

UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO  
RECINTO UNIVERSITARIO DE MAYAGUEZ  
DECANATO DE ASUNTOS ACADÉMICOS

**SOLICITUD DE CREACIÓN, CODIFICACIÓN UNIFORME Y REGISTRO DE CURSOS**

1 Unidad: UPRM

1 Colegio: Artes y Ciencias

1 Departamento/  
Programa: Enfermería

1 Profesor (es)  
Proponente(s): Facultad Departamento Enfermería

2 Fecha de Solicitud: abril 2021

3 Fecha de Vigencia  
del Curso: agosto 2021

4 Título Completo en Español: Estimado de Salud

5 (Título Abreviado a 26 Espacios): Estim Salud

4 Título Completo en Inglés: Health Assessment

5 (Título Abreviado a 26 Espacios): Health Assess

6 Materia Principal del Curso (en clave alfa): ENFE

7 Justificación para la Creación del Curso: El estimado de salud es un proceso organizado y sistemático de recoger y verificar información necesaria para la planificación del cuidado de salud del cliente a través del ciclo de vida. La integración de este curso al currículo de bachillerato en enfermería permitirá preparar futuros profesionales con las destrezas necesarias para ofrecer un mejor cuidado a los clientes y familias en los diversos ambientes de salud en PR y EU.

8 Nivel del Curso (marque con una X):

	<u>  </u>	<u>  </u>	<u>  </u>	<u>  </u>	<u>  </u>		<u>  </u>	<u>  </u>	<u>  </u>	<u>  </u>
	1	2	3	4	5		6	7	8	9
	Subgraduado						Graduado			

9 Ubicación del curso, sea requisito, electivo o de continuación, en la secuencia curricular autorizada:  
(S=Semestres V=Verano) Período:   X  S1   X  S2     V

A partir del año de estudio de acuerdo con la secuencia:

  1<sup>ro</sup>   X  2<sup>do</sup>   3<sup>ro</sup>   4<sup>to</sup>   5<sup>to</sup>   6<sup>to</sup>   Otro   N/A

10 Codificación Alfanumérica: ENFE 3XXX

11 Cantidad de Créditos: 3

12 Tipo de Curso:   Requisito   X  Electivo   División de Educación Continua

13 Tipo de créditos:   X  Fijo   Variable

Si es Variable, ¿puede repetirse con crédito?   Si   No  
Si contesta si, indique la cantidad máxima que se puede repetir:   

14 Distribución de Horas Contacto Semanales dedicadas a la enseñanza:

<u>  </u> 2 <u>  </u> Conferencia	<u>  </u> 1 <u>  </u> Laboratorio	<u>  </u> Investigación
<u>  </u> Discusión	<u>  </u> Taller	<u>  </u> Tesis o Disertación
<u>  </u> Seminario	<u>  </u> Internado	<u>  </u> Estudio Independiente
<u>  </u> Práctica Supervisada		

15 Total de Horas Contacto: 45

16 Equivalencia en Horas de Crédito para la carga académica del Profesor: 3

17 Descripción del Curso en Español (que no se exceda de 1,000 caracteres):

Este curso provee destrezas técnicas y teóricas en ambientes de salud simulados conducentes al logro de competencias al llevar a cabo un estimado de salud: historial de salud, examen físico, análisis de hallazgos y planificación del cuidado.

17 Descripción del Curso en Inglés (que no se exceda de 1,000 caracteres):

The course provides theoretical and technical skills in simulated practice settings towards achieving competency in conducting health assessment: health history, physical examination, analysis of findings, and care planning.

18 Prerrequisitos\*

BIOL 3715, BIOL 3716

18 Correquisitos\*

\*Especifique la Codificación Alfanumérica Correcta

19 Requisitos especiales: n/a

20 Modalidad en la que el Curso se ofrecerá (Puede marcar más de una opción):

Curso Presencial

Curso Híbrido

Curso a Distancia

21 Cargos por laboratorio:  Sí  No

22 Posibilidad de Equivalencia (en la unidad o en otras unidades del sistema):  Sí  No

Cursos: \_\_\_\_\_

Unidad(es) que lo(s) ofrece(n): \_\_\_\_\_

23 Equipo, materiales e instalaciones mínimas requeridas: In focus, pantalla y acceso a internet.

24 Cantidad de Estudiantes por sección: 25 Cupo Mínimo 45 Cupo Máximo

25 Sistema de Calificación:

Letra (A, B, C, D o F)

Aprobado (S), No Aprobado (NS)

Aprobado (P), No Aprobado (NP)

Aprobado (PS: Aprobado Sobresaliente;  
PN: Aprobado Bueno), No Aprobado (NP)

Aprobado (P), Fracasado (F)

Otro (Especifique) \_\_\_\_\_

26 Curso a Inactivar sujeto a la creación del nuevo curso:

No Aplica

Si; especifique el curso a inactivar: \_\_\_\_\_

### SOLICITUD DE CREACIÓN, CODIFICACIÓN UNIFORME Y REGISTRO DE CURSOS

27 APROBACIÓN Y CERTIFICACIÓN A NIVEL DEL DEPARTAMENTO	NOMBRE Y FIRMA	FECHA
Director de Departamento	Abigail Matos Pagan Directora Interina	4/30/2021
28 APROBACIÓN Y CERTIFICACIÓN A NIVEL DE LA FACULTAD	NOMBRE Y FIRMA	FECHA
Decano de la Facultad		
29 APROBACIÓN Y CERTIFICACIÓN A NIVEL DEL SENADO ACADÉMICO	NOMBRE Y FIRMA	FECHA
Presidente del Comité de Cursos		

#### PARA USO DEL DECANATO DE ASUNTOS ACADÉMICOS

30 Codificación: \_\_\_\_\_

Fecha de Codificación \_\_\_\_\_

Funcionario que procesó la solicitud:  
\_\_\_\_\_

Fecha de envío al Departamento y Facultad:  
\_\_\_\_\_