

Centro de Simulación Clínica *Ciro L. Echesortu*
Check List – CÓDIGO Y NOMBRE DE LA HABILIDAD

Nombre del Alumno:

Fecha:

Cuidados Previos al Procedimiento	SI	CD*	NO	N/C**
PROCEDIMIENTO:	SI	CD*	NO	N/C
Cuidados Posteriores al procedimiento	SI	CD*	NO	N/C

*Con Dificultad
** No corresponde