

ESCUELA DE GRADUADOS - FACULTAD DE MEDICINA
ÁREA DE DESARROLLO PROFESIONAL CONTINUO

Formulario de
Acreditación de Actividades de EMC presenciales

Institución organizadora de la actividad:

Título de la actividad:

Fecha de inicio:

	Datos y Responsables de la Actividad	Pág.
	Consideraciones generales	
1.	Objetivos educativos	
2.	Selección de contenidos temáticos	
3.	Metodología educativa	
4.	Organización y logística	
5.	Evaluación	
6.	Patrocinadores	
7.	Lista de verificación	

Se recomienda consultar el Instructivo correspondiente para llenar este formulario y completar la lista de verificación previo al envío de la solicitud al Área de DPC.

Datos y Responsables de la Actividad

a) Lugar donde se desarrollará:

b) Fecha de inicio:

c) Fecha de finalización:

d) Responsable del Comité de Educación Médica Continua Institucional:

- nombre:
- teléfono:
- e-mail:

e) Coordinador(es) responsable(s) de la actividad:

- nombre:
- teléfono:
- e-mail:

f) Responsable administrativo:

- nombre:
- teléfono:
- e-mail:

g) Indicar si la actividad es organizada por más de una Institución, : SI / NO

- nombre de la Institución:
- dirección:
- teléfono:
- e-mail:
- Nombre de la persona a contactar:

Consideraciones generales

- a) Breve Fundamentación del Curso:
- b) Especifique qué aspectos éticos involucra la temática de esta actividad, en sus fundamentos y en la resolución de los casos presentados en los talleres.
- c) Población Objetivo:
- d) Indique la cantidad mínima y máxima de participantes
 - c1. Cantidad mínima:
 - c 2. Cantidad máxima

1- Objetivos Educativos:

Detalle los objetivos educativos en términos de:

- a) objetivos generales (consultar instructivo)
- b) objetivos específicos (consultar instructivo):
- c) Indique si la actividad integra el programa educativo presentado por su Comité de EMC ante la Escuela de Graduados, con motivo de su acreditación o re-acreditación institucional. Coloque una x junto a la opción que corresponda:
 - si:
 - no:

2 - Selección de Contenidos Temáticos

- a)** Indique qué elementos fueron tomados en cuenta para la selección de los contenidos temáticos. Coloque una x junto a la o las opciones que corresponda:
- a1. Opinión o recomendación de expertos (integrantes del Comité de EMC , de sus asesores temáticos u otros):
 - a2. Necesidades percibidas por la Institución o por los profesionales objetivo de la actividad (por ejemplo a través de auditorías, estudios epidemiológicos o encuestas):
 - a3. Prioridades definidas por la Autoridad Sanitaria Nacional:
 - a4. Necesidades percibidas por los usuarios (pacientes, familiares):
- b)** En caso de marcar los ítems a2, a3, a4, consultar instructivo.

3 - Metodología Educativa

- a) Materiales de apoyo (ver instructivo):
- b) Adjunte en hoja aparte el Programa de la actividad:
- c) En caso de realizar un complemento posterior a la actividad para refuerzo de lo aprendido, describa brevemente como y en que momento se realizará (por ejemplo: envío de material impreso, organización de una nueva actividad):

4 - Organización y Logística

a) Docentes participantes:

- Nombre y función a cumplir en la presente actividad:
- Antecedentes profesionales o docentes de cada uno de ellos (*CV resumido relacionado a los antecedentes docentes o profesionales . Debe ser breve*

b) Describa brevemente los recursos materiales que utilizará para la actividad incluyendo espacios físicos adecuados para talleres, apoyo audiovisual y otros.

c) Describa brevemente otros elementos de la organización que considere pertinentes:

5 - Evaluación

a) Describa brevemente cómo se realizará el control de asistencia de los participantes:

b) Describa brevemente cómo será evaluada durante el curso la adquisición de conocimientos por los participantes:

c) En caso de existir una evaluación diferida, describa brevemente cómo se realizará:

- c1) en los conocimientos, habilidades y actitudes.
- c2) en el desempeño profesional.
- c3) de impacto en la población asistida.

- d)** Adjuntar copia de encuesta de opinión en caso de realización (no obligatorio) y si se realiza encuesta sobre temas para próximas actividades.
- e)** Al finalizar la Actividad y en el lapso del siguiente mes el Comité de EMC de la Institución completará el informe obligatorio de acuerdo al formulario correspondiente.

6 - Patrocinadores

- a) La actividad cuenta con patrocinadores:
 - si:
 - no:
- b) Los participantes serán informados de los patrocinadores al momento de la inscripción:
 - si:
 - no:
- c) La actividad se realizará separadamente de la promoción comercial de patrocinadores o sus productos (fuera del salón):
 - si:
 - no:

Firma del Responsable del Comité de EMC de la Institución solicitante:

Nombre:

Fecha:

Para las actividades organizadas por las Cátedras/servicios/departamentos de la Facultad de Medicina de la Udelar, es condición obligatoria la firma del Profesor o responsable directo de la Cátedra, servicio o departamento.

7. Acreditación de actividades. Lista de verificación asociada con el llenado de formulario de acreditación de actividades.

Verifique haber cumplido los siguientes condiciones o puntos		
		Si No
1	Título de la actividad	
2	Entidad organizadora	
3	Entidades asociadas	
4	Lugar	
5	Fecha	
6	Población objetivo	
	Fundamentos	
7	Aspectos éticos	
8	Objetivos generales	
9	Objetivos específicos	
10	Selección de contenidos temáticos	
11	Datos de encuestas realizadas si corresponde	
12	Documentos normativos si corresponde	
13	Coherencia entre los contenidos del curso y sus objetivos	
14	Materiales de apoyo: bibliografía básica y lecturas recomendadas	
15	Número suficiente de ambientes para talleres con 15 integrantes como máximo	
16	Número suficiente de moderadores para el número de talleres	
17	Papel que desempeñan docentes y moderadores	
18	El programa incluye instancias interactivas durante al menos un 30 % de la duración de la actividad	
19	Indicación de que se realizará o no actividad posterior y sus características	
20	Firma del Responsable del Comité de Educación Medica/ o Cátedra	