
Control farmacoterapéutico del paciente. Atención farmacéutica		
Farmacovigilancia		
Información y educación sanitaria		
<b>TOTAL (valor medio)</b>		

\*Para facilitar la evaluación de las distintas áreas de formación consultar los contenidos trabajados en los distintos módulos del cuaderno de Prácticas Tuteladas

ACTITUDES	CALIFICACIÓN (Puntuación del 1 al 10)
Motivación	
Dedicación/Sentido de la responsabilidad	
Iniciativa	
Puntualidad / Asistencia	
Relaciones equipo de trabajo	
Información y educación sanitaria	
Habilidades de comunicación oral y escrita	
<b>TOTAL (valor medio)</b>	



Facultad de Farmacia de Albacete



OBSERVACIONES

Farmacéutico Tutor

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





**CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DEL ESTUDIANTE EN SFH**

ALUMNO: \_\_\_\_\_

FARMACÉUTICO TUTOR \_\_\_\_\_

Servicio de Farmacia Hospitalaria \_\_\_\_\_

CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES	CALIFICACIÓN (Puntuación del 1 al 10)	
ÁREAS DE FORMACIÓN*	Nivel de conocimientos teóricos adquiridos	Nivel de habilidades adquiridas
Gestión de la Farmacoterapia		
Atención farmacéutica en paciente ingresado		
Atención farmacéutica en paciente externo		
Centro de Información de Medicamentos		
Farmacotecnia estéril		
Farmacotecnia no estéril y SADME		
<b>TOTAL (valor medio)</b>		

\*Para facilitar la evaluación de las distintas áreas de formación consultar los contenidos trabajados en los distintos módulos del cuaderno de Prácticas Tuteladas

ACTITUDES	CALIFICACIÓN (Puntuación del 1 al 10)
Motivación	
Dedicación/Sentido de la responsabilidad	
Iniciativa	
Puntualidad / Asistencia	
Relaciones equipo de trabajo	
<b>TOTAL (valor medio)</b>	



Facultad de Farmacia de Albacete



OBSERVACIONES

Farmacéutico Tutor

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



### CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN DEL ESTUDIANTE

#### DATOS DEL ALUMNO

Apellidos: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

### CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN

A continuación nos gustaría saber su opinión sobre algunos aspectos relacionados con la organización de la asignatura de Prácticas Tuteladas. Su colaboración consiste en señalar (■) en la escala de respuesta su grado de acuerdo con cada una de las afirmaciones, teniendo en cuenta que “1” significa “el menor grado de acuerdo” y “5”, “el mayor grado de acuerdo”. Si no tiene suficiente información sobre el enunciado o considera que no procede, marque la opción “NS”.

	1	2	3	4	5	NS
A. La planificación se conoce con suficiente antelación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Se cumplen las normas que recoge el Reglamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Las horas de estancias se aprovechan adecuadamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. El nº de horas de prácticas en Farmacia Hospitalaria es suficiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. El nº de horas de prácticas en Oficina de Farmacia es suficiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. El cuaderno de prácticas me ha ayudado a comprender mejor los objetivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por favor incluya cualquier sugerencia o comentario que le parezca que pueda ser de utilidad para mejorar cualquier aspecto que le parezca relevante sobre la asignatura de las prácticas tuteladas:



**NOS GUSTARÍA CONTAR ADEMÁS CON SU OPINÓN SOBRE LOS FARMACÉUTICOS TUTORES PROFESIONALES.** Indique su grado de satisfacción marcando de 1 a 5:

**FARMACÉUTICO TUTOR (OF)** \_\_\_\_\_

	1	2	3	4	5	NS
1. En general, estoy satisfecho/a con la labor docente desarrollada por este Farmacéutico tutor en la asignatura de Prácticas tuteladas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Grado de adecuación de las actividades desarrolladas por este Farmacéutico Tutor en la asignatura de Prácticas tuteladas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Las actividades realizadas por el Farmacéutico tutor me ayudan en mi aprendizaje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sus recursos didácticos facilitan mi aprendizaje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Explica con claridad, destacando los contenidos relevantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Trata de resolver las dudas que se le plantean	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Propone ejemplos y/o situaciones para facilitar el aprendizaje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Fomenta la participación motivando al estudiante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Se interesa por el grado de comprensión de sus explicaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Es receptivo/a en el trato con el estudiante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si lo desea puede acompañar cualquier comentario:



