



## Encuesta de satisfacción del residente sobre rotaciones internas y externas



Dirigida a todos los residentes de especialidades en Ciencias de la Salud de Centros y Unidades Docentes la Comunidad de Madrid, con el fin de recoger su grado de satisfacción con la formación recibida en las rotaciones internas y externas realizadas.

Desde la Subdirección General de Formación y Acreditación Docente Sanitarias, en el ejercicio de sus competencias, de conformidad con lo establecido en el artículo 29.5 del Real Decreto 183/2008, de 28 de febrero, y con la finalidad de evaluar la calidad de la formación especializada, se ha diseñado una encuesta anónima que pone a disposición de todos los residentes de Especialidades en Ciencias de la Salud, para comprobar el grado de satisfacción en cuanto a la formación recibida durante las rotaciones realizadas.

Esta encuesta permitirá obtener información para la adopción de medidas orientadas a mejorar la formación que se ofrece al residente, con especial interés en la elaboración de los planes individuales de formación. La información recogida en el cuestionario será tratada de forma anónima, para ser utilizada únicamente con los fines descritos.

Para responder a la totalidad de la encuesta se ha estimado necesario un tiempo de 5 minutos. Le solicitamos su colaboración respondiendo a la encuesta de acuerdo con las instrucciones de cumplimentación. Le agradecemos sinceramente su participación que contribuirá a la mejora del Sistema de Formación de Especialistas en Ciencias de la Salud de la Comunidad de Madrid.

## Encuesta de satisfacción del residente sobre rotaciones internas y externas

### Datos de clasificación del residente

Centro donde ha suscrito el contrato de trabajo para la formación:

Centro o Unidad Docente a la que pertenece:

Especialidad:

Año de residencia:

Dispone de especialidad anterior:  Sí

No

Sexo:  Mujer  Hombre  No contesta

Edad:

Nacionalidad:

País de nacimiento:

### Datos de clasificación de la rotación

*Cumplimentar sobre la última rotación realizada*

Tipo de rotación:  Rotación interna  Rotación externa

Modalidad de rotación:  Rotación obligatoria  Rotación opcional

Centro de rotación:  
*Denominación del centro sanitario o institución donde ha realizado dicha rotación*

Unidad, Servicio o Dispositivo de rotación:  
*Ejemplo: Servicio de Medicina Preventiva*

Contenido principal de la rotación:  
*Ejemplo: Vacunas*

Periodo de rotación: Del  al

Destino:  España  Extranjero

Provincia:

Continente:

País:

Ciudad:

### Opiniones del residente

*Señale la valoración que le merecen las siguientes cuestiones referentes a la rotación realizada. Si desea detallar más información tiene la opción de especificar.*

1. ¿Cómo valora la acogida en la rotación?

2. ¿Considera que el nivel de supervisión recibida se corresponde con su año de residencia?  Sí  No  
Especificar:

3. ¿Cómo valora el cumplimiento de los objetivos y las actividades realizadas en la rotación?

4. ¿Cómo valora la formación teórico-práctica recibida en la rotación realizada?

5. ¿Ha tenido la posibilidad de participar en algún trabajo de investigación durante la rotación?  Sí  No  
Especificar:

6. ¿Ha sido ponente en alguna sesión durante la rotación?  Sí  No  
Especificar:

7. ¿Ha tenido a su disposición un puesto con ordenador y acceso a internet?  Sí  No  
Especificar:

8. ¿En la rotación realizada se han cumplido las expectativas que tenía al inicio de la misma?  Sí  No  
Especificar:

9. ¿Recomendaría la rotación realizada a sus compañeros?  Sí  No  
Especificar:

10. ¿Considera que la duración de la rotación ha sido?  Excesiva  Adecuada  Insuficiente

11. Globalmente a esta rotación le otorgaría una puntuación de escala de 1 a 10, siendo 1 (deficiente) a 10 (excelente)  
 1  2  3  4  5  6  
 7  8  9  10

12. Describa brevemente si ha echado de menos alguna actividad relevante para su etapa formativa

13. Indique brevemente los aspectos más positivos de la rotación realizada

14. Por último, le agradeceríamos indique aquellos aspectos que debieran mejorarse para esta rotación en un futuro

15. Otras sugerencias

Por favor, una vez cumplimentado, remita este cuestionario al Servicio de Formación Especializada por cualquiera de estas dos vías:

- Mediante correo electrónico a: [forespecializada@salud.madrid.org](mailto:forespecializada@salud.madrid.org)
- Mediante correo postal a:

**Servicio de Formación Especializada.**

Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

C/ Aduana 29, 3ª planta

28013, Madrid

*Muchas gracias por su colaboración*