

# UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO

## FACULTAD DE MEDICINA

### REQUISITOS PARA OBTENER RECONOCIMIENTO Y AVAL DE UN CURSO DE EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA

1. Solicitar por escrito el Reconocimiento de actividades de Educación Médica Continua, dirigida a la Coordinación de Educación Médica, Facultad de Medicina, U.A.Q., por lo menos con un mes anticipación a la fecha de inicio. **Solo para cursos o congresos en la Ciudad de Querétaro** Se dará contestación en un lapso de 5 días hábiles.  
(Proporcionar tríptico o cartel del programa y carta descriptiva del curso)
2. Llenar el formato de registro del Programa de la Actividad Educativa para acreditar, entregarlo en la Coordinación de Educación Médica, de la Facultad de Medicina, U.A.Q., por lo menos con un mes de anticipación del evento, se dará contestación en un lapso de 5 días hábiles.
3. Llenar el formato de registro del Comité Estatal Interinstitucional para la Formación y Capacitación de Recursos Humanos e Investigación para la Salud CIFRHIS).
4. Terminada la actividad, de acuerdo con la evaluación previa, presentar **la lista de los ASISTENTES** y de profesores que participaron en el curso.
5. Elaborar Constancia/Reconocimiento/Diploma para asistentes y ponentes. En la parte superior debe aparecer el logotipo de la Facultad de Medicina y de las instituciones participantes, consignando el nombre del curso, nombre del profesor participante y asistentes que cumplieron con los requisitos duración del curso, firmas de las autoridades de la Facultad de Medicina (Director o Coordinador de Educación Médica) y de la Institución donde se impartió el curso (autoridades y profesor titular del curso). No se incluirá nombre de **patrocinador alguno**. Las constancias se entregarán en esta Coordinación **3 días antes** de que finalice el curso, para su registro, otorgamiento de créditos y firma, **no se aceptan constancias sin nombre y regresarán las constancias que no se utilizaron, para cancelar los folios, (no hay devolución de pagos por cancelación)**
6. Se pagará a la Facultad de Medicina, U.A.Q., \$50.00 (CINCUENTA PESOS) por Diploma, Reconocimiento o Constancia expedida, avalada y registrada, **Pago en Efectivo**.

7.- Para los cursos presenciales los responsables deberán consultar, los lineamientos técnicos para la reapertura de actividades no esenciales emitidas por el Gobierno del Estado de Querétaro, así como el índice covimétrico, para el aforo de espacios cerrados para ser aplicados durante el curso de acuerdo a la normatividad vigente. Se requiere evidencia fotográfica de las medidas sanitarias, consultar en:

**\*La Sombra de Arteaga Periódico Oficial del Gobiernos del Estado de Querétaro Tomo CLIII N° 51 Santiago de Querétaro**

**\*Índice Covimétrico Protección Civil** <https://proteccioncivilqro.gob.mx/ioc/>

8.- En los casos de cursos o sesiones virtuales, deberán ser grabadas en su totalidad, identificadas y Archivadas en una carpeta de una memoria USB, misma que deberá ser entregada al final del curso en la Coordinación de Ingreso y Calidad Educativa para su evaluación.

**SERVICIOS DE SALUD EN EL ESTADO DE QUERÉTARO  
COMITÉ ESTATAL INTERINSTITUCIONAL PARA LA FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN  
DE RECURSOS HUMANOS E INVESTIGACIÓN PARA LA SALUD**

