

## Formulario de Registro y Evaluación para el Proyecto de Trabajo Especial de Grado

### DATOS DEL AUTOR (ES)

|   |                     |          |  |
|---|---------------------|----------|--|
| 1 | APELLIDOS Y NOMBRES |          |  |
|   | CÉDULA/PASAPORTE    | TÉLEFONO |  |
|   | CORREO ELECTRONICO  |          |  |

|   |                     |          |  |
|---|---------------------|----------|--|
| 2 | APELLIDOS Y NOMBRES |          |  |
|   | CÉDULA/PASAPORTE    | TÉLEFONO |  |
|   | CORREO ELECTRONICO  |          |  |

|                 |                   |  |  |
|-----------------|-------------------|--|--|
| PROGRAMA        |                   |  |  |
| SEDE            |                   |  |  |
| FECHA DE INICIO | AÑO QUE CURSA (N) |  |  |

|                    |          |  |  |
|--------------------|----------|--|--|
| TUTOR              |          |  |  |
| CÉDULA / PASAPORTE | TÉLEFONO |  |  |
| CORREO ELECTRONICO |          |  |  |

|                    |          |  |  |
|--------------------|----------|--|--|
| ASESOR (opcional)  |          |  |  |
| CÉDULA/PASAPORTE   | TÉLEFONO |  |  |
| CORREO ELECTRONICO |          |  |  |

### SOLO PARA SER LLENADO POR EL EVALUADOR ASIGNADO POR LA CEPGM / REQUISITOS PREVIOS

|   |    |    |   |    |    |
|---|----|----|---|----|----|
| Aceptación del Comité Académico         | SI | NO | Aprobación del Comité de Ética  | SI | NO |
| Aceptación del Tutor                    | SI | NO | Aceptación del Asesor Estadístico (opcional)                                | SI | NO |
| <b>PORTADA (parte superior central)</b> |    |    | <b>EN EL CENTRO</b>   |    |    |
| Identificación de la Institución (UCV)  | SI | NO | Título adecuado a las normas  | SI | NO |
| Facultad de Medicina                    |    |    | <b>EN LA PARTE INFERIOR DERECHA</b>   |    |    |
| Coordinación de Estudios de Postgrado   | SI | NO | Autor (es) nombres y apellidos completos (sin título de Dr. / Lic.)         | SI | NO |
| Denominación del Programa               |    |    | <b>EN LA PARTE INFERIOR IZQUIERDA</b>                                       |    |    |
| Instituto o Sede Hospitalaria           | SI | NO | Tutor, nombres y apellidos completos a un espacio por debajo de los autores | SI | NO |
|   |    |    | <b>EN LA PARTE INFERIOR CENTRAL DOS ESPACIOS POR DEBAJO DEL TUTOR</b>       |    |    |
|   |    |    | Ciudad, fecha (en minúscula)  | SI | NO |
| <b>SEGUNDA PAGINA (nombre y firma)</b>  |    |    |   |    |    |
| Tutor                                   | SI | NO | Director del Curso  | SI | NO |
| Asesor                                  | SI | NO | Coordinador del Curso   | SI | NO |

