



**CARTA RESPONSIVA  
PRÁCTICA CLÍNICA PROFESIONAL**



Puebla, Puebla. a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_

**DRA. MARIA DOLORES GUDELIA SOLIS SANCHEZ  
COORDINADORA DE PRÁCTICA CLÍNICA PROFESIONAL  
FACULTAD DE MEDICINA - BUAP**

**P R E S E N T E:**

Por medio de la presente, yo, \_\_\_\_\_, alumno(a) de la Facultad de Medicina, con número de matrícula \_\_\_\_\_, solicitó participar en la elección de plazas de Práctica Clínica Profesional (PCP) correspondiente al periodo \_\_\_\_\_. Declaro que he leído y comprendido todos los lineamientos, reglamentos y normativas aplicables para la elección de plazas y desarrollo de mi práctica clínica durante este periodo.

Asimismo, reconozco que en caso de incurrir en cualquier incumplimiento del reglamento aplicable al área hospitalaria o de simulación, acepto plena responsabilidad por las consecuencias derivadas de dicha falta, incluidas las repercusiones que esto pueda tener en mi calificación y desempeño académico.

He sido informado(a) y acepto que mi evaluación en la Práctica Clínica Profesional estará basada en los siguientes criterios:

1. Examen teórico y práctico.
2. Asistencia, conforme a lo establecido en el reglamento de P.C.P.
3. Tareas asignadas.
4. Participación activa durante las actividades.

Entiendo que mi calificación global se obtendrá a partir del promedio de los resultados obtenidos en los campos teórico y práctico. También aceptó que, en caso de no cumplir con los requisitos establecidos, me expongo a las siguientes consecuencias:

1. Recursar la materia de Práctica Clínica Profesional.
2. Perder mi sede previamente asignada en el acto público de elección de plazas.
3. Ser reasignado(a) a una segunda lista en el próximo acto público de elección.

Al firmar esta carta responsiva, manifiesto mi consentimiento para que, ante cualquier falta al reglamento de la Práctica Clínica Profesional, la Coordinación de P.C.P. así como otras coordinaciones tengan la facultad de tomar las medidas correctivas necesarias de manera inmediata.

Sin más que agregar, me comprometo a cumplir con los lineamientos y reglamentos establecidos.

**ATENTAMENTE**

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma en azul del alumno

ccp. Coordinación PCP

ccp. Alumno