**NO. REG. CIFRHS:** \_\_\_\_\_

**FECHA:** \_\_\_\_\_

**CÉDULA DE REGISTRO DE EDUCACIÓN CONTINUA EN EL ÁREA DE LA SALUD**

1. Nivel de la Actividad Educativa:

1.1.1 Técnica \_\_\_\_\_

1.1.2 Licenciatura \_\_\_\_\_

1.1.3 Posgrado Especialidad \_\_\_\_\_ Maestría \_\_\_\_\_ Doctorado \_\_\_\_\_

1.2 Curso de Extensión Universitaria \_\_\_\_\_ (<30 horas)

1.3 Curso Actualización \_\_\_\_\_ (>30 horas)

1.4 Curso Monográfico \_\_\_\_\_ (Teórico-Práctico) Tipo Longitudinal o Vertical

1.5 Adiestramiento en Servicio \_\_\_\_\_ horas

1.6 Diplomado \_\_\_\_\_

1.6.1 Introductorio \_\_\_\_\_ 90 – 300 horas

1.6.2 Intermedio \_\_\_\_\_ 330 – 600 horas

1.6.3 Avanzado \_\_\_\_\_ 630 – 1400 horas

1.7 Horas/Teóricas \_\_\_\_\_

1.8 Horas/Prácticas \_\_\_\_\_

1.9 Horas/Totales \_\_\_\_\_

2. Título de la Actividad Educativa: \_\_\_\_\_

3. Profesor Titular \_\_\_\_\_

3.1 Profesor Adjunto: \_\_\_\_\_

3.2 Institución: \_\_\_\_\_

3.3 Dirección: \_\_\_\_\_

3.4 Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

4. Fecha de Inicio: \_\_\_\_\_

4.1 Fecha de Terminación \_\_\_\_\_

5. Profesional del área al que va dirigido: \_\_\_\_\_

6. Cupo: \_\_\_\_\_

6.1 Costo: \_\_\_\_\_

6.2 Sede: \_\_\_\_\_

7. Requisitos/Ingreso \_\_\_\_\_

8. Evaluación. Número de personas que acreditaron la actividad educativa

Aprobados: \_\_\_\_\_ Reprobados: \_\_\_\_\_

9. Reconocimiento: Institucional: \_\_\_\_\_ Universidad: \_\_\_\_\_

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

10. Nombre y Firma de quien llenó el registro: \_\_\_\_\_

**NOTA:** El llenado de esta cédula de registro es en base a los requisitos de la propuesta de la NOM



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO  
FACULTAD DE MEDICINA



COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN MÉDICA  
PROGRAMA DE ACTIVIDAD EDUCATIVA PARA ACREDITACIÓN

**I. IDENTIFICACIÓN**

Nombre del Curso: \_\_\_\_\_

Tipo de Curso: \_\_\_\_\_

Instituciones Participantes: \_\_\_\_\_

Responsable del Curso-Profesor Titular: \_\_\_\_\_

Profesor Adjunto: \_\_\_\_\_

Sede del Curso: \_\_\_\_\_

Fecha: de \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

Horario: de \_\_\_\_\_

Total de Horas: \_\_\_\_\_ Teóricas: \_\_\_\_\_ Prácticas: \_\_\_\_\_ Teóricas-Prácticas: \_\_\_\_\_

Dirigido a: \_\_\_\_\_

**II. OBJETIVOS**

Justificación: \_\_\_\_\_

Objetivo General: \_\_\_\_\_

Objetivos específicos: \_\_\_\_\_

**III. DIDÁCTICA**

Técnicas de Enseñanza-Aprendizaje: \_\_\_\_\_

Material de Apoyo Didáctico: \_\_\_\_\_

Mencionar la plataforma en la cual se llevarán a cabo las sesiones o curso.

#### **IV. ESTRUCTURA**

Carta Descriptiva: fecha, horario, temas de ponentes, técnica didáctica (conferencias, talleres, mesas redondas, demostraciones, etc.) Anexar en extenso.

#### **V. MEDIDAS SANITARIAS**

Describa las medidas sanitarias que llevará a cabo como parte de la prevención para evitar infección por COVID-19. Anexar en extenso.

#### **VI. EVALUACIÓN**

Examen Inicial: \_\_\_\_\_

Examen Final: \_\_\_\_\_

Evaluación de Ponentes: \_\_\_\_\_

Evaluación del Curso: \_\_\_\_\_

#### **VII. RECONOCIMIENTO**

Diploma o Constancia (logotipo de la Facultad de Medicina, Sede e Instituciones Participantes). Presentar diseño de diploma o constancia (ver relación de requisitos).

#### **VIII. INFORMES E INSCRIPCIONES**

Institución: \_\_\_\_\_

Persona responsable a quien dirigirse: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

Costo: \_\_\_\_\_



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO  
FACULTAD DE MEDICINA



COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN MÉDICA  
PROGRAMA DE ACTIVIDAD EDUCATIVA PARA ACREDITACIÓN

El suscrito Dr. (a) \_\_\_\_\_  
Profesor titular del curso \_\_\_\_\_  
que se llevará a cabo en forma presencial del \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ del  
20\_\_\_\_, en las instalaciones de \_\_\_\_\_  
ubicada en \_\_\_\_\_.

Declaro que debido a la pandemia de Covid-19 la capacitación presencial no es una actividad esencial, sin embargo, atendiendo a la semaforización de la reactivación de actividades no esenciales me obligo y me adhiero a acatar la normatividad que en materia sanitaria emitió el Poder Ejecutivo del Estado de Querétaro con fecha 29 de mayo 2020, siguiendo los lineamientos técnicos específicos para la reapertura de actividades; declaro bajo protesta de decir verdad que conozco las medidas sanitarias, la normatividad vigente, así como el factor de sana distancia de 0.25m (FSD) en el cual será aplicado de acuerdo a la superficie donde se llevará a cabo el curso, para efectuar el aforo determinado según al semáforo del índice covimétrico.

**Atentamente**

Dr. (a) \_\_\_\_\_  
**Profesor titular del curso**