



CARTA DE RECOMENDACIÓN

El que suscribe, C. _____, otorgo la siguiente carta de recomendación para el proceso de Selección de Aspirantes a Residencias Médicas de los cursos de especialización con Aval de la División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Medicina de la UNAM al(a) C. _____, quien se encuentra interesado en cursar la especialidad en: _____ y, a quien conozco desde hace _____ años, por lo que me encuentro en condición de emitir esta recomendación conforme a la evaluación realizada conforme a los siguientes rubros y facilitando mis datos de contacto en caso de requerirse verificación de la misma.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN PARA EMITIR LA RECOMENDACIÓN DE INGRESO AL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN

Instrucciones generales

Se agradece su opinión acerca del candidato de acuerdo con las características descritas abajo, marcando con una "x" en la columna que corresponda y anote al final de la columna el puntaje obtenido en cada rubro, para al final realizar la suma total, misma que da 100 puntos como máximo. Favor de marcar no evaluable si no tiene suficientes elementos de juicio para externar su apreciación. **Favor de llenar el formato con tinta azul.**

Escala de evaluación:

NE= No evaluable (0 puntos).
IP= Inferior al promedio (5 puntos).

P= Promedio (8 puntos).
SP= Superior al promedio (10 puntos).

Ítem	Criterios	NE	IP	P	SP	Puntaje
1	Capacidad para el trabajo clínico					
2	Manejo de la información y toma de decisiones basadas en evidencia					
3	Capacidad de argumentación y discusión clínica					
4	Capacidad de autocrítica y receptividad a las recomendaciones y críticas externas					
5	Capacidad de liderazgo y organizativa					
6	Autogestión del conocimiento					
7	Responsabilidad y compromiso con las tareas clínicas y docentes					
8	Conducta ética, bioética y profesionalismo					
9	Estabilidad emocional en el trabajo y en la atención de situaciones críticas					
10	Relaciones interpersonales y sociales adecuadas con profesores, personal de salud, compañeros, pacientes y familiares					
Total de puntos						

Atentamente,

Nombre completo del profesional que recomienda: _____

Institución, adscripción laboral y cargo: _____

Grado máximo de estudios: _____

Teléfono de contacto: _____

Correo electrónico: _____

Lugar y fecha: _____

Firma autógrafa (con tinta azul) _____

