



**Salud**  
Secretaría de Salud



INSTITUTO NACIONAL  
DE CANCEROLOGÍA

### Anexo 3



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

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 autocritica						
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: \_\_\_\_\_



**2025**  
Año de  
**La Mujer  
Indígena**