**Servicio de Oftalmología Hospital Italiano de Buenos Aires**

**Instrumento de Auto-Evaluación Continua de las Competencias Profesionales 2014**

Las **competencias** se refieren a las capacidades de las personas para realizar determinadas tareas. Son complejas e integradas y se adquieren en un contexto profesional. Una competencia es el **conjunto del saber, del saber-hacer y del saber ser**. Es el hacer mismo*.*

Este instrumento es una **guía para la observación** del desempeño de los profesionales del HI, **en relación a la calidad y seguridad de los cuidados brindados a los pacientes**. Cada vez que se realice una evaluación, se llevará a cabo una **entrevista de devolución** con recomendaciones al profesional, quien firmará la aceptación y conocimiento de su evaluación.

Nombre y apellido:……………………………………………………….. Tipo y Nro. de documento:…………………………………….. Año de Formación:……………………………………………………………………..

Período evaluado: 01/01/14 a 30/06/14

Marque con una cruz (**X**): **2:** Acorde a las expectativas, **1:** Oportunidades de mejora**, N/A:** No evaluable o no aplica.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Como profesional en asistencia** |  **2** | **1** |  **N/A**  |
| **Tareas asistenciales y como promotor de salud** |
| Demuestra capacidad, ritmo de trabajo y orden laboral. |  |  |  |
| Demuestra creatividad, incluyendo elementos originales en su trabajo. |  |  |  |
| Da relevancia a la promoción de la salud y prevención de enfermedades. |  |  |  |
| Es compasivo en todas las circunstancias, incluyendo la pérdida de la visión. |  |  |  |
| **Habilidades clínicas y/o quirúrgicas** |
| Es eficiente en la realización de sus tareas profesionales. |  |  |  |
| Resuelve satisfactoriamente situaciones complejas. |  |  |  |
| Demuestra motivación y solvencia en la supervisión de alumnos y residentes. |  |  |  |
| **Como comunicador** | **2** | **1** |  **N/A**  |
| Demuestra capacidad para vincularse adecuadamente con pacientes y familiares. |  |  |  |
| Tiene aptitudes para comunicar información efectivamente a pares y colaboradores. |  |  |  |
| **Como colaborador**  | **2** | **1** |  **N/A**  |
| En general colabora con buena voluntad. |  |  |  |
| Demuestra capacidad para participar en tareas grupales con pares. |  |  |  |
| Participa efectivamente en equipos interdisciplinarios. |  |  |  |
| **Como profesional en formación continua** |  **2** |  **1** |  **N/A**  |
| Reflexiona adecuadamente sobre su formación profesional. |  |  |  |
| Se mantiene actualizado. |  |  |  |
| Participa activamente en reuniones científicas, ateneos, etc. |  |  |  |
| Participa activamente en la elaboración de trabajos científicos. |  |  |  |
| Cumple con las guías de práctica clínica que le aplican. |  |  |  |
| **Como profesional ético** |  **2** |  **1** |  **N/A**  |
| Resguarda la autonomía, la integridad y los derechos de los pacientes. |  |  |  |
| Contribuye a la cultura de la seguridad y protege los datos de los pacientes. |  |  |  |
| Demuestra compromiso con sus colegas y la profesión. |  |  |  |
| Comprende y apoya el código de ética y conducta institucional. |  |  |  |
| No se le conocen comportamientos éticamente inaceptables.  |  |  |  |
| **Como gestor y administrador** |  **2** |  **1** |  **N/A**  |
| Administra apropiadamente los recursos a su cargo. |  |  |  |
| Contribuye a la efectividad y organización del Servicio. |  |  |  |

**Evaluación final cualitativa (a criterio del evaluador):**

|  |  |
| --- | --- |
| **Acorde a las expectativas (2)** | **Oportunidades de mejora (1)** |

**Comentarios del evaluado -----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

**Recomendaciones del evaluador ------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

**Fecha:**

**Firma del Evaluador del área Firma del Profesional evaluado**