



UNIVERSIDAD ARTURO MICHELENA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE FISIOTERAPIA  
SUPERVISIÓN DE PRÁCTICAS CLÍNICAS



FICHA PARA PRÁCTICAS CLÍNICAS

Apellidos y Nombres: \_\_\_\_\_ C. I: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Dirección de Habitación: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ N° de Habitación: \_\_\_\_\_

N° de Celular \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Carrera: \_\_\_\_\_ Semestre: \_\_\_\_\_ Sec.: \_\_\_\_\_

• T.S.U en Fisioterapia

• Lic. en Fisioterapia

Resumen De Prácticas Clínicas

Clínica	Centro de Prácticas	Calificación	Tutor de Campo
III Período: Fecha:			
IV Período: Fecha:			
V Período: Fecha:			
VI Período: Fecha:			

Estudiante

Supervisor

N° C. I \_\_\_\_\_

N° C.I \_\_\_\_\_