

ANEXO

REGLAMENTO INTERNO DE PRÁCTICAS TUTELADAS



FACULTAD DE FARMACIA

Versión 6 (aprobado en Junta de Facultad de 18 de Mayo de 2021)



SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN COMO FARMACÉUTICO TUTOR (OF)

DATOS DEL FARMACÉUTICO QUE PARTICIPA COMO TUTOR

Apellidos: _____

Nombre: _____ DNI: _____

Teléfono: _____ Teléfono móvil: _____

E-mail: _____

Número de colegiado _____ Provincia _____

OFICINA DE FARMACIA

Apellidos y nombre del Titular/es _____

Número de Farmacia _____ Provincia _____

Dirección _____ Localidad _____ Código postal _____

E-mail _____ Teléfono _____

Nivel de formulación magistral: 1 2 3 4

Periodo de rotación en el que elige acoger al alumno de prácticas:

Primer rotatorio (16 semanas en el periodo de septiembre a marzo)

Segundo rotatorio (16 semanas en el periodo de enero a julio)

Primer y segundo rotatorio

Otros datos de interés: _____

Autorizo a que los datos referentes al nombre del tutor, dirección postal, titularidad, horario y nivel de formulación magistral de la Oficina de Farmacia estén disponibles en la página web de la Facultad de Farmacia de la UCLM.



Facultad de Farmacia de Albacete



EXPONE

que desea participar como Farmacéutico Tutor de Prácticas Tuteladas, de acuerdo al Convenio firmado entre la Universidad y el Consejo de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de Castilla La Mancha.

En _____ , a ____ de _____ del _____

FIRMA DEL FARMACÉUTICO TUTOR

FIRMA DEL TITULAR Y SELLO DE LA OFICINA
DE FARMACIA

Fdo _____

Fdo _____



Facultad de Farmacia de Albacete



SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN COMO FARMACÉUTICO TUTOR (SFH)

DATOS DEL FARMACÉUTICO TUTOR

Apellidos: _____

Nombre: _____ DNI: _____

Teléfono: _____ Teléfono móvil: _____

E-mail: _____

Provincia _____

FARMACIA HOSPITALARIA

Servicio de Farmacia Hospitalaria _____

EXPONE

que desea participar como Farmacéutico Tutor de Prácticas Tuteladas, de acuerdo al Convenio firmado entre la Universidad y el SESCAM.

En _____ , a ___ de _____ del _____

FIRMA DEL FARMACÉUTICO TUTOR

FIRMA DEL JEFE DE SERVICIO

Fdo _____

Fdo _____



COMUNICACIÓN DE BAJA FARMACÉUTICO TUTOR (OF)

DATOS DEL FARMACÉUTICO TUTOR

Apellidos: _____

Nombre: _____ DNI: _____

Teléfono: _____ Teléfono móvil: _____

E-mail: _____

Número de colegiado _____ Provincia _____

OFICINA DE FARMACIA

Apellidos y nombre del Titular/es _____

Número de Farmacia _____ Provincia _____

Dirección _____ Localidad _____ Código postal _____

E-mail _____ Teléfono _____

EXPONE

Su deseo de causar baja como Farmacéutico Tutor en el desarrollo de la docencia de la asignatura de Prácticas Tuteladas, de acuerdo con el Convenio firmado entre la Universidad de Castilla La Mancha y el Consejo de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de Castilla La Mancha.

En _____, a ____ de _____ del _____

FIRMA DEL FARMACÉUTICO TUTOR

FIRMA DEL TITULAR Y SELLO DE LA OFICINA DE FARMACIA

Fdo _____

Fdo _____



COMUNICACIÓN DE BAJA FARMACÉUTICO TUTOR (SFH)

DATOS DEL FARMACÉUTICO

Apellidos: _____

Nombre: _____ DNI: _____

Teléfono: _____ Teléfono móvil: _____

E-mail: _____

FARMACIA HOSPITALARIA

Servicio de Farmacia Hospitalaria _____

EXPONE

Su deseo de causar baja como Farmacéutico Tutor en el desarrollo de la docencia de la asignatura de Prácticas Tuteladas, de acuerdo al Convenio firmado entre la Universidad y el SESCAM.

