**Universidad Nacional Autónoma de Honduras**

**Facultad de Ciencias Médicas**

**Unidad Tecnológica Educacional en Salud**

**Laboratorio de Simulación Clínica**

**Formato para desarrollar sesión de simulación clínica 001**

Nivel de simulación:

Baja fidelidad Mediana fidelidad Alta fidelidad

|  |  |
| --- | --- |
| Tema del (los) escenario (s) |  |
| Fecha de realización |  |
| Carrera / Espacio de aprendizaje | **/** |
| Horario y tiempo de duración del (los) escenario(s) (incluyendo Brief , Feedback y/o Debriefing |  |
| Tiempo específico de Feedback y/o Debriefing |  |
| Docente responsable |  |
| Tutor(es) clínico(s) de apoyo |  |
| Competencias clínicas por desarrollar |  |
| Instrumento(s) de evaluación |  |
| Materiales necesarios por escenario |  |
| Breve descripción del (los) escenario(s) |  |
| No. De estudiantes por escenario |  |

Observaciones: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y firma del docente que solicita

Fecha: / /