**FARMACÉUTICO TUTOR 1 (SFH)** \_\_\_\_\_

	1	2	3	4	5	NS
1. En general, estoy satisfecho/a con la labor docente desarrollada por este Farmacéutico tutor en la asignatura de Prácticas tuteladas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Grado de adecuación de las actividades desarrolladas por este Farmacéutico Tutor en la asignatura de Prácticas tuteladas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Las actividades realizadas por el Farmacéutico tutor me ayudan en mi aprendizaje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sus recursos didácticos facilitan mi aprendizaje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Explica con claridad, destacando los contenidos relevantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Trata de resolver las dudas que se le plantean	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Propone ejemplos y/o situaciones para facilitar el aprendizaje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Fomenta la participación motivando al estudiante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Se interesa por el grado de comprensión de sus explicaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Es receptivo/a en el trato con el estudiante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si lo desea puede acompañar cualquier comentario:



**FARMACÉUTICO TUTOR 2 (SFH)** \_\_\_\_\_

	1	2	3	4	5	NS
1. En general, estoy satisfecho/a con la labor docente desarrollada por este Farmacéutico tutor en la asignatura de Prácticas tuteladas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Grado de adecuación de las actividades desarrolladas por este Farmacéutico Tutor en la asignatura de Prácticas tuteladas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Las actividades realizadas por el Farmacéutico tutor me ayudan en mi aprendizaje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sus recursos didácticos facilitan mi aprendizaje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Explica con claridad, destacando los contenidos relevantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Trata de resolver las dudas que se le plantean	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Propone ejemplos y/o situaciones para facilitar el aprendizaje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Fomenta la participación motivando al estudiante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Se interesa por el grado de comprensión de sus explicaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Es receptivo/a en el trato con el estudiante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si lo desea puede acompañar cualquier comentario:



**FARMACÉUTICO TUTOR 3 (SFH)** \_\_\_\_\_

	1	2	3	4	5	NS
1. En general, estoy satisfecho/a con la labor docente desarrollada por este Farmacéutico tutor en la asignatura de Prácticas tuteladas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Grado de adecuación de las actividades desarrolladas por este Farmacéutico Tutor en la asignatura de Prácticas tuteladas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Las actividades realizadas por el Farmacéutico tutor me ayudan en mi aprendizaje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sus recursos didácticos facilitan mi aprendizaje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Explica con claridad, destacando los contenidos relevantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Trata de resolver las dudas que se le plantean	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Propone ejemplos y/o situaciones para facilitar el aprendizaje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Fomenta la participación motivando al estudiante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Se interesa por el grado de comprensión de sus explicaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Es receptivo/a en el trato con el estudiante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si lo desea puede acompañar cualquier comentario:



**FARMACÉUTICO TUTOR 4 (SFH)** \_\_\_\_\_

	1	2	3	4	5	NS
1. En general, estoy satisfecho/a con la labor docente desarrollada por este Farmacéutico tutor en la asignatura de Prácticas tuteladas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Grado de adecuación de las actividades desarrolladas por este Farmacéutico Tutor en la asignatura de Prácticas tuteladas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Las actividades realizadas por el Farmacéutico tutor me ayudan en mi aprendizaje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sus recursos didácticos facilitan mi aprendizaje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Explica con claridad, destacando los contenidos relevantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Trata de resolver las dudas que se le plantean	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Propone ejemplos y/o situaciones para facilitar el aprendizaje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Fomenta la participación motivando al estudiante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Se interesa por el grado de comprensión de sus explicaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Es receptivo/a en el trato con el estudiante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si lo desea puede acompañar cualquier comentario:





Facultad de Farmacia de Albacete