En _____, a ____ de _____ del _____

FIRMA DEL FARMACÉUTICO TUTOR

FIRMA DEL JEFE DE SERVICIO

Fdo _____

Fdo _____



**FORMULARIO DE COMUNICACIÓN DE INCIDENCIAS
DE PRÁCTICAS TUTELADAS**

(*) PARTE SOMBREADA: Datos a cumplimentar por la Comisión Mixta de Prácticas Tuteladas.

AÑO/CONVOCATORIA:

INCIDENCIA Nº (*):

DATOS DEL ESTUDIANTE

Apellidos: _____
Nombre: _____ DNI: _____
Teléfono: _____ Teléfono móvil: _____
Email: _____

DATOS DEL CENTRO RECEPTOR Y DEL TUTOR

Centro receptor: _____
Dirección: _____
Apellidos y nombre del tutor: _____
Teléfono: _____ Email: _____

NOTIFICACIÓN DE LA INCIDENCIA

COMPLETADO POR:

FECHA:

Tutor Profesor asociado Alumno Otro:

DESCRIPCIÓN DE LA INCIDENCIA:

Se adjunta documentación

TRATAMIENTO Y RESULTADOS (Datos a cumplimentar por la CMPT):

Se adjunta documentación

FECHA:

FIRMA (cierre de incidencia):



**SOLICITUD DE REALIZACIÓN DE PRÁCTICAS TUTELADAS
EN PRIMER ROTATORIO**

DATOS DEL ESTUDIANTE

Apellidos: _____

Nombre: _____ DNI: _____

Teléfono: _____ Teléfono móvil: _____

Email: _____

EXPONE

que cumple los requisitos exigidos en el Reglamento Interno de Prácticas Tuteladas de la Universidad de Castilla-La Mancha para la realización de la asignatura Prácticas Tuteladas:

- Año académico de comienzo de los estudios del Grado de Farmacia: _____
- Total de asignaturas para finalizar el Grado de Farmacia (Especificar cuáles):

- Total de asignaturas con prácticas de laboratorio pendientes de realizar para finalizar el Grado de Farmacia:

- Total de créditos para finalizar el Grado de Farmacia: _____

SOLICITA

que se le adjudique una plaza en el grupo de rotación de Prácticas Tuteladas de septiembre a marzo (primer semestre).

En Albacete, a ____ de _____ del ____

Fdo: _____



SOLICITUD DE OFICINA DE FARMACIA Y SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA

DATOS DEL ESTUDIANTE

Apellidos: _____
Nombre: _____ DNI: _____
Teléfono: _____ Teléfono móvil: _____
Email: _____

D. _____ declara que todos los datos expuestos a continuación son ciertos y que cumple los requisitos exigidos en el Reglamento Interno de Prácticas Tuteladas de la Universidad de Castilla-La Mancha para la realización de la asignatura Prácticas Tuteladas:

Año académico de comienzo de los estudios del Grado de Farmacia: _____

Total de asignaturas básicas u obligatorias pendientes de superar del Grado de Farmacia, incluyendo primer semestre de 5º curso y excluyendo Practicas Tuteladas y Trabajo fin de Grado:

Total de asignaturas con prácticas de laboratorio pendientes de realizar para finalizar el Grado de Farmacia (máximo permitido en el Reglamento, 1 asignatura): _____

Necesita adaptación de horario para la realización de Prácticas Tuteladas por solapamiento con prácticas de laboratorio de otra asignatura.

SOLICITA

Que se le adjudique una plaza en el Servicio de Farmacia Hospitalaria (rellenar según orden de preferencia indicando nombre del Hospital):

Hospital: _____ Grupo: _____
Hospital: _____ Grupo: _____

(Puede añadir hospitales y continuar en el reverso o en hojas complementarias si se considera oportuno)



Facultad de Farmacia de Albacete



Que se le adjudique una plaza en la Oficina de Farmacia para la realización de las Prácticas Tuteladas (rellenar según orden de preferencia indicando nombre del Farmacéutico Titular de la Oficina de Farmacia y dirección).

- 1.- Oficina de Farmacia: _____
- 2.- Oficina de Farmacia: _____
- 3.- Oficina de Farmacia: _____
- 4.- Oficina de Farmacia: _____
- 5.- Oficina de Farmacia: _____
- 6.- Oficina de Farmacia: _____
- 7.- Oficina de Farmacia: _____
- 8.- Oficina de Farmacia: _____
- 9.- Oficina de Farmacia: _____
- 10.- Oficina de Farmacia: _____
- 11.- Oficina de Farmacia: _____
- 12.- Oficina de Farmacia: _____
- 13.- Oficina de Farmacia: _____
- 14.- Oficina de Farmacia: _____
- 15.- Oficina de Farmacia: _____
- 16.- Oficina de Farmacia: _____
- 17.- Oficina de Farmacia: _____
- 18.- Oficina de Farmacia: _____
- 19.- Oficina de Farmacia: _____
- 20.- Oficina de Farmacia: _____
- 21.- Oficina de Farmacia: _____
- 22.- Oficina de Farmacia: _____
- 23.- Oficina de Farmacia: _____
- 24.- Oficina de Farmacia: _____
- 25.- Oficina de Farmacia: _____
- 26.- Oficina de Farmacia: _____
- 27.- Oficina de Farmacia: _____
- 28.- Oficina de Farmacia: _____
- 29.- Oficina de Farmacia: _____
- 30.- Oficina de Farmacia: _____
- 31.- Oficina de Farmacia: _____
- 32.- Oficina de Farmacia: _____
- 33.- Oficina de Farmacia: _____
- 34.- Oficina de Farmacia: _____
- 35.- Oficina de Farmacia: _____
- 36.- Oficina de Farmacia: _____
- 37.- Oficina de Farmacia: _____
- 38.- Oficina de Farmacia: _____
- 39.- Oficina de Farmacia: _____
- 40.- Oficina de Farmacia: _____

(Puede añadir farmacias y continuar en el reverso o en hojas complementarias si se considera oportuno)

NOTA: Aquellos alumnos que no indiquen orden de preferencia de Oficina de Farmacia o Servicio de Farmacia Hospitalaria se les adjudicará de oficio.

En Albacete, a ____ de _____ del ____

Fdo: _____



Facultad de Farmacia de Albacete



**RECURSO A LA ADJUDICACIÓN DE OF y SFH PARA LA REALIZACIÓN
DE PRÁCTICAS TUTELADAS**

DATOS DEL ESTUDIANTE

Apellidos: _____

Nombre: _____ DNI: _____

Teléfono: _____ Teléfono móvil: _____

Email: _____

EXPONE

Documentos adjuntos:

SOLICITA

que se le tenga en cuenta dicho recurso en la evaluación de solicitudes con vistas al listado de adjudicación definitivo de Práctica Tuteladas.

En Albacete, a ____ de _____ del ____

Fdo: _____



COMPROMISO COMO ALUMNO DE PRÁCTICAS TUTELADAS

DATOS DEL ESTUDIANTE

Apellidos: _____

Nombre: _____ DNI: _____

Teléfono: _____ Teléfono móvil: _____

Email: _____

DECLARA

1. Que acepta realizar las Prácticas Tuteladas en la Oficina de Farmacia _____ y en el grupo ____ de rotación del Servicio de Farmacia Hospitalaria _____ asignados.
2. Que ha sido informado y que conoce la Normativa que rige las Prácticas Tuteladas, así como sus obligaciones como alumno, asumiendo que el incumplimiento de las mismas podría implicar la suspensión directa de las Prácticas Tuteladas.

SE COMPROMETE

1. A respetar el sistema organizativo del centro receptor donde va a realizar las Prácticas Tuteladas y en particular a su Farmacéutico Tutor, siguiendo las instrucciones que reciba de éste.
2. A tratar toda la información que reciba y a la que tenga acceso durante el desarrollo de las Prácticas Tuteladas, como privada y confidencial y adoptar las medidas precisas para mantenerla como tal; así como a mantener el secreto profesional.
3. A no revelar a terceros, ajenos al desarrollo de las Prácticas Tuteladas, cualquier información suministrada o a la que haya tenido acceso, no pudiéndola utilizar para cualquier otro propósito salvo que obtenga del centro receptor la oportuna autorización.
4. A asumir las responsabilidades derivadas del incumplimiento de los compromisos anteriores.

En prueba de conformidad firmo el presente documento en Albacete, a ____ de _____ del _____.

Firma del alumno: _____



COMPROMISO HORARIO DEL ALUMNO

DATOS DEL ALUMNO

Apellidos: _____
Nombre: _____ DNI: _____
Teléfono: _____ Teléfono móvil: _____
E-mail: _____

EL ALUMNO ESTA INSCRITO EN EL GRUPO ____ DE ROTACIÓN EN EL SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA de _____ y EL PERIODO DE ROTACIÓN EN OFICINA DE FARMACIA CORRESPONDE AL PERIODO: _____

OFICINA DE FARMACIA

Apellidos y nombre del Titular/es _____

Número de Farmacia _____ Provincia _____
Dirección _____ Localidad _____ Código postal _____
E-mail _____ Teléfono _____
FARMACÉUTICO TUTOR _____

COMPROMISO HORARIO

La dedicación presencial por parte del estudiante debe ser de 35 horas semanales. Los estudiantes deberán cumplir dicho periodo de prácticas dentro de la franja horaria de 8:00 a 22:00 de lunes a viernes. Este periodo no incluye fines de semana ni festivos; asimismo, los alumnos no tendrán permitida la realización de guardias.



Facultad de Farmacia de Albacete



HORARIO que seguirá el alumno en la OFICINA DE FARMACIA:

	MAÑANA	TARDE
LUNES	_____	_____
MARTES	_____	_____
MIÉRCOLES	_____	_____
JUEVES	_____	_____
VIERNES	_____	_____

En _____ , a ___ de _____ de _____

FIRMA DEL ALUMNO

FIRMA DEL TITULAR Y SELLO
DE LA OFICINA DE FARMACIA

FIRMA DEL FARMACÉUTICO
TUTOR

Fdo _____

Fdo _____

Fdo _____

HORARIO que seguirá el alumno en el SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA

	MAÑANA	TARDE
LUNES	_____	_____
MARTES	_____	_____
MIÉRCOLES	_____	_____
JUEVES	_____	_____
VIERNES	_____	_____

En _____ , a ___ de _____ de _____

FIRMA DEL ALUMNO

FIRMA DEL FARMACÉUTICO TUTOR

Fdo _____

Fdo _____

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DEL ESTUDIANTE EN OF

ALUMNO: _____

FARMACÉUTICO TUTOR _____

Oficina de Farmacia _____

CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES	CALIFICACIÓN (Puntuación del 1 al 10)	
ÁREAS DE FORMACIÓN*	Nivel de conocimientos teóricos adquiridos	Nivel de habilidades adquiridas
Administración farmacéutica y gestión de medicamentos		
Conservación y custodia de medicamentos		
Dispensación de medicamentos		
Control farmacoterapéutico del paciente. Atención farmacéutica		
Farmacovigilancia		
Información y educación sanitaria		
TOTAL (valor medio)		

*Para facilitar la evaluación de las distintas áreas de formación consultar los contenidos trabajados en los distintos módulos del cuaderno de Prácticas Tuteladas

ACTITUDES	CALIFICACIÓN (Puntuación del 1 al 10)
Motivación	
Dedicación/Sentido de la responsabilidad	
Iniciativa	
Puntualidad / Asistencia	
Relaciones equipo de trabajo	
Información y educación sanitaria	
Habilidades de comunicación oral y escrita	
TOTAL (valor medio)	



Facultad de Farmacia de Albacete



OBSERVACIONES

Farmacéutico Tutor

Fdo.: _____



CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DEL ESTUDIANTE EN SFH

ALUMNO: _____

FARMACÉUTICO TUTOR _____

Servicio de Farmacia Hospitalaria _____

CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES	CALIFICACIÓN (Puntuación del 1 al 10)	
ÁREAS DE FORMACIÓN*	Nivel de conocimientos teóricos adquiridos	Nivel de habilidades adquiridas
Gestión de la Farmacoterapia		
Atención farmacéutica en paciente ingresado		
Atención farmacéutica en paciente externo		
Centro de Información de Medicamentos		
Farmacotecnia estéril		
Farmacotecnia no estéril y SADME		
TOTAL (valor medio)		

*Para facilitar la evaluación de las distintas áreas de formación consultar los contenidos trabajados en los distintos módulos del cuaderno de Prácticas Tuteladas

