

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

Fecha: octubre 2024	Formulario de solicitud de Acreditación de Actividades de EMC	Versión 03
------------------------	--	------------

Comité de Educación Médica Continua (EMC) acreditado o Unidad Académica:

Título de la actividad:

Modalidad (marcar lo que corresponda):

- Presencial _____
- En línea _____
- Mixta/Híbrida * _____

Fecha de inicio:

*Refiere a actividades presenciales y otras en línea, sincrónicas o no.

Se recomienda consultar el **Instructivo** de llenado (disponible en la página web) 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 o Profesor/a de la Unidad Académica:
 - 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 (el porqué de la actividad: importancia del tema, necesidad educativa, etc):
- 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
 1. Cantidad mínima:
 2. Cantidad máxima:

Objetivos Educativos:

- a) objetivos generales:
- b) objetivos específicos:
Al finalizar la actividad el participante será capaz de:

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/n:
- 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, incluir la documentación correspondiente en **Anexo**.

Metodología Educativa

- a) Describa brevemente la estrategia de enseñanza (cómo enseñará el contenido y cuáles serán las actividades a desarrollar y la dinámica de las mismas):
- b) Describa los Materiales necesarios para la preparación de los participantes (bibliografía, videos, y/u otros):
- c) Programa de la actividad
 - Adjuntarlo en hoja aparte de este formulario, en el formato especificado en el instructivo.
 - Las actividades colaborativas (talleres, foros, etc), tanto presenciales como en línea, serán un 30 % como mínimo del tiempo total.
 - En las actividades en línea, detallar el tiempo (total y porcentual) de intercambio entre los participantes (foros, aulas virtuales, devolución entre pares, u otras)
- d) En caso de realizar un complemento posterior a la actividad para refuerzo de lo aprendido, describa brevemente cómo y en qué momento se realizará (por ejemplo: envío de material impreso, organización de una nueva actividad):

Organización y Logística

- a) Docentes participantes.

Nombre, rol en esta actividad (expositor, tutor/facilitador), antecedentes docentes y/o profesionales enfocados en la temática, de cada uno.

- b) En caso de actividad presencial, describa brevemente los recursos materiales que utilizará, incluyendo espacios físicos adecuados para talleres, apoyo audiovisual, y otros.

- c) En caso de actividad en línea o híbrida especifique el Software de soporte:

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

Evaluación

a) Describa cómo evaluará los conocimientos previos de los participantes:

b) Respecto a la evaluación del aprendizaje de los participantes:

1. ¿Se realizará evaluación formativa con devolución? SI: _ NO: _

En caso afirmativo, describa cómo lo realizará:

2. ¿Se realizará evaluación sumativa final? SI: _ NO: _

En caso afirmativo describa cuál/es instrumento/s de evaluación será/n utilizados:

c) ¿Se otorgará constancia de participación? SI: _ NO: _

En caso afirmativo, describa los criterios para otorgarla:

d) ¿Se otorgará constancia de aprobación? SI: _ NO: _

En caso afirmativo, describa los criterios para otorgarla:

e) Describa las herramientas que utilizará para la evaluación del curso (por ejemplo, encuesta de satisfacción u otras):

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

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

Recordatorio: 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.

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: _____

Durante la actividad no deben existir referencias ni uso de logos tanto en pantalla (para instancias en línea) y /o en salones (para instancias presenciales), correspondientes tanto a patrocinadores como a empresas de apoyo técnico.

Es esperable que, al inicio de cada presentación, el disertante declare la existencia de eventuales conflictos de interés.

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

Nombre:

Fecha:

Para las actividades organizadas por las Unidades Académicas de la Facultad de Medicina, Universidad de la República, es condición obligatoria la firma del Profesor o Responsable directo de la Unidad Académica, servicio o departamento.

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

Verifique haber cumplido los siguientes condiciones o puntos			
1	Título de la actividad	Si	No
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/facilitadores		
18	El programa incluye instancias interactivas/colaborativas 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 Profesor de UA		