**ACTA DE EVALUACIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS**

**Riobamba, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_**

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ en mi calidad de asesor/a, certifico que el/la estudiante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_del año lectivo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ha realizado \_\_\_\_ historias clínicas y el video de atención al paciente obteniendo las siguientes calificaciones:

Historias clínicas: \_\_\_/10

Video de atención al paciente: \_\_\_/10

Particular que pongo a consideración para los fines pertinentes.

Atentamente,

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

Nombre y apellidos

Asesor/a