ACTITUDES	CALIFICACIÓN (Puntuación del 1 al 10)
Motivación	
Dedicación/Sentido de la responsabilidad	
Iniciativa	
Puntualidad / Asistencia	
Relaciones equipo de trabajo	
TOTAL (valor medio)	



Facultad de Farmacia de Albacete



OBSERVACIONES

Farmacéutico Tutor

Fdo.: _____



CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN DEL ESTUDIANTE

DATOS DEL ALUMNO

Apellidos: _____

Nombre: _____ DNI: _____

Teléfono: _____ Teléfono móvil: _____

E-mail: _____

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN

A continuación nos gustaría saber su opinión sobre algunos aspectos relacionados con la organización de la asignatura de Prácticas Tuteladas. Su colaboración consiste en señalar (■) en la escala de respuesta su grado de acuerdo con cada una de las afirmaciones, teniendo en cuenta que “1” significa “el menor grado de acuerdo” y “5”, “el mayor grado de acuerdo”. Si no tiene suficiente información sobre el enunciado o considera que no procede, marque la opción “NS”.

	1	2	3	4	5	NS
A. La planificación se conoce con suficiente antelación	<input type="checkbox"/>					
B. Se cumplen las normas que recoge el Reglamento	<input type="checkbox"/>					
C. Las horas de estancias se aprovechan adecuadamente	<input type="checkbox"/>					
D. El nº de horas de prácticas en Farmacia Hospitalaria es suficiente	<input type="checkbox"/>					
E. El nº de horas de prácticas en Oficina de Farmacia es suficiente	<input type="checkbox"/>					
F. El cuaderno de prácticas se adecúa a los contenidos de la asignatura	<input type="checkbox"/>					

Por favor incluya cualquier sugerencia o comentario que le parezca que pueda ser de utilidad para mejorar cualquier aspecto que le parezca relevante sobre la asignatura de las prácticas tuteladas:



NOS GUSTARÍA CONTAR ADEMÁS CON SU OPINIÓN SOBRE LOS FARMACÉUTICOS TUTORES PROFESIONALES. Indique su grado de satisfacción marcando de 1 a 5:

FARMACÉUTICO TUTOR (OF) _____

	1	2	3	4	5	NS
1. En general, estoy satisfecho/a con la labor docente desarrollada por este Farmacéutico tutor en la asignatura de Prácticas tuteladas	<input type="checkbox"/>					
2. Grado de adecuación de las actividades desarrolladas por este Farmacéutico Tutor en la asignatura de Prácticas tuteladas	<input type="checkbox"/>					
3. Las actividades realizadas por el Farmacéutico tutor me ayudan en mi aprendizaje	<input type="checkbox"/>					
4. Sus recursos didácticos facilitan mi aprendizaje	<input type="checkbox"/>					
5. Explica con claridad, destacando los contenidos relevantes	<input type="checkbox"/>					
6. Trata de resolver las dudas que se le plantean	<input type="checkbox"/>					
7. Propone ejemplos y/o situaciones para facilitar el aprendizaje	<input type="checkbox"/>					
8. Fomenta la participación motivando al estudiante	<input type="checkbox"/>					
9. Se interesa por el grado de comprensión de sus explicaciones	<input type="checkbox"/>					
10. Es receptivo/a en el trato con el estudiante	<input type="checkbox"/>					

Si lo desea puede acompañar cualquier comentario:



FARMACÉUTICO TUTOR 1 (SFH) _____

	1	2	3	4	5	NS
1. En general, estoy satisfecho/a con la labor docente desarrollada por este Farmacéutico tutor en la asignatura de Prácticas tuteladas	<input type="checkbox"/>					
2. Grado de adecuación de las actividades desarrolladas por este Farmacéutico Tutor en la asignatura de Prácticas tuteladas	<input type="checkbox"/>					
3. Las actividades realizadas por el Farmacéutico tutor me ayudan en mi aprendizaje	<input type="checkbox"/>					
4. Sus recursos didácticos facilitan mi aprendizaje	<input type="checkbox"/>					
5. Explica con claridad, destacando los contenidos relevantes	<input type="checkbox"/>					
6. Trata de resolver las dudas que se le plantean	<input type="checkbox"/>					
7. Propone ejemplos y/o situaciones para facilitar el aprendizaje	<input type="checkbox"/>					
8. Fomenta la participación motivando al estudiante	<input type="checkbox"/>					
9. Se interesa por el grado de comprensión de sus explicaciones	<input type="checkbox"/>					
10. Es receptivo/a en el trato con el estudiante	<input type="checkbox"/>					

Si lo desea puede acompañar cualquier comentario:

FARMACÉUTICO TUTOR 2 (SFH)

	1	2	3	4	5	NS
1. En general, estoy satisfecho/a con la labor docente desarrollada por este Farmacéutico tutor en la asignatura de Prácticas tuteladas	<input type="checkbox"/>					
2. Grado de adecuación de las actividades desarrolladas por este Farmacéutico Tutor en la asignatura de Prácticas tuteladas	<input type="checkbox"/>					
3. Las actividades realizadas por el Farmacéutico tutor me ayudan en mi aprendizaje	<input type="checkbox"/>					
4. Sus recursos didácticos facilitan mi aprendizaje	<input type="checkbox"/>					
5. Explica con claridad, destacando los contenidos relevantes	<input type="checkbox"/>					
6. Trata de resolver las dudas que se le plantean	<input type="checkbox"/>					
7. Propone ejemplos y/o situaciones para facilitar el aprendizaje	<input type="checkbox"/>					
8. Fomenta la participación motivando al estudiante	<input type="checkbox"/>					
9. Se interesa por el grado de comprensión de sus explicaciones	<input type="checkbox"/>					
10. Es receptivo/a en el trato con el estudiante	<input type="checkbox"/>					

Si lo desea puede acompañar cualquier comentario:



FARMACÉUTICO TUTOR 3 (SFH)

	1	2	3	4	5	NS
1. En general, estoy satisfecho/a con la labor docente desarrollada por este Farmacéutico tutor en la asignatura de Prácticas tuteladas	<input type="checkbox"/>					
2. Grado de adecuación de las actividades desarrolladas por este Farmacéutico Tutor en la asignatura de Prácticas tuteladas	<input type="checkbox"/>					
3. Las actividades realizadas por el Farmacéutico tutor me ayudan en mi aprendizaje	<input type="checkbox"/>					
4. Sus recursos didácticos facilitan mi aprendizaje	<input type="checkbox"/>					
5. Explica con claridad, destacando los contenidos relevantes	<input type="checkbox"/>					
6. Trata de resolver las dudas que se le plantean	<input type="checkbox"/>					
7. Propone ejemplos y/o situaciones para facilitar el aprendizaje	<input type="checkbox"/>					
8. Fomenta la participación motivando al estudiante	<input type="checkbox"/>					
9. Se interesa por el grado de comprensión de sus explicaciones	<input type="checkbox"/>					
10. Es receptivo/a en el trato con el estudiante	<input type="checkbox"/>					

Si lo desea puede acompañar cualquier comentario:



FARMACÉUTICO TUTOR 4 (SFH)

	1	2	3	4	5	NS
1. En general, estoy satisfecho/a con la labor docente desarrollada por este Farmacéutico tutor en la asignatura de Prácticas tuteladas	<input type="checkbox"/>					
2. Grado de adecuación de las actividades desarrolladas por este Farmacéutico Tutor en la asignatura de Prácticas tuteladas	<input type="checkbox"/>					
3. Las actividades realizadas por el Farmacéutico tutor me ayudan en mi aprendizaje	<input type="checkbox"/>					
4. Sus recursos didácticos facilitan mi aprendizaje	<input type="checkbox"/>					
5. Explica con claridad, destacando los contenidos relevantes	<input type="checkbox"/>					
6. Trata de resolver las dudas que se le plantean	<input type="checkbox"/>					
7. Propone ejemplos y/o situaciones para facilitar el aprendizaje	<input type="checkbox"/>					
8. Fomenta la participación motivando al estudiante	<input type="checkbox"/>					
9. Se interesa por el grado de comprensión de sus explicaciones	<input type="checkbox"/>					
10. Es receptivo/a en el trato con el estudiante	<input type="checkbox"/>					

Si lo desea puede acompañar cualquier comentario:



Facultad de Farmacia de Albacete

