|  |
| --- |
| Facultad de Ciencias de la Salud |
| Carrera de Fisioterapia |
| Estudiante:  Tutor Académico de Prácticas Preprofesionales: |
| **Informe Final de Prácticas Preprofesionales**  Entidad Receptora: ……………. |

Periodo Académico: 2022 – 2S

**Contenido**

[1. Antecedentes 2](#_Toc529270596)

[1.1 Objetivos 2](#_Toc529270597)

[1.2 General 2](#_Toc529270598)

[1.3 Específicos: 2](#_Toc529270599)

[2. Información General 2](#_Toc529270600)

[2.1 Periodo Académico: 2](#_Toc529270601)

[2.2 Lugar de Socialización 2](#_Toc529270602)

[2.3 Responsable de Socialización 2](#_Toc529270603)

[3. Tema Socializado 2](#_Toc529270604)

[4. Conclusiones 2](#_Toc529270605)

[5. Recomendaciones 2](#_Toc529270606)

[6. Responsables: 2](#_Toc529270607)

[7. Anexos 3](#_Toc529270608)

[Material utilizado 3](#_Toc529270609)

[Registro asistencia Docentes y Estudiantes 3](#_Toc529270610)

[Evidencia Fotográfica 3](#_Toc529270611)

# Datos Generales

## Apellidos y Nombres del estudiante:

## Director de la Carrera de Fisioterapia: Dr. Marcos Vinicio Caiza Ruiz

## Responsable de Prácticas Preprofesionales de la Carrera: Mgs. Silvia del Pilar Vallejo

## Tutor Académico de Prácticas Preprofesionales:

## Tutor de la Entidad Receptora:

### Correo electrónico:

### Teléfono:

# Datos de la Entidad Receptora:

## Nombre:

## Representante Legal:

## Ámbito Empresarial/Institucional:

## Provincia:

## Cantón:

## Dirección:

## Referencia del lugar:

## Teléfono:

## Misión:

## Visión:

## Objetivos:

## Reseña Histórica:

## Estructura Orgánica Funcional/Por Procesos:

## Área/Departamento donde desarrolló las prácticas Preprofesionales:

# Desarrollo

## Introducción

## Objetivos

### Objetivo General

### Objetivos Específicos

## Detalle de las Actividades:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Actividades Planificadas** | **Cumplimiento** | | | **Tiempo de duración de la actividad** | **Problemas Detectados** | **Sugerencias de soluciones a los problemas detectados** | **Observaciones** |
| **Se**  **Cumple** | **Se cumple Parcial-**  **mente** | **No se Cumple** |
| 1 | Realiza tratamientos específicos de manera eficiente en el área asignada. |  |  |  | 23 |  |  |  |
| 2 | Desempeña un rol adecuado al área de tratamiento en los distintos centros de práctica. |  |  |  | 23 |  |  |  |
| 3 | Aplica destrezas adquiridas en semestres anteriores de forma eficaz. |  |  |  | 23 |  |  |  |
| 4 | Utiliza agentes físicos, herramientas y técnicas para diagnóstico y tratamiento de diferentes patologías. |  |  |  | 23 |  |  |  |
| 5 | Planifica actividades de mejoramiento en atención al paciente con patologías relacionadas a fisioterapia. |  |  |  | 23 |  |  |  |
| 6 | Contribuye a alcanzar metas propuestas en la institución asignada a la realización de prácticas. |  |  |  | 23 |  |  |  |
| 7 | Plantea estrategias de tratamiento fisioterapéutico que contribuyan a mejoren la calidad de vida de los pacientes. |  |  |  | 23 |  |  |  |
| 8 | Aplica conocimientos de prevención y tratamiento en enfermedades neuromusculoesqueléticas. |  |  |  | 23 |  |  |  |
| 9 | Plantea protocolos de tratamiento en enfermedades neuromusculoesqueléticas. |  |  |  | 23 |  |  |  |
| 10 | Realiza una evaluación de los resultados obtenidos en la atención de pacientes con patologías neuromusculoesqueléticas |  |  |  | 23 |  |  |  |
| 11 | Realiza programas encaminados a incentivar la actividad física y deportiva. |  |  |  | 23 |  |  |  |
| 12 | Fomenta el cuidado de la salud física y mental de los pacientes que asisten a los centros de práctica. |  |  |  | 23 |  |  |  |
| 13 | Interviene en la evaluación integral de las principales patologías en Fisioterapia. |  |  |  | 22 |  |  |  |
| 14 | Evalúa, diagnostica y aplica tratamientos fisioterapéuticos en pacientes que asisten a los centros de práctica con soporte del fisioterapeuta. |  |  |  | 22 |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Actividades No Planificadas** | **Tiempo de duración de la actividad** | **Problemas Detectados** | **Sugerencias de soluciones a los problemas detectados** | **Observaciones** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

## 

## Periodo de Ejecución de las Prácticas Preprofesionales:

Fecha de Inicio:

Fecha de Fin:

## Número total de Horas de Prácticas Preprofesionales:

# Conclusiones y Recomendaciones

## Conclusiones:

## Recomendaciones:

# Bibliografía

**Elaborado por:**

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

Nombre y Apellido

**ESTUDIANTE**

**Validado por:**

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

Nombre y Apellido

**TUTOR ACADÉMICO DE PRÁCTICAS**

**PREPROFESIONALES**

**Aprobado por:**

|  |
| --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Mgs. Silvia del Pilar Chinche  **RESPONSABLE DE PRÁCTICAS PREPROFESIONALES**  **DE LA CARRERA DE FISIOTERAPIA** |

**(Sello de la carrera)**

# Anexos

* Reporte Mensual de Prácticas Preprofesionales.
* Registro de Asistencia a la Práctica firmado y sellado por el Tutor de la Entidad Receptora y firmado por el Tutor Académico.
* Evaluación Final de Prácticas Preprofesionales (completada la evaluación correspondiente al Tutor de la Entidad Receptora)
* Certificado de la empresa, que indique el número de horas cumplidas en las prácticas Preprofesionales y la fecha de inicio y finalización.
* Evidencias físicas o digitales que se generaron durante el desarrollo de las Prácticas Preprofesionales.

**NOTA:** Una vez validado el Informe Final de Prácticas Preprofesionales por el Tutor Académico de Prácticas Preprofesionales, el estudiante debe entregar al Responsable de Prácticas Preprofesionales de Carrera, el informe certificado con el sello de la carrera en físico y en un cd con el informe legalizado escaneado.