**FORMULARIO SOLICITUD SALAS SIMULACIÓN CLÍNICA PREGRADO**

**FACULTAD DE MEDICINA 2024**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fechas a utilizar** | **Horario de inicio y termino** | **Sala Asignada****(Uso lab)** | **Cantidad de salas necesarias** | **Estudiantes por sala** | **Nombre de guía adjunta** | **Paciente Simulado Si/No** | **Docente responsable de la actividad** | **Carrera y asignatura** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |