



**SUBDIRECCIÓN DE EDUCACIÓN MÉDICA
INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA
PRESENTE.**

Nombre del candidato: _____

Tiempo de conocer al médico que recomienda: _____

Tipo de relación que ha mantenido con el médico que recomienda: _____

Le agradecemos su opinión acerca del candidato, le pedimos marcar con una "X" el cuadro que corresponda a la mayor precisión y confiabilidad de los puntos marcados a continuación, en caso de no tener suficientes elementos de juicio para externar su opinión, favor de marcar la casilla de no evaluable:

	Excelente	Bueno	Promedio	Suficiente	Insuficiente	No evaluable
Conocimientos médicos						
Capacidad para trabajo clínico						
Capacidad para trabajo docente						
Capacidad para trabajo de investigación						
Capacidad de argumentación y discusión						
Capacidad de autocrítica						
Habilidades y destrezas (capacidad de organización y dedicación)						
Responsabilidad						
Calidad humana						
Grado cultural						
Trabajo en equipo						
Relaciones interpersonales						
Proyección a futuro (asistencial y académico)						

Opinión y comentarios adicionales: _____

Nombre y apellidos de quien recomienda: _____

Institución: _____

Cargo: _____

Fecha: _____ Firma: